

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

## Bakalářská práce

2023

Kamila Solnař

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky

# Problematika deprivace u dětí s nařízenou ústavní výchovou

bakalářská práce

Autor: Kamila Solnař

Studijní program: Speciální pedagogika

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Jiří Martinec, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Martin Kaliba, Ph.D.

Hradec Králové

2023



## Zadání bakalářské práce

<b>Autor:</b>	<b>Kamila Solnař</b>
Studium:	P20K0370
Studijní program:	B0111A190019 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika
<b>Název bakalářské práce:</b>	<b>Problematika deprivace u dětí s nařízenou ústavní výchovou</b>
Název bakalářské práce AJ:	Issue of deprivation among children with mandatory constitutional care

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce se zabývá problematikou deprivace u dětí s nařízenou ústavní výchovou. Cílem teoreticky koncipované části práce je definovat pojem deprivace a její vznik. V dalších kapitolách budou v práci popisovány projevy deprivace u dětí s ústavní výchovou, a jak se s takovými dětmi pracuje. V práci je zmíněna i důležitost rychlého a včasného navázání deprivovaného dítěte i s ohledem na novelizaci zákona č. 109/2002 Sb.

Cílem empiricky orientované části bakalářské práce je na kvalitativně orientovaném výzkumu mapovat problematiku deprivace u dětí s nařízenou ústavní výchovou.

This bachelor's thesis is focused on the isme of deprivation often found in children with mandatory institutional care. The theoretical section defines key elements of deprivation and it's roots. Other chapters will describe the syptoms of deprivation in children, who are being brought up in institutional care and how they are being worked with. The importace of timely and rapid connection to a familiar person is mentioned throughout the thesis, especially taking into account amendment to the law n. 109/2002 Sb.

In the empirically oriented section of this thesis is the isme of deprivation being mapped in qualitative research in children with mandatory institutional care.

LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. Psychická deprivace v dětství. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.

MATOUŠEK, Oldřich. Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny. 2017. ISBN 978-80-262-1242-3.

PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK. Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení. 2017. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5695-0.

SVOBODA, Mojmír, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0899-0.

KOUKOLÍK, František a Jana DRTILOVÁ. Vzpouora deprivantů: nestvůry, nástroje, obrana. Nové, přeprac. vyd. Praha: Galén, c2006. Makropulos. ISBN 80-726-2410-5.

MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH. Děti, rodina a stres: vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí. [Praha]: Galén, [1994?]. ISBN 80-858-2406-X.

Zadávací pracoviště: Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky,  
Pedagogická fakulta

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího závěrečné práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 24. 4. 2023

Kamila Solnař

## **Poděkování**

Na tomto místě bych velice ráda poděkovala panu Ing. Mgr. Jiřímu Martincovi, Ph.D., za odborné vedení, vstřícný přístup, ochotu a cenné rady, které mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

## **Anotace**

SOLNAŘ, Kamila. *Problematika deprivace u dětí s nařízenou ústavní výchovou*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2021. 87 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá problematikou deprivace u dětí s nařízenou ústavní výchovou. Cílem teoreticky koncipované části práce je definovat pojem deprivace a její vznik. V dalších kapitolách budou v práci popisovány projevy deprivace u dětí s ústavní výchovou, a jak se s takovými dětmi pracuje. V práci je zmíněna i důležitost rychlého a včasného navázání deprivovaného dítěte i s ohledem na novelizaci zákona č. 109/2002 Sb.

Cílem empiricky orientované části bakalářské práce je na kvalitativně orientovaném výzkumu mapovat problematiku deprivace u dětí s nařízenou ústavní výchovou.

Klíčová slova: deprivace, deprivované děti, zanedbávané děti, diagnostický ústav, ústavní výchova

## Annotation

SOLNAŘ, Kamila. *Issue of deprivation among children with mandatory constitutional care*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2021. 87 pp. Bachelor Degree Thesis.

This bachelor's thesis is focused on the issue of deprivation often found in children with mandatory institutional care. The theoretical section defines key elements of deprivation and its roots. Other chapters will describe the symptoms of deprivation in children, who are being brought up in institutional care and how they are being worked with. The importance of timely and rapid connection to a familiar person is mentioned throughout the thesis, especially taking into account amendment to the law n. 109/2002 Sb.

In the empirically oriented section of this thesis is the issue of deprivation being mapped in qualitative research in children with mandatory institutional care.

Keywords: deprivation, deprived children, neglected children, diagnostic institute, institutional education

## Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská/diplomová práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: 24. 4. 2023

Podpis studenta: [Kamila Solnař](#)



# Obsah

Úvod.....	11
1 Deprivace.....	12
1.1 Základní druhy deprivace.....	13
1.2 Rizikové faktory.....	14
1.2.1 Rizika ze strany rodičů .....	15
1.2.2 Rizika na straně dítěte.....	16
1.2.3 Rizika na straně prostředí .....	16
1.2.4 Dopady deprivace na vývoj osobnosti dítěte .....	16
1.3 Následky psychické deprivace .....	17
2 Rodina jako primární instituce.....	19
2.1 Základní funkce rodiny .....	19
2.2 Deprivace v rodině .....	20
2.2.1 Deprivace v rodině z vnějších příčin .....	21
2.2.2 Deprivace v rodině z psychologických příčin.....	23
3 Ústavní péče.....	25
3.1 Zařízení pro výkon ústavní výchovy.....	25
3.2 Náprava a prevence psychické deprivace .....	27
3.2.1 Prevence psychické deprivace .....	28
3.2.2 Rodinná terapie .....	28
3.2.3 Etopedická praxe.....	29
4 Empirická část – kvalitativní výzkum .....	30
4.1 Charakteristika výzkumného šetření .....	30
4.2 Metodologie výzkumného šetření .....	30
4.3 Formulace výzkumného problému.....	31
4.4 Cíl výzkumného šetření.....	31
4.5 Místo šetření a zvolený výzkumný vzorek.....	32

4.5.1	Popis místa šetření a jeho zaměření .....	32
4.6	Prezentace případových studií.....	35
4.6.1	Studie č. 1: David.....	35
4.6.2	Studie č. 2: Dan.....	39
4.6.3	Studie č. 3: Anna.....	43
4.6.4	Studie č. 4: Tom.....	47
4.6.5	Studie č. 5: František .....	52
4.7	Analýza případových studií.....	57
4.8	Diskuse.....	67
5	Závěr .....	68
6	Zdroje.....	69

## Úvod

Díky mojí práci v dětském diagnostickém ústavu mám možnost pracovat s dětmi, které jsou deprivované. Toto téma mne velmi zaujalo, hlavně kvůli fatálnosti důsledků deprivace těchto dětí. Proto jsem si zvolila právě téma „Problematika deprivace u dětí s nařízenou ústavní péčí“.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část si klade za cíl čtenáři přiblížit problematiku deprivace. V první kapitole bude charakterizován pojem deprivace, její členění, rizikové faktory a následky psychické deprivace. Ve druhé kapitole bude představena rodina jako primární instituce. V kapitole bude popsána základní funkce rodiny, deprivace v rodině a její vnější příčiny a její psychologické příčiny.

Kapitola třetí bude zaměřena na problematiku ústavní péče. Čtenáři budou seznámeni s jednotlivými školskými zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy a základní charakteristikou jednotlivých stupňů zařízení. Tato kapitola se dále bude věnovat nápravě psychické deprivace a její prevenci, kterou lze v uvedených zařízeních aplikovat. Definována bude také rodinná terapie, která bývá při nápravných metodách základem. Kapitola současně zahrnuje i teorii o etopedické praxi, která k této problematice neodmyslitelně patří a je základem práce s deprivovanými dětmi. Závěr kapitoly se bude věnovat uvedení etopedické praxe v souvislosti s novelizací zákona o ústavní péči č.109/2022 Sb.

V empirické části bakalářské práce se zaměřuji na faktory vzniku deprivace u těchto dětí. Zvolila jsem si kvalitativní výzkum a pomocí analýz kazuistik se snažím zjistit odpovědi na hlavní a dílčí výzkumné otázky a potvrdit či vyvrátit předpoklad výzkumu.

*„Základem šťastného dětství je dobře se narodit.“ Z. Matějček*

# 1 Deprivace

Deprivaci lze definovat jako psychický stav, který vzniká v důsledku životních situací, kdy chybí příležitost uspokojení základní psychické potřeby v dostatečné úrovni a po dostačující dobu (Matějček, Dytrych, 1994). V definici mluvíme o psychickém stavu. Tento pojem je použit pro nejasnost, jak nejlépe vyjádřit tuto duševní zkušenost, která je zapříčiněna specifickým dějem – podnětovým ochuzením a je tedy základem specifického chování – deprivčních následků (Langmeier, Matějček, 2011).

Mimo zajištění základních potřeb biologických, důležitých pro přežití dítěte, existují základní potřeby psychické. Ty musí být v dostatečné míře rovněž zajištěny. Definujeme 5 výzkumně ověřených vitálních potřeb:

- proměnlivost, kvalita a vhodné množství vnějších podnětů. Podporuje naladění jedince na vhodnou úroveň aktivity.
- řád, smysl a stálost v podnětech. Naplnění těchto potřeb zajišťuje, aby se z jinak chaotických a nezpracovatelných podnětů staly poznatky, pracovní strategie a zkušenosti. Jedná se o základ pro jakékoliv učení.
- prvotní sociální a emocionální vztahy. Vztah k matce a dalším prvotním vychovatelům přináší dítěti jistotu a dobrý podnět pro vnitřní integraci osobnosti
- společenské hodnoty a uplatnění, které jsou podkladem pro zdravé uvědomění sebe samého, vlastní identity. Toto je základ pro osvojení společenských rolí a důležitých cílů životního snažení.
- otevřená budoucnost, která podporuje jedince a jeho život k udržení životní aktivity a časového rozpětí. Naděje zabraňuje podlehnutí stagnace (Matějček, Dytrych, 1994).

## 1.1 Základní druhy deprivace

Deprivace lze rozlišovat dle faktorů, díky kterým k deprivaci dochází. Deprivace lze rozlišit na deprivaci psychickou a deprivaci biologickou, jenž se týká základních biologických potřeb.

V případě *psychické deprivace* se jedná o stav, který je způsoben nedostatkem smyslových a sociálních podnětů uspokojujících nutnost bezpečí, jistoty a lásky. Zasaženy jsou různé potřeby v jednotlivých stupních vývoje odlišným způsobem. Dopad psychické deprivace dítěte se obvykle projevuje opožděným vývojem řeči, koordinace očí a rukou, jemné motoriky. Zasažena je rovněž emoční stránka, bývá nerozvinutá, plochá a plná afektivních projevů (Švingalová, 2006). Psychickou deprivaci lze dále členit na deprivaci sensorickou, kognitivní, emoční a sociální. V případě *sensorické deprivace* dochází ke strádání deficitem smyslových zážitků. Díky jednotvárnosti lidská inteligence klesá, dochází ke ztrátě představivosti a obrazotvornosti. Přichází rezignované chování, devastace vjemu prožitků a jejich pojetí. Sensorická deprivace je způsobena hlavně přehlacením nepříjemných, záporných emočních podnětů. Kognitivní deprivace je způsobena zejména nedostatečnou příležitostí k učení, zanedbáváním rozvoje a výuky. Toto se týká zejména rodin s nízkou vzdělaností a sociální kulturou. Zatížení dopadá nejvíce na verbální složku inteligence (Švingalová, 2006).

Dalším typem je *emoční deprivace*, což je stav, který je důsledkem neuspokojení potřeby pevného vztahu s matkou, eventuálně jinou osobou. Toto emoční strádání ovlivňuje podstatným způsobem komplexní rozvoj osobnosti dítěte, týká se vztahu k sobě samému a k ostatním lidem (Vágnerová, 2012). Citovou deprivaci čili chybějící vazbu – attachment definuje Winette (2021) jako vrozený systém zajišťující blízkost dítěte a matky a tedy i přežití dítěte. Přičemž uvádí, že vazba – attachment není totéž co vztah. Lze uvést, že rozeznáváme dva typy poruch provázaných s attachmentem (Winette, 2020): Jedná se o „tzv. reaktivní attachment“, který se projevuje emociálně chudým chováním k rodičům či vychovatelům a negativními emocemi dítěte k okolí, především právě k rodičům. Jako druhý je uváděna „porucha nerozlišeného sociálního napojení“, kdy dítě tíhne k neznámým osobám a projevuje k nim chování jako k osobám blízkým. K osobám blízkým se ale tak ovšem neprojevuje. Bowlby (2010) uvádí poznatky k attachmentu na základě pozorování, které prováděl James Robertson u dvouletých a tříletých dětí umístěných v rezidenčních jeslích či nemocnicích. Dítě prochází při odloučení od matky fázemi protestu, zoufalství a citového odcizení. Při delším pobytu

prožívá opakovaně přechodné citové připoutání k sestřám, které ale také odchází. Po opakovaném zklamání, kdy dítě ztrácí již několik mateřských postav, se postupně přestane poutat ke komukoliv. Jedná se o tzv. citové odcizení „detachment“. Posledním typem psychické deprivace je *deprivace sociální*, která se projevuje ztrátou sociální identity. Tato deprivace se projevuje strádáním ve smyslu kontaktu s blízkými osobami, ztrátou bydliště, později zaměstnání, mohou být zavrženi rodinou. Negativní sociální stav je vážným narušitelem jejich vazby na rodinu. Může se jednat i o případ, kdy dítě žije v rodině, ale je částečně nebo zcela izolováno od společenského prostředí. V tomto případě je ochuzováno o běžně získávané podněty a hodnoty. Dítěti do budoucna vzniknou obtíže a poruchy na úrovni společenských rolí (Langmeier, Matějček, 2011).

Druhým základním typem deprivace je *deprivace základních biologických potřeb*. Jedná se o vážné zanedbávání rodičovské péče, která je nezbytná pro duševní a tělesný vývoj dítěte. Dítě strádá nedostatkem výživy, hygieny, přístřeší, ošacení. Rovněž není zajištěno dostatečné zajištění bezpečí ve školním věku a zajištění školní docházky. Dítě postrádá i dozor nad tím, jak tráví volný čas. Jedná se o nejčastější typ špatného zacházení s dítětem (Langmeier, Krejčířová, 2006). Vlivem této deprivace vznikají na organismus velmi negativní dopady. Biologická deprese způsobuje úbytek tělesného a duševního zdraví, nedostatečné či chybné funkce mozku a vnitřních orgánů. Vlivem deprese vede k chorobnému potlačování volního jednání (Langmeier, Matějček, 2011).

## **1.2 Rizikové faktory**

Všechny typy ohrožení dítěte prostředím jako je týrání dítěte, zneužívání dítěte, zanedbávání dítěte a psychická deprivace jsou obrazem vztahové patologie rodičů či pěstounů, vychovatelů s dítětem. Rizikové faktory shledáváme hlavně na straně rodinného systému či rodičů. V některých případech se riziko týká i dítěte samého potažmo jeho výbavy. Díky této skutečnosti bývá vztahovou poruchou zasaženo pouze jedno z více dětí v rodině (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Na rizikové faktory pohlížíme jako na ukazatele možného ohrožení dítěte. Znalost rizikového faktoru nám pomáhá při nastavování diagnostických metod a programů prevence (Pemová, Ptáček, 2016).

Jánský (2014) dělí rizikové faktory na vrozené a získané. Genetika tvoří široký rámec, který pomocí kvality výchovy, kulturním vlivem formuje a socializuje osobnost jedince. Uvádí výzkum realizovaný ve Spojených státech s využitím jednovaječných

a dvoujazyčných dvojčat. Výsledek potvrdil ovlivnění základních rysů jedince těsně nad 40%, v případě vyššího vlivu temperamentu na osobnost prokázal vliv genetiky 50-65%. Charakterové stránky jsou ovlivňovány vyšší měrou prostředím tedy sociálním učením. Uvádí tři nejčastější rizikové faktory související s kvalitou výchovy – jde o riziko psychické deprivace, které vychází z dlouhodobé ústavní péče, častých změn výchovného prostředí a negativní zkušeností dětí z dysfunkčních rodin.

### **1.2.1 Rizika ze strany rodičů**

Ve většině případech se nejedná o psychické onemocnění rodičů, ale o přítomnost charakteristických osobnostních rysů. Obvyklý bývá sklon vidět dítě jako agresivní a záměrně neposlušné. Týrající osoba má nízkou frustrační toleranci, špatně se ovládá, je výrazně impulzivní. Jako závažné riziko jsou uváděny negativní zážitky rodičů z jejich dětství. Rizikovou skupinou jsou rodiče, kteří byli týráni, deprivováni či jinak zneužíváni. Postihnutí nemusí být nutně všichni či většina z dříve týraných dětí. V případě, že se podaří později navázat kvalitní vztahy a prožít pozitivní korektivní zkušenosti, mohou se stát i dobrými rodiči.

Další rizikovou skupinu tvoří velmi mladé či svobodné matky a osobnostně nezralí rodiče. Rizikové rodiny se vyznačují absencí dostatečné empatie vůči dítěti, nepřiměřeným očekáváním od dítěte. Reakce rodičů bývá vůči dítěti nekontingentní. Toto jednání neposiluje prosociálnost dítěte, dítě pak často využívá sociálně negativní reakce, které ze strany rodičů vyvolají kontingentnější, i když negativní reakci. Jako další rodinná rizika jsou zařazeny manželské konflikty, autoritativní výchovný styl s běžným užíváním hrozeb a tělesných trestů, nechtěné těhotenství. Nejzásadnějším předpokladem týrání dítěte či špatného zacházení s dítětem je domácí násilí, jako zásadní sledujeme agresi muže vůči ženě, či tlak ze strany muže na její sociální izolaci (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Sheridan a McLaughlin (2014) uvádí, že dítě, u kterého je péče zanedbávaná ze strany matky, případně pokud chybí v raném věku zcela pečující osoba, má toto různý dopad na sociální učení. Tvrdí, že se v těchto případech různě vyvíjejí mozkové struktury, jež jsou odpovědné za chování a sociální vztahy.

Pro vývoj násilného chování je klíčové patologické rodinné zázemí. Téměř třetina obětí zneužívání, selhává později v rodičovské roli a rovněž zneužívá své děti či zanedbává jejich péči. Důsledkem zanedbávání a zneužívání bývají psychopatologické poruchy a hraniční poruchy osobnosti (Koukolík, Drtilová, 2006).

### **1.2.2 Rizika na straně dítěte**

Psychicky deprivované a týrané bývají ohroženy více děti postižené a děti, které mají pro rodiče odlišné reakce v raném věku. Jsou více plačtivé, málo aktivní či naopak příliš reaktivní, mají obtížný temperament, jsou neklidné. Mladší děti bývají ohroženy více, tělesné týrání je zaznamenáno u více než 50% dětí mladších šesti let (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Tato vysoká rizikovost je vázána i na to, že s vyšším věkem se dítě díky získaným zkušenostem lépe naučí řešit nebezpečné situace. Velmi zranitelnou množinou jsou nedonošené děti. Zde hrozí dvojitě ohrožení v případě vysokých sociálních problémů rodiny (Pemová, Ptáček, 2016).

### **1.2.3 Rizika na straně prostředí**

Negativní vliv rizika stran rodiny a dítěte bývá posilován nepříznivým vlivem prostředí, ohrožení bývá v rodinách řešících mnoho stresových situací. Negativním faktorem je sociální izolace, řešení vnějších podmínek rodiny, sociálních situací jako je ekonomické zajištění, nezaměstnanost, nutnost přerušit studia, konflikty s rodiči v případě nezletilosti matky apod. Negativním faktorem je i separace dítěte a matky v postnatálním i pozdějším období vývoje dítěte. Všechna uvedená rizika fungují ve vzájemné kombinaci a interakci (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Je třeba si uvědomit důležitost množství, ale hlavně kvality sociálních kontaktů. Rodiče, kteří mají dostatek pozitivních sociálních kontaktů, mohou být lépe ovlivněni vhodnými rodičovskými modely a vzory a rovněž využít možné podpory v případě potřeby v neočekávané situaci. Tato sociální podpora je podstatná pro rodiče i dítě. Mezi vnější rizika lze počítat i chudobu, kterou řadíme k nejvýznamnějšímu sociokulturnímu rizikovému faktoru (Pemová, Ptáček, 2016).

### **1.2.4 Dopady deprivace na vývoj osobnosti dítěte**

Psychický vývoj dítěte ovlivňují a utvářejí všechny složky prostředí, ne stejnou měrou a způsobem. Materiální zázemí, obzvláště jeho stabilita, předvídatelnost a uspořádanost, mají obzvláště vliv na kognitivní vývoj. Stejně tak rodina, která by měla sloužit jako zdroj bezpečí a jistoty, ovlivňuje dítě sociálně a biologicky. Z rodiny se dítě nenaučí něčemu, co rodina sama nezvládá či neuznává (Vágnerová, 2012). Pozorováním chování dětí pod vlivem deprivace umístěných v ústavních zařízeních bylo zaznamenáno pět typů vývoje osobnosti, a to typ normoaktivní, útlumový, hyperaktivní, sociálně provokativní a typ charakteristický náhradním uspokojováním potřeb.



V případě *normoaktivního typu* se jedná o děti, které jsou deprivací nejméně poznamenány. Pod tlakem nároků během života se projeví jejich zranitelnost. V zařízeních je umístěno přibližně 50% těchto dětí. *Útlumový typ* je možné charakterizovat nižší aktivitou, přičemž se dítě zaměřuje přednostně na věci a neosobní zážitky, projevuje se emoční apatie. Dalším typem vývoje osobnosti je *typ sociálně hyperaktivní*. V tomto případě je znakem hlad dítěte po získání co nejvíce sociálních podnětů, sociální zájem je nestálý, neznají věrnost a citovou vázanost. Můžeme se také setkat s *typem sociálně provokativním*. Tito jedinci nedokáží navázat sociální kontakt jinak než rušivými a násilnými projevy, provokacemi. Při získávání citové náklonnosti dospělého vnímají ostatní děti jako konkurenty. Posledním typem je *typ charakteristický náhradním uspokojováním potřeb*. Dítě si svůj nedostatek citových a sociálních podnětů snaží nahradit vjemy a podněty z oblastí na nižší úrovni. Mezi obvyklé patří přejídání, autoerotické činnosti, hromadění hraček aj. Tento typ se netýká jen dětí umístěných v ústavních zařízeních ale rovněž i dětí v rodinách s částečnou dysfunkcí. Děti mohou být velmi dobře zajištěny materiálně, strádají ale citově (Štiková, Šenková, Belicová, 2020).

### 1.3 Následky psychické deprivace

Psychická deprivace je podnětové ochuzení, ke kterému dítě dospělo na základě prožitých deprivacních situací. Psychickou deprivací rozumíme již následný psychický stav. Tento psychický stav má za vnější projevy chování s charakteristickými známkami, které nám dovolují deprivaci rozpoznat. V tomto případě již mluvíme o následcích deprivace nebo o deprivacním poškození či o deprivacních zkušenostech.

Uvádíme základní rozdělení následků psychické deprivace:

- narušení kognitivního a motorického vývoje dítěte,
- narušení vývoje osobnosti,
- důsledky deprivace.

*Narušení kognitivního a motorického vývoje* se projevuje zejména pasivitou a apatií dítěte. Dítě se dobře nevyvíjí po somatické stránce, u těžších forem deprivace může dojít k narušení tělesného vývoje až k úmrtí. Jedná-li se o lehčí formu, bývá obvyklé opoždění v sociálním vývoji a vývoji řeči, objevují se vývojové nerovnoměrnosti. Mírněji se retardace kognitivního vývoje projevuje u starších dětí. Výrazněji se postižení kognitivních funkcí projevuje při kombinaci nedostatečné podnětové stimulace

a deprivace emoční nebo deprivace kulturní. *Narušení vývoje osobnosti* se projevuje především ve schopnosti v oblasti sociální, týká se navazování sociálních vztahů. V krajních případech je vývoj celoživotně abnormální (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

*Důsledky deprivace* mohou být krátkodobé i dlouhodobé, týkají se dítěte i společnosti samotné. U těchto dětí se projevuje nejen špatné prospívání, dochází i ke změnám ve vývoji mozku. Projevuje se u nich špatné školní prospívání, antisociální chování. U dospělých osob se prokazatelně projevuje vyšší míra poruch osobnosti, vyšší ohrožení závislostí na alkoholu. Deprivace chudobou snižuje v dospělosti možnost na úspěch, je zde předpoklad života v chudobě, schopnost dosáhnout jen nižší vzdělání a tím přichází i nižší kognitivní schopnosti a možnost vyššího výdělku. U těchto osob je obvyklé riziko nezaměstnanosti. Dá se rovněž předpokládat, že tyto děti budou stejně jako jejich rodiče ve svých rodičovských rolích rovněž selhávat. Negativní dopady deprivace je možné posuzovat jako vzájemně propojené vývojové handicap. Zároveň tedy posuzujeme individuální negativní dopady, jako jsou fyzické, psychické a sociální důsledky a ekonomické důsledky jako negativní dopad společenský (Pemová, Ptáček, 2016).

## 2 Rodina jako primární instituce

V dnešní společnosti má rodina stěžejní význam pro psychický vývoj dítěte. Každý jednotlivý člen rodiny plní určitou roli a naplňuje fyzické, morální, intelektuální a citové potřeby. V prvních momentech života dítěte je to matka, která se stará o zdraví a zaopatření dítěte, a jako první předává dítěti první emoční podněty svým laskáním, mluvením k dítěti a smíchem. Role otce stoupá až později, pro dítě je zdrojem jistoty a autority. Celá atmosféra rodiny se všemi jejími členy je silně formující pro vývoj osobnosti dítěte (Langmeier, Matějček, 2011).

Dobrý domov podmiňuje šťastné dětství, které je základem pro zdravé vytvoření osobnosti. Z psychologického hlediska jej definujeme jako pro dítě bezpečné místo a místo, kde je dítěti dobře, kde má dítě i své společenské místo. K domovu řadíme i stabilní řád, určitý životní styl a soustavu hodnot. Rodina potažmo domov zajišťuje citovou výchovu dítěte. Nedostatečná citovost ve výchově vytváří v lidské osobnosti nejistotu, pocit nedostatečnosti, nevnímavost k potřebám druhých. Při dostatečně citově zajištěném prostředí vyrůstají lidé se zdravým sebevědomím, schopné vcítění se do potřeb druhých, jejich vnímání života je optimističtější (Matějček, 2017).

### 2.1 Základní funkce rodiny

Rodina je malou primární skupinou, jež má poslání naplňovat určité funkce. Jako základní funkce rodiny lze uvést funkci biologickou, emocionální, ekonomickou a výchovnou.

*Biologickou funkci* rodiny lze také nazývat funkcí reprodukční. Tato funkce spočívá v zajištění trvání lidského rodu. Emocionální funkce má za cíl uspokojit potřeby citových vazeb každého člena rodiny. Současně každému jedinci poskytuje prostor pro ventilaci negativních pocitů, které není možné uvolnit na veřejnosti. Zejména v dětství a dospívání je tato funkce velice podstatná, jelikož si jedinec dané emotivní klima a vzájemné citové vazby odnáší do života. Současně je prostřednictvím této funkce utvářen základ jeho vazeb k sobě samému, ale i ostatním a světu celkově (Kořa, Trpíšovská a Vacínová, 2013). Další funkcí je funkce *ekonomická*. Tato funkce vypovídá o tom, jak je rodina začleněna do ekonomické a společenské stránky života. Vyjadřuje, jakým způsobem rodina využívá a získává finanční prostředky a znázorňuje podíl jednotlivých členů na získávání těchto prostředků (Štiková, Šenková, Belicová, 2020).

Poslední základní funkcí rodiny je funkce *výchovná*. Rodina zodpovídá za výchovu dětí, dává podnět pro učení, pro první zkušenosti s utvářením vztahů a se zásadami mezilidského soužití. Dítě v rodině sociálně dozrává. Rodičům je zákonem ukládána povinnost o děti pečovat a vychovávat je (Štiková, Šenková, Belicová, 2020).

Důležitá je v běžném životě vzájemná propojenost a ovlivňování všech těchto funkcí rodiny, aby nedošlo k dysfunkci rodiny. Dysfunkce rodiny je situace, kdy rodina určitou měrou neplní základní požadavky dané společenskou normou. Projevem tohoto selhání je nedostatečné plnění rodinných funkcí. Důvody, proč se rodiče starají nedostatečně či vůbec lze podle charakteru z etiopatogenetického hlediska dělit na objektivní (rodič neovlivní), subjektivní (závisí na vůli rodiče), smíšené:

- Rodiče se o dítě nemohou starat – objektivní důvody, válka, hladomor, přírodní katastrofa, nemoc, úmrtí, komplikovaný zdravotní stav dítěte.
- Rodiče se o dítě neumějí či nedovedou starat – smíšený důvod nezralost či mládí rodičů, neschopnost vyrovnání se s určitou situací – nemanželské dítě, handicapované dítě. Dochází k různému zájmu o dítě – nadměrný, nezájem, formální.
- Rodiče se o dítě starat nechtějí – subjektivní důvod - může se jednat o poruchu osobnosti rodiče, která má za následek nedostatečné plnění rodičovské role, nezájem o dítě, nepřátelský vztah k dítěti. O dítě je postaráno nedostatečně, špatně nebo vůbec (Štiková, Šenková, Belicová, 2020).

## 2.2 Deprivace v rodině

Rodina je prostředí, kde je deprivace méně nápadná, metodologicky je složitěji postižitelná, není ale méně nebezpečná či reálná než ústavní prostředí. Rodina je první prostředí, kde dítě může být deprivováno. Zkušenost vypovídá, že mnohé děti vyrůstají v tak špatných rodinných podmínkách, že je ohrožena nejen jejich výchova, ale i život. Pojem deprivace rozšiřujeme i na rodinné zázemí, kdy některé může být pro dítě zhoubnější než trvalá ústavní výchova. Deprivace v rodině často předchází deprivaci v ústavěch. Podmínky rodinného života, které vedou k deficitu v uspokojení základních psychologických potřeb dítěte, a tedy deprivaci lze rozdělit do dvou skupin na vnější příčiny a psychologické příčiny deprivace dítěte (Langmeier, Matějček, 2011). Jedinci, kteří nebyli v dětství poškozeni, měli dostatek rodičovské ochrany, upřímnosti, budou

i v budoucnu empatičtí, citliví a inteligentní. Nebudou mít potřebu ubližovat sobě i ostatním, naopak ke slabším budou mít ochranný vztah, který sami v dětství zažili (Millerová, 2017).

Každý jedinec si přeje být rodiči vítán, matkou i otcem. Děje-li se tak jen u jednoho z rodičů, dítě tímto nedoukem trpí celý život. Jedince si zpravidla bohužel všimá právě toho, čehož se mu nedostává, co mu chybí. To, co dostalo, není až tak důležité. V nitru dítěte zůstává pocit trvalého deficitu (Heinz-Peter Röhr, 2015).

### **2.2.1 Deprivace v rodině z vnějších příčin**

Vnější příčiny, jsou skutečnosti, které způsobují nedostatek sociálně emočních podnětů. Jde o případy, kdy v rodině chybí matka či otec, nebo jsou rodiče většinu času v práci, případně pokud je kultura a hospodaření rodiny na tak nízké rovině, že vývojová stimulace dítěte je nedostatečná. Dojde-li k absenci některého člena v rodině, a není role chybějícího člena rodiny, kterou měl plnit vůči dítěti i rodině zastoupena, dochází k ohrožení dítěte deprivací. Období, kdy k tomuto výpadku osoby v rodině došlo a také z jakých příčin, vytváří další podmínky deprivace. Rozpad rodiny jako podklad pro vznik deprivacní poruchy vyplývá ze statistik z různých studií. Z těchto vyplývá, že děti léčené na psychiatrické poruchy pochází se značně zvýšeným procentem z neúplných rodin (Langmeier, Matějček, 2011).

Nejnebezpečnější pro vývoj dítěte je chybějící matka. Existují časté případy, kdy se podaří člena rodiny přijatelně nahradit, může se jednat o milující nevlastní matku, kvalitní péči babičky, adoptivní matku. Častým případem je chybějící otec. V tomto případě je důležitá osobnost matky, jinak dochází ke kumulaci nepříznivých činitelů. Dítěti chybí vzor mužskosti, trpí nedostatkem autority a stability a sociální jistoty. Otec je chybějícím článkem v roli zajištění rodiny a tak matka zůstává na hospodaření a zajištění rodiny a výchovy sama. Na dítě jí zbývá tedy zákonitě méně času, dítě bývá často samo a tak získává více prostoru na toulání, dopouštění se přestupků a je tedy blíže možnosti dostat se na scesti. Mimo nepřítomnosti otce v rodině je rizikem nevhodná role otce v rodině. Zastoupení otce nevlastním otcem, případně dědečkem, je často podkladem pro různé konflikty a podnětem pro vznik neurotických poruch. Do struktury rodiny patří sourozenci. Poruchy, které mohou přecházet k deprivaci, jsou situace, kdy dítě sourozence získá a kdy dítě sourozence ztratí. U prvního případu může dojít k syndromu sesazeného dítěte čili jednoho typu chronické separační úzkosti. Narozené dítě na sebe

upoutá pozornost a doposud jedináčkovi se situace jeví jako izolace. V druhém případě ztráty sourozence se jedná především o případy, kdy dojde ke ztrátě otce či matky. V ten moment pro sebe sourozenci znamenají životní jistotu a v případě např. adopce jednoho z nich, to může mít silně deprivací vliv na sourozence druhého, ponechaného v ústavním zařízení. Jako další vnější příčinu lze považovat postavení dítě narozené svobodné matce. Svobodná matka má mnoho nevyřešených záležitostí – bytové, společenské, hospodářské, pracovní. Takové děti jsou deprivací velmi ohroženy. Mateřství bez manžela je pro ženu plné omezení a těžkostí, pokud není matka schopna tuto situaci zvládnout, často hrozí ztráta zájmu o dítě. Problematické je poloosíření dítěte. Dítě trpí steskem, pocitem hluboké ztráty, ztráty jistoty a zároveň posiluje pocit nepřátelství a pocit viny vůči zemřelému rodiči, pocit těžké úzkosti a i setkání s krutou smrtí, což dítě nedokáže rozumově zpracovat. Odlišná je situace v případě rodiny, která se rozpadla rozvodem. Narušení jednoty členů rodiny probíhá již delší dobu. Dítě může mít oslabený vztah k rodiči, od kterého je odloučeno, někdy může být vztah k rodiči natolik silný, že odloučení dítě cítí tak těžce jako v případě úmrtí. V případě, že se vztahy v rozpadlé rodině dokáží překompenzovat, dítě nemusí deprivací trpět. Pokud se toto ale nepodaří, děti bývají často neukázněné, bázlivé a samotářské. Sklon k neukázněnosti je důsledek absence autority a inklinace k fyzickým konfliktům je kompenzací projevu méněcennosti (Langmeier, Matějček, 2011).

Další příčina deprivace může mít podklad naopak v problému velmi početné rodiny. Dítě může mít deficit pozornosti a péče, která je k normálnímu vývoji potřebná. V raném dětství dítě strádá nedostatkem mateřské péče, později deficitem péče otcovské a trpí nedostatkem disciplíny a vedení. Tento stav bývá komplikován nedostatkem v oblasti bydlení, nedostatečnými či špatnými hygienickými návyky, nízkým kulturním standardem a ekonomickou nedostatečností rodiny. Následkem může být porucha sociálního chování, toulky a záškoláctví. Pokud dochází k fyzickému zanedbání dítěte, strádání dítěte zabraňuje i psychicky přiměřenému rozvíjení. Takovéto děti se obvykle po odebrání do lepších ústavních podmínek začnou rychleji rozvíjet, lépe mluvit, přibývají na váze, i jejich psychická nálada a spontánnost se zlepšuje. Ze studií lze vyvodit, že na rychlém pokroku těchto dětí má hlavní vliv odejmutí a separace od špatné rodiny než náhradní výchova a nácvik. U dětí z velmi chudých poměrů bylo prokázáno, že hmotná bída na sebe váže i psychické strádání a fyzické oslabení vykazuje i horší psychický stav. Poruchy vykazuje i emoční vývoj těchto dětí. Dalším problémem jsou

rodiče – alkoholici. Mnoho těchto dětí alkoholiků vykazují psychiatrické poruchy a výchovné potíže. Pro dítě se jedná o deprivaci situaci v rodině a tato se odráží v sociálním vývoji dítěte a jeho vhodného společenského zařazení. Paradoxně obzvláště příznivá socioekonomická úroveň rodiny může být rovněž základem pro vytvoření podkladu pro deprivaci. Společenské postavení přinášející vyšší společenské nároky na rodiče odvádí pozornost od péče o dítě a dítě samotné. Nahrazování rodičovské péče pomocí chůvy má někdy za následek nedostatečnost citových podnětů. V hospodářském nadbytku se dítě ztrácí jako hodnota. Dochází k opakovaným separacím, kdy se střídá období výbuchu přízně k dítěti a období skutečného či vynuceného nezájmu. Závažnější je stav, kdy dítě žije v ekonomickém nadbytku, ale zcela strádá nadměrnou zaměstnaností rodičů a tedy nedostatkem výchovy a vedení. Zaměstnanost matky nemusí mít negativní dopad na zanedbání dítěte, důležitá je kvalita vztahů a vhodná zastupující osoba. Pokud se matka po návratu dokáže i na krátký, ale velmi kvalitně trávený čas věnovat dítěti, může být tento čas stejně cenný i cennější než doba delší, ale bez zájmu o dítě. Zaměstnání matky samo o sobě není chyba, jsou však velmi důležité další aspekty, jako je kvalita náhradní péče a osobnost matky (Langmeier, Matějček, 2011).

### **2.2.2 Deprivace v rodině z psychologických příčin**

Psychologické příčiny deprivace v rodině vyjadřují skutečnost, kdy dítě má dostatek sociálně emočních podnětů, jsou ale z důvodu vnitřní psychické bariéry mezi dítětem a vychovatelem dítěti nepřístupné. Přestože může být rodina úplná a společensky a kulturně na dobré úrovni, pokud jsou členové rodiny citově neteční, k dítěti nemají vztah, patřičnou pozornost, matka má k dítěti odmítavý postoj, nevěnuje ani minimální čas dítěti, dochází rovněž k naplnění podmínek vzniku deprivace dítěte. V případě vnějších příčin deprivace jsou následky deprivace povrchnější než v případě deprivace na podkladě psychologických překážek v rodině. Poškození je neúměrné k sociální přijatelnosti a může být o porovnání vyšší u dětí citově hluboce deprivovaných ze sociálně „skvělých“ poměrů. Psychologické příčiny nedostatečných emocí k dítěti mohou být různých druhů, kvality a stupně. Někdy se jedná o závažnější příčiny jako je snížená psychické onemocnění a poruchy. Podstatné je, v kterém věku je dítě postihnuto, jak intenzivně a jak hluboko jsou tyto poruchy matky či vychovatele zakořeněny.

Existují určité příčiny nemožnosti navázání citového vztahu s dítětem, jimiž je:

- emoční a charakterová nezralost matky či zastupující osoby,

- duševní poruchy neurotického nebo psychického rázu,
- slabomyslnost, hluchoněmost či negramotnost matky.

Pokud je *matka* či *zastupující osoba* *emočně a charakterově nezralá*, může to být důsledkem deprivace v dětství či z důvodu nevyřešeného pubertálního konfliktu. Tito rodiče tápou mezi svými sexuálními vztahy, ve kterých nevytrvají. Nebo jsou příliš zaujati svými problémy a pocity křivdy, může se zde projevat i přílišná závislost na rodiči. Tyto matky postrádají ve výchově vůči dítěti vřelost, pochopení a něžnost. Nedokáží vytvořit domov a citově rodinu stmelit. U rodičů se ale mohou vyskytovat i *duševní poruchy neurotického nebo psychického rázu* – závažné jsou depresivní stavy matky, která se od dítěte odvrací. Dalším jevem jsou patologicky nevyrovnané postoje rodičů, které provází lhostejnost vůči dítěti, projev nepřátelství, který přerůstá až v krutost. V tomto případě je výše deprivace závislá na odmítavosti matky, emoční lhostejnosti vůči dítěti, zanedbávání a zavrhování dítěte, emoční poruše matky a její inteligenci. Důležité je podchycení případů deprivace prostředí, záměrného psychického a fyzického zneužívání dětí psychopatickými či psychotickými rodiči. Ve velké míře se setkáváme s případy usmrcení dítěte rodiči. Lékaři, sociální pracovníci musí s tímto kriminálním zanedbáním počítat a bedlivě sledovat a co nejsprávněji posuzovat závažnost deprivace situace v rodině. Matky, které jsou *slabomyslné, hluchoněmé či negramotné*, mohou mít sice citový vztah k dítěti dobrý, ale matka není schopna dítěti poskytnout podněty intelektuálního charakteru. V nejútlejším věku nemusí dítě strádat, neboť jsou v tomto období naplněny psychické potřeby dítěte. Matka i přes svůj pozitivní vztah k dítěti nerozumí projevům dítěte a nedokáže na ně reagovat, ani zajistit odpovídající režim a péči. U velkého množství takových dětí se projevuje výchovná a intelektuální deprivace. Deprivace v rodině má rozmanité formy, je ale komplikovanější analyzovatelná než deprivace v ústavech. Bývá pravidlem, že deprivace v rodině stojí v počátku deprivace historie dítěte (Langmeier, Matějček, 2011).



### 3 Ústavní péče

Ústavní výchova – mluvíme o výchově nařízené soudem dle zákona do 18 let, většinou je důvodem stránka výchovná či sociální. Trvá po dobu nezbytně dlouhou, nejpозději do zletilosti dítěte. O jejím zrušení rozhoduje soud, žádost podávají po pominutí důvodů ústavní výchovy zákonní zástupci. Výjimečně je ústavní výchova prodloužena do 19 let se souhlasem jedince, kterého se to týká.

Ochranná výchova-nařízena soudem dětem 12-15 let. Týká se činu, za který lze dle zákona uložit výjimečný trest. Mladistvým 15-18 let ochrannou výchovu soud nařizuje v případě, že provedený trestný čin bude mít dopad větší než trest odnětí svobody. Realizace probíhá ve výchovných zařízeních. Tato ochranná výchova trvá do dosažení zletilosti, může být prodloužena do 19 let, nesplnila-li plně účel.

Péče je zaměřena na 3 skupiny dětí:

- děti bez výrazných problémů v chování- zaměřeno na prevenci,
- děti v riziku - zaměřeno na diagnostiku a poradenskou činnost
- děti s poruchou emocí a chování-zaměřeno na reedukaci, diagnostiku a poradenství (Kachlík, Vojtová, Červenka, 2017).

#### 3.1 Zařízení pro výkon ústavní výchovy

V těchto institucionálních zařízeních je dětem ve věku 3-18 let (popřípadě 19 let) poskytována výchova a vzdělání. Ústavní, ochranná výchova nebo předběžné opatření je vždy nařízeno soudem. Děje se tak, pokud rodiče nejsou schopni plnit své role, nebo se zdárně o děti postarat. Tuto povinnost na sebe přebírá stát. Umístování dětí do těchto zařízení je řízeno zákonem 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 (Pipeková, 2010).

Zařízeními pro výkon ústavní či ochranné výchovy jsou dle výše zmíněného zákona:

- dětské domovy,
- dětské domovy se školou,
- dětské diagnostické ústavy,

- dětské výchovné ústavy,
- domovy pro děti vyžadující zvláštní péči (zákon č. 109/2002).

*Dětský domov* lze charakterizovat jako zařízení pro děti 3-18 let, popř. do ukončení přípravy na profesi, které mají nařízenou ústavní výchovu a netrpí žádnými závažnými poruchami chování a emocí. Do dětského domova jsou umístěny i nezletilé matky společně s jejich dětmi. Toto školské zařízení plní úlohu výchovnou, sociální a vzdělávací. Výchova a chod zařízení nahrazuje péči, kterou by měla dítěti poskytovat rodina. V současnosti je v České republice zřízeno 142 dětských domovů. Jestliže se jedná o děti, u kterých byly shledány závažné poruchy chování a emocí, je nezbytné je umístit do *dětského domova se školou*. Do tohoto zařízení jsou umísťovány děti od 6 let až do ukončené povinné školní docházky. Péče je zajišťována i o děti s přechodnou nebo trvalou duševní poruchou, která vyžaduje léčebnou péči, o nezletilé matky s uloženou ochrannou výchovou a jejich děti. V současné době je v České republice 29 dětských domovů se školou.

Dalším školským zařízením pro výkon ústavní či ochranné výchovy je *diagnostický ústav*. Ten zajišťuje péči dětem s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou. Pobyt může být ale i dobrovolný. Plní úlohu diagnostickou, terapeutickou, výchovnou, vzdělávací, sociální, organizační a koordinační. Dítěti je zde poskytnuta komplexní péče. V zařízení je zajištěno vyšetření psychologem, etopedem a dalšími specialisty. Pobyt trvá po nezbytně dlouhou dobu (cca 8 týdnů), poté je dítě dle výsledků vyšetření, zdravotního stavu dítěte a volné kapacity jednotlivých zařízení umístěno do dětského domova, dětského domova se školou nebo dětského výchovného ústavu, resp. je zvolen návrat zpět do rodiny. V současnosti je v České republice 14 diagnostických ústavů. V současné době se však často setkáváme i s jedinci starší 15 let, jimž byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova a u nichž shledáváme závažné poruchy chování. Tito jedinci jsou umísťováni do *dětského výchovného ústavu*. Dětský výchovný ústav se zřizuje odděleně pro děti s nařízenou ústavní výchovou a uloženou ochrannou výchovou. Do tohoto zařízení lze umístit i děti starší 12 let s uloženou ústavní a ochrannou výchovou, pokud se u nich projevují závažné poruchy, které nejsou slučitelné s umístěním v dětském domově se školou. Při dětském výchovném ústavu je zřizována i Základní škola nebo Speciální škola, případně i Střední škola. Dnes v České republice existuje 34 dětských výchovných

ústavů. Můžeme se ale také setkat s dětmi, u nichž nejsou rodiče schopni zvládnout zvláštní péči, která je u dětí nezbytná. Jedná se o děti zdravotně postižené, děti s etopedickými problémy a jiné (Langmeier, Matějček, 2011).

### 3.2 Náprava a prevence psychické deprivace

Náprava psychické deprivace by měla zasahovat čtyři úrovně, které jsou deprivací postiženy:

- reaktivace,
- redidaxe,
- reedukace,
- resocializace.

Při *reaktivaci* je nezbytné dítě vytrhnout z deprivační situace a přiměřeně jej zahrnout podněty z prostředí. Účinnost se zvyšujícím se věkem dítěte je slabší. Uplatňuje se metoda adaptační teorie včetně využití farmak za účelem aktivizace centrálního nervového systému, posilující léčba, náprava smyslových vad, rehabilitace. Při *redidaxi* se snažíme deprivační následky odstranit tzv. přeučením. Na dítě jsou odměřované a odstupňované vybrané podněty zpevňující požadované a vhodné chování. Vytváříme u dítěte nové návyky, místo starých nevhodných. Zařazujeme i v případě vhodnosti nápravu a rozvíjení řeči, motorických dovedností, rozvíjení znalostí, praktických dovedností. Snažíme se u dítěte o nácvik přizpůsobování se ve společnosti i v dětské skupině.

Jestliže nápravu provádíme úpravou vztahů dítěte k jeho okolí, hovoříme o *reedukaci*. Při reedukaci se snažíme o nové formování vlastností a charakteru dítěte. Uplatňujeme psychoterapii, snažíme se o navedení pevných vztahů důvěry, jistoty a lásky k těm, kteří se na výchově dítěte podílejí. Poslední úrovní nápravy psychické deprivace je *resocializace*. Tento způsob lze označit jako socioterapii zahrnující i rodinnou terapii, skupinovou terapii a výchovné postupy v rámci dětských skupin. Jedná se o proces maximálně dítě zapojit do společnosti a zpřístupnit dítěti osvojení účelných společenských rolí. Pomocí společnosti se dítě zbavuje deprivačních následků a vytváří nové vhodné vztahy ke svému okolí.

Přes optimističtější náhled na léčebné a nápravné možnosti těžce deprivovaných dětí, než panoval v minulosti, faktem zůstává, že léčba a převýchova těchto dětí je složitá,

velmi dlouhá a náročná. Poukazuje to na hospodárnost a větší účinnost prevence (Langmeier, Matějček, 2011).

### **3.2.1 Prevence psychické deprivace**

Obecně uznávaná na primárním místě jsou preventivní opatření, přestože pravděpodobně nedokážeme předejít všem případům poškození ve vývoji jedince. Prevenci dělíme na primární a sekundární podle opatření, která mají za cíl zabránit vzniku ohrožení vývoje psychického a tělesného. Primární prevence spočívá v širokém působení na rodiče, vychovatele, odborné pracovníky, na veřejnost. Sekundární prevence se zaměřuje na ovlivňování přímo rizikových skupin (Langmeier, Krejčíková, 2006).

Obecný preventivní program týkající se koncepce psychické deprivace by měl splňovat čtyři podmínky. Dětem by měl zajistit z vnějšího prostředí přísun dostatečného množství podnětů, v potřebné kvalitě a časovém sledu pro správnou činnost centrální nervové soustavy a zabránění poruchám její činnosti. Je důležité zajistit nepodvyživování, nepřesycování ani jednostrannost podnětů dostávajícím se organismu. Dále by měl zajistit podmínky pro učení již na nejzákladnější úrovni – podněty mají být posilující hlavně v případě žádoucího chování. Velmi důležité je také vytvoření podmínek k vývoji kladných a trvalých vztahů mezi vychovatelem, domovem a širším společenským a věcným prostředím – jako základ výchovy není jen tvoření návyků, ale citových vztahů, které strukturám návyků dávají smysl a dynamiku. V poslední řadě by měl umožnit dítěti začlenění do společnosti a osvojení odpovídajících sociálních rolí – s přibývajícím věkem to znamená pronikání dítěte i do rolí za úroveň rodiny, ale i do skupin vrstevníků, zaměstnání, do školy (Langmeier, Matějček, 2011).

### **3.2.2 Rodinná terapie**

V případě, že je dítě umístěno do institucionální výchovy, je důležité rodinu na tuto situaci připravit, pracovat s členy rodiny. Je potřeba, aby rodina zpracovala a pochopila skutečnost, zpracovala všechny nové informace. Dojde-li k pochopení rodinného fungování, je možné v rámci terapie poznatky využít a roli dítěte v tomto procesu posílit. Využití rodinné terapie může pomoci jako prostředek ke sdílení důležitých informací o fungování rodiny, které si potřebují velmi často děti v ústavní péči osvojit. Významem terapie je i předání modelů chování mladistvým a dětem, jež jsou důležité pro vlastní funkční chování a pro které postrádají vzory ve své vlastní rodině. Rodinu považujeme za neopomenutelnou část změny, která je očekávána od dítěte, jenž

je odejmuto z domácího prostředí a umístěno do zařízení ústavní výchovy. Péči je důležité zaměřit nejen na jedince, ale i na správnou funkčnost jeho zázemí. Hlavní potenciál rodinné terapie je spatřován v jejím cíli, kdy se všichni zúčastnění snaží o nový náhled na situaci, pochopení vzniku problému a potíží a hlavně se změnou rodinného systému pokusit o řešení problému jedince (Kachlík, Vojtová, Červenka, 2017).

### **3.2.3 Etopedická praxe**

Problematikou poruch chování a emocí a tedy i deprivací dětí se primárně zabývá etopedie. Práce etopedických pracovníků spočívá v několika fázích. První fází je prevence, tedy působení na jedince ve školských zařízeních, soustředěné na tři skupiny: děti, bez výraznějších problémů v chování, děti s rizikovým chováním (zaměřeno na prevenci v diagnostice a péči poradenské), děti s problémy s chováním a emocemi (v praxi se jedná o speciální diagnostiku a poradenství). Druhou fází je intervence, tedy průběh ve školách hlavního proudu. Někdy probíhá realizace v zařízeních preventivně výchovné péče (psychologické poradny a střediska výchovné péče. Tato péče se soustřeďuje na děti s rizikovým chováním a děti s problémy chování. Je podporována žádoucí forma chování a pozitivní motivace ke školní práci a k rozvoji dítěte. Třetí a poslední fází je rehabilitace čili resocializace. Jedná se o celkové působení na děti v zařízeních pro ochrannou a ústavní péči. Reeducace není možná v jejich běžném prostředí a je třeba zajistit stálou speciálně pedagogickou péči. V zařízení probíhá převýchovný ale i vzdělávací proces, který má za cíl začlenění do společnosti (Pipeková, 2010).

V běžné etopedické praxi podmínka pro nezbytně dlouhý pobyt v diagnostickém ústavu cca 8 týdnů, jak uvádí zákon §5 odst. 6 zákona č. 109/2002 Sb., nebývá obvykle splněna, protože je v praxi nedosažitelná. To potvrzuje tematická zpráva České školní inspekce (2021), která uvádí, že délka pobytu velmi často překračuje uvedených 8 týdnů z důvodu dlouhé čekací doby na rozhodnutí soudu směrem k dítěti.

Od účinnosti NOZ a doprovodné novelizaci zákona č. 109/2002 Sb. ve znění účinném od 1. 1. 2014 zůstává zachována rozhodovací pravomoc diagnostického ústavu jen ve věci umístění a přemístění dětí s uloženou ochrannou výchovou. Jedná-li se o děti s nařízenou ústavní výchovou, o jejich přemístění do konkrétního zařízení pro výkon ústavní výchovy, rozhoduje výlučně soud (Křístek, 2017).

## **4 Empirická část – kvalitativní výzkum**

### **4.1 Charakteristika výzkumného šetření**

Metodu kvalitativního výzkumu definuje Strauss a Corbinová (1990) jako výzkum, který se vyznačuje předností, že umožňuje získat podrobné informace o zkoumaných jevech. V případě kvantitativní metody by to v plné míře nebylo možné (kvantifikace, statistické metody apod.). Thomas (2003) uvádí, že kvalitativní výzkum neporovnává jedince a události pomocí termínů množství a míry.

Kvalitativní výzkum se zaměřuje na jednotlivé potřeby a postoje účastníků výzkumu. V průběhu výzkumu je možné šetření přizpůsobovat situaci, která se může měnit při získávání a analýze dat (pružný typ výzkumu). Kvalitativní výzkum reaguje přímo na situace a podmínky v místě šetření. Metoda je do značné míry subjektivní.

### **4.2 Metodologie výzkumného šetření**

S ohledem na řešený výzkumný problém možný dosah výzkumného cíle jsem si zvolila kvalitativní výzkumné šetření. Pro tuto metodu je důležitý vstup do terénu a porozumění chování v přirozeném prostředí. Jednotlivé použité případy je důležité důkladně prozkoumat a pochopit. Jako metodu výzkumného šetření jsem si zvolila analýzu diagnostických dokumentů jednotlivých dětí a zpracování případových studií. Výzkum je založen na designu případové studie.

Případová studie se zabývá zkoumáním jednoho nebo malého množství případů. Základem je shromáždění většího množství dat od jednoho nebo několika jedinců. Po ukončení zkoumání se řeší zařazení do širších souvislostí a je možné je srovnávat s ostatními případy. Je posuzována platnost výsledků (Hendl, 2005, s. 104).

Pomocí případových studií nejlépe přiblížím detailní příběhy dětí s nařízenou ústavní výchovou. V případových studiích se zabývám rodinou anamnézou s postihnutím rodinného zázemí od narození dítěte, rodinných vztahů a citových vazeb. Dále se věnuji osobní anamnéze dítěte se zaměřením na období před umístěním do dětského domova, podnětům, které vedly k nařízení ústavní výchovy. V případové studii se věnuji osobní a rodinné anamnéze, sociálním podmínkám a vlivům podporujícím výskyt deprivace u dítěte.

Při zpracování případových studií byly využity výzkumné techniky analýzy osobní a rodinné anamnézy, analýzy psychologického vyšetření (pokud bylo k dispozici), analýzy pedagogické dokumentace a hodnocení pedagogických pracovníků. Z důvodu zachování anonymity a s odvoláním na dodržení zákona o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb., jsem v práci pozměnila identitu zkoumaných dětí, veškerá podobnost s reálnými osobami je náhodná.

Pomocí obsahové analýzy vytvořených případových studií zjistím odpovědi na hlavní a dílčí výzkumné otázky.

### **4.3 Formulace výzkumného problému**

Předmětem výzkumného problému je výskyt deprivace u dětí s nařízenou ústavní výchovou.

### **4.4 Cíl výzkumného šetření**

S ohledem na teoretické poznatky o příčinách vzniku psychické deprivace, je možné tvrzení, že vznik deprivace u dětí se stále častěji odehrává ještě před umístěním dítěte do ústavní péče. Cílem výzkumu je šetření faktorů vzniku deprivace u dětí s následným posunem do ústavní péče. Další výzkumné cíle se týkají projevů a poruch chování, které vykazují deprivované děti, jaké projevy vedly k nařízení ústavní výchovy a jaká je po umístění vzájemná vazba rodiny a deprivovaného dítěte.

#### ***Hlavní výzkumná otázka zní:***

Jaké faktory vedly ke vzniku deprivace u dítěte s nařízenou ústavní výchovou?

#### ***Dílčí výzkumné otázky jsou:***

1. Jaké projevy a poruchy chování vykazují deprivované děti?
2. Jaké projevy a situace vedly k nařízení ústavní výchovy deprivovaného dítěte?
3. Jaká je vzájemná vazba rodiny a deprivovaného dítěte po umístění do ústavní výchovy?

#### ***Předpoklad výzkumu:***

1. Rodina je prvotním spouštěčem deprivace dětí

2. Děti umístěné do ústavní výchovy jsou deprivovány z rodiny
3. Deprivace dítěte má vliv na intersociální vztah dítěte

#### **4.5 Místo šetření a zvolený výzkumný vzorek**

Jako místo šetření bylo zvoleno zařízení Dětského diagnostického ústavu v Hradci Králové. Pro výběr výzkumného vzorku byly využity diagnostické spisy dětských klientů, informace získané ze zpráv sociálních pracovníků, psychologů, pedagogů a mopedů. Cíleně bylo vybráno pět dětských klientů, u kterých byla diagnostikována deprivace.

##### **4.5.1 Popis místa šetření a jeho zaměření**

Dětský diagnostický ústav v Hradci Králové je v souladu se Zákonem o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních (zákon č.109/2002 Sb.) koedukovaným internátním školským zařízením pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a školským zařízením pro preventivně výchovnou péči s výše uvedenou územní působností.

Dětský diagnostický ústav přijímá děti podle § 2 odst. 3, 4 a 5 a § 7 odst. 1 zákona č.109/2002 Sb. Do DDÚ jsou umisťovány děti ve věku od 3 let do ukončení povinné školní docházky. Jedná se o právní subjekt, jehož zřizovatelem je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Hlavní činnost se realizuje ve dvou základních částech zařízení – Dětský diagnostický ústav a Středisko výchovné péče.

- Základní úkoly DDÚ

Tyto jsou dány zákonem č. 109/2002 Sb. a vyjadřují požadované primární činnosti zařízení ve směru k zajištění potřeb dětí. Jsou to:

Diagnostika dítěte: Komplexní diagnostika osobnosti a intelektu dítěte, včetně diagnostiky pedagogické a etopedické.

Edukace dítěte: Výchovné a vzdělávací činnosti, směřující k rozvoji osobnosti dítěte ve vztahu k jeho individuálním výchovně-vzdělávacím potřebám a stanoveným prioritám.



Terapeutické úkoly: Psychologické, pedagogické, speciálně pedagogické, režimové a tréninkové činnosti, směřující k rozvoji osobnosti dítěte ve vztahu k nápravě poruch chování, sociálních vztahů a přizpůsobení.

Sociální úkoly: Činnosti směřující k sociálně právní ochraně dítěte a k zajištění jeho sociálních potřeb.

Organizační: Činnosti související s přijímáním a umísťováním dětí do cílových kmenových zařízení, a to ve spolupráci s orgány sociálně právní ochrany dítěte a osobami odpovědnými za výchovu dítěte.

Koordinační: Činnosti směřující k prohloubení a sjednocení odborných postupů školských zařízení v rámci územního obvodu DDÚ HK, k ověřování jejich účelnosti a ke sjednocení součinnosti s orgány státní správy a dalšími osobami, zabývajícími se péčí o děti.

- Základní formy činnosti

Slouží k realizaci obsahu výchovné koncepce a jsou následující

a) Výchova v prostředí s pevně a jasně danými režimovými prvky, kde jsou zřetelně určené hranice akceptovatelného chování s uvedenými výhodami při jejich dodržení a sankcemi při jejich překročení. Tento model vychází z teorie učení, a to zejména operantního podmiňování a sociálního učení.

b) Komunitní systém – terapeuticko výchovné komunity s jasně deklarovanými právy a povinnostmi každého jedince, který učí chápat odpovědnost za vlastní chování ve vztahu k sobě i ke komunitě. Rozvíjí a kultivuje sociální komunikaci mezi všemi členy komunity, tedy i mezi dětmi a dospělými, schopnosti vidět a vnímat problémy očima druhého, podporuje možnosti rozvoje empatie a tím i podmínky pro vytvoření celkového náhledu na sebe a své jednání. Hlavní formou je celokomunitní sezení, obsahující terapeutické, tréninkové a relaxační prvky. Tato sezení, využívající k výchovně léčebným účelům skupinovou dynamiku, jsou cíleně zaměřená na řešení problémů či terapeutických cílů na podkladě zakázky pedagogických pracovníků i dětí.

c) Individuální a skupinová terapeutická činnost se uskutečňuje na podkladě potřeb dítěte a je v souladu s individuálním výchovně vzdělávacím programem sestaveným pro dané dítě. Odborní pracovníci využívají k dosažení daných cílů postupů a technik osvědčených

psychoterapeutických směrů (systemické, psychodynamické, kognitivně behaviorální, integrativní a jiné terapie). Součástí terapeutické práce odborných pracovníků je vedle pravidelných skupinových či individuálních sezení i poskytování psychologické či etopedické intervence vůči dětem v akutních krizových situacích.

d) Výchovně zájmové činnosti a jejich obsah je volen s ohledem na složení dětí a jejich výchovných potřeb. Probíhá zejména formou skupinových her, žakovských klubů, práce v zájmových kroužcích.

e) Volné činnosti dětí, neorganizované pedagogickými pracovníky – jejich cílem je kromě relaxačního obsahu také naučit děti samostatně využívat volný čas.

- Popis zařízení

Dětský diagnostický ústav je internátní výchovné zařízení, které z hlediska psychologického a pedagogického komplexně vyšetřuje děti ve věku od 3 let do ukončení povinné školní docházky. Děti jsou do péče zařízení umísťovány na základě rozhodnutí soudu o nařízení ústavní nebo ochranné výchovy, na základě předběžného opatření soudu. Diagnostický ústav také poskytuje po přechodnou dobu výchovnou péči dětem s nařízenou ústavní či ochrannou výchovou zadržným na útěku od rodičů nebo z jiných institucí odpovědných za jejich výchovu. Vlastní pobyt se pak realizuje zpravidla po dobu dvou měsíců nebo do doby, kdy proběhne soudní řízení, které pobyt ruší či mění. Během této doby probíhá výše zmiňované komplexní vyšetření a na jeho podkladě jsou pak děti na základě soudního rozhodnutí dále umísťovány do zařízení náhradní rodinné péče nebo zpět do rodiny. Jedná se o různé typy dětských domovů a dětských domovů se školou. Děti, které se po zrušení soudního rozhodnutí vrací zpět do rodiny, mohou využít následných ambulantních služeb, které pomáhají stabilizovat nastavené vzorce chování i rozvíjet vzájemné rodinné či vrstevnické vztahy. V zařízení jsou děti rozděleny do 5 ti věkově smíšených skupin, v maximálním počtu 8 dětí. Pro každou skupinu je přidělen vychovatel a navíc je k dispozici pro všechny skupiny jeden asistent.

Středisko nabízí: výchovné poradenství, krizovou intervenci, individuální a rodinnou psychoterapii, psychologické vyšetření a diagnostiku, kazuistické a metodické konzultace

Služby zajišťuje kolektiv pracovníků: speciální pedagogové - etoped, psychologičky, odborní vychovatelé, sociální pracovnice, učitelé, asistenti pedagoga.

V areálu je dětem k dispozici ohradník s kozami, koňmi, králíky, morčaty, činčilou. Zde se děti učí péči o zvířata a vytvářejí si k nim vztah. Na zahradě jsou vytvořeny záhonky s ovocem a zeleninou, kde se děti věnují pěstitelství a drobným pracím na zahradě. Pro děti je veden včelařský a rybářský kroužek. V areálu je tenisový kurt, fotbalové hřiště, možnost hry basketbal, přehazované, florbalu,... Na zahradě mají k dispozici děti altán s ohništěm a bazének. Zařízení disponuje posilovnou, tělocvičnou, keramickou dílnou, kulečnickem, stolním tenisem. Pro děti jsou zde hudební nástroje, kola, kolečkové brusle a koloběžky, běžky, brusle na led a mnoho další rozvíjejících aktivit se zaměřením na volný čas dítěte.

## **4.6 Prezentace případových studií**

### **4.6.1 Studie č. 1: David**

#### *Uvedení do případu*

David je devítiletý, zdravý chlapec, bez trvalé medikace. Z důvodu neutěšené sociální situace u otce, zanedbanosti péče v mnoha ohledech byl David společně se starším bratrem otci odebrán a umístěn do dětského centra (dále DC). Poté byl dán podnět na nařízení ústavní výchovy (dále ÚV), předjednává se umístění do dětského domova (dále DD), soud však rozhodl, že je nutná diagnostika a děti umístil do dětského diagnostického ústavu (dále DDÚ). Otec se proti nařízení odvolává, nesouhlasí s ním.

#### *Osobní anamnéza*

Chlapec se narodil jako třetí v pořadí sourozenců. Matka má z předchozího vztahu dítě, které je v péči babičky (matka matky). V minulosti se u Davida projevila enuréza, nyní přetrvává občasné pomočení. Jeho intelekt se pohybuje v pásmu lehké mentální retardace. David je chlapec působící na první pohled velmi milým dojmem. Jeho roztomilost podtrhuje celková nejistota a roztržitost. Pro Davidovy projevy je nápadná velká nejistota, která vyplývá především z intelektového deficitu, problematické pozornosti a rané citové i podnětové deprivace. U Davida je velmi patrná neschopnost zapamatovat si i nedávné události. Někdy se však odpověďmi „nevím/nepamatuji se“ snaží vymanit ze situace, kdy je mu otázka nepříjemná. To samé také činí, pokud otázce nerozumí, či nezná vhodná slova k odpovědi a stydí se to přiznat. Davidova inteligence

měřená testem WISC-III se nachází na hranici pásma postižení. Zároveň však dokáže podat až průměrný výkon v úkolech, které odkazují na neverbální inteligenci. Naopak velké nedostatky se týkají všeho, co souvisí s mluveným projevem či verbalizovaným myšlením a to včetně paměti na proběhlé události.

### *Rodinná anamnéza*

Soužití rodičů Davida bylo od počátku problémové, otec matku bil, požíval a stále požívá v nadměrné míře alkohol. Matka submisivní, intelektově velmi slabá, nejspíše nižší rodičovské kompetence. Po narození Davida byla s dětmi v Dětském centru, otec ji však po krátké době odvezl zpět domů. Násilí v rodině pokračovalo i nadále. Do velmi intenzivních partnerských bojů vstupovali i babička ze strany otce a její přítel. Otec byl sám adoptován. Matka neutišenou situaci vyřešila odchodem z domácnosti. K sobě si vzala Davida, odvedla ho údajně ze školy (výpověď Josefa). Kvůli porodu dalšího potomka ho však nechala po dobu pobytu v nemocnici u sousedů. Pro Davida si otec i s jeho starším třináctiletým bratrem dojeli. Rodina otce poté zaujala k matce velmi negativní postoj, který přinejmenším před chlapci otevřeně ventilovala. Pro oba chlapce byl matčin odchod z rodiny velmi citlivou záležitostí. Zároveň však potvrzují, že odchod matky znamenal paradoxně mnohem větší klid v domácnosti. David explicitně potvrdil, že se doma za přítomnosti matky bál z důvodu intenzivních konfliktů rodičů. Po jejím odchodu se prý doma tolik nebál. S dětmi se matka od této doby nestýkala. Má dalšího partnera a další dítě. Aktuálně žije na ubytovně.

Péče ze strany otce však byla velmi nedostatečná, především vlivem nadužívání alkoholu. Babička ze strany otce sice občas péči suplovala, avšak nikoli v potřebné míře. Otec dokonce řídil automobil s chlapci pod vlivem alkoholu. I díky této události byl David s bratrem odebrán.

David má velmi blízký a kladný vztah k bratrovi. K otci i matce se vztahuje pozitivně. O matce nejdříve tvrdil, že ji nenávidí. Nebyl ale schopen vysvětlit proč. David během pobytu v DDÚ měl pravidelný kontakt s rodinou, ze strany otce, kdy ho navštěvoval otec a babička. Jejich zájem o Davida nebyl moc vřelý, snažili se získat materiální zisky z Davida (kapesné, mobil od matky). Několikrát v průběhu pobytu se vrátil z víkendového pobytu u otce ve špinavém a počůraném oblečení. Při loučení neprojevoval žádnou emoční vazbu a ta nebyla znát ani ze strany otce a babičky, bylo znát velmi markantní upřednostňování staršího bratra. V průběhu pobytu se začala

aktivněji zajímat o Davida také matka, která začala pravidelně Davida brát i na víkendové pobyty a jezdila na návštěvy. Zde byl vztah k Davidovi výrazně vřelejší, David se vracel od matky čistý, spokojený, nepočůrával se. Při loučení projevoval emoce a vyjádřil se, že by byl rád u matky. Vždy, když byl chlapec i se svým bratrem na víkendovém pobytu u matky, následoval ze strany otce velký tlak na chlapce. Dožadoval se vyjádření, že k matce nechtějí jezdit z vlastní vůle a před chlapci matku hrubě pomlouval a urážel. Bylo znát, že David se opět dostal do tlaku a pomočování se vrátilo i celková psychická nepohoda. Z aktuálně znovunabytého kontaktu s ní má radost, pobyt u ní hodnotil pozitivně. Kvůli svému deficitu a dramatickým rodinným vztahům se však o svých postojích k rodinným příslušníkům po celou dobu pobytu ostýchá vyjadřovat otevřeně. U chlapce a jeho případu padla shoda, že bude lépe umístění do dětského domova se školou (dále DDŠ), která bude méně dostupná otci, naopak matce a podporovat vztah matky a chlapce.

### *Z pobytu v DDÚ*

David byl v našem zařízení okolo celého jednoho roku. Během té doby jsme tak mohli pozorovat jak určitý rozvoj v oblasti slovní zásoby, porozumění mluvenému slovu a školním dovednostem. Zároveň se jasně odhalil Davidův inteligenční limit. Kdy přes pobyt v bezpečném a podnětném prostředí zůstaly velmi nedostatečné jeho schopnosti především, co se týče paměti a porozumění sociálním situacím. Ty torpédují reálný Davidův potenciál hluboko pod naměřený intelekt v pásmu při horní hranici LMR. David si jen výjimečně zapamatuje alespoň nějaký útržek z událostí daného dne. Opakovaně vštěpovanou informaci do pár hodin zapomene.

David tak udělal na jednu stranu velké pokroky ve školních dovednostech i slovní zásobě, reálně však má nadále problémy s běžným samostatným fungováním. Společným jmenovatelem těchto problémů je mimo samotnou paměť velmi deficitní pozornost. Chlapec měl problém s enurézou, který se během pobytu podařilo vyřešit. Po jednom z pobytů v rodině se však obtíže znovu navrátily. Zdá se, že hlavní příčinou nejen nočního, ale i denního pomočování, je především právě problém s pozorností. Zároveň se chlapec za enurézu velmi stydí, nejspíše pro postoj rodiny. Problém zpočátku pouze systematicky popíral a následky nedokonale maskoval. Nejspíše tak, jak byl zvyklý z domu.

Davidova adaptace na školní prostředí probíhala pomalejším tempem, kdy daná pravidla i povinnosti často nechápal nebo chápat nechtěl. Neměl zakotveny základní návyky, volní vlastnosti a pravidelnost stanoveného školního režimu. Postupně však dokázal obecné zásady respektovat.

Nejproblematictější oblastí chování chlapce jsou provokace vrstevníků. Běžně poté lže a staví se do role oběti. David k podobnému chování přistupuje už jen z toho důvodu, že pro neporozumění sociálním situacím neumí jinak navázat s druhými kontakt. Toto chování spoluvytváří i jeho impulzivita. David také může špatně snášet, pokud věnuje dospělý pozornost jinému dítěti. Je proto nejlepší, když je neustále něčím či někým zaměstnán. Lépe reagoval na ráznou autoritu se striktními pokyny a předem stanovenými pravidly, motivací. Z běžných napomenutí si nic nedělal, jen se usmíval.

Pod přímým dohledem vyučujícího byl schopen vyššího pracovního nasazení, dobré komunikace, domluvy, respektování pravidel i krátkodobé samostatné práce s udržením pozornosti. Jakmile byl dohled odvrácen jiným směrem, tak jeho pracovní nasazení i pozornost značně upadaly. Vděčný za pochvalu, která ho motivovala jen krátkodobě. V zátěžových situacích měl tendence se vzdávat, obviňovat ostatní děti a mluvit nepravdu.

V kolektivu dětí byl pod zvláštním dohledem staršího bratra, který ho na jednu stranu chránil, ale na druhou Davida využíval jako terč k provokacím, posměškům. Vzhledem k podprůměrnému logickému myšlení i slovní zásobě se David nebyl schopen vhodně prosadit, komunikace vážla, často opakoval slova, která byla vulgární (se sexuálním podtextem) a nebyla v danou dobu vhodná, napodoboval negativní chování ostatních žáků/bratra, zajímal se o druhé, žaloval.

Mezi vrstevníky na počátku pobytu naprosto nekonfliktní, dokázal spolupracovat, byl kamarádský. Během pobytu se toto chování zhoršilo. Vyvolával konflikty, převážně za zády, kdy pomlouval nebo se někomu posmíval. Velmi často rivalizoval s vrstevníky. Z konfliktů neustupoval, ba naopak je stupňoval. V kolektivu se lehce nechal strhnout k nevhodným projevům, často byl hlavním iniciátorem těchto situací.

## 4.6.2 Studie č. 2: Dan

### *Uvedení do případu*

Dan, 15 let, od devíti let je léčen pro diabetes mellitus prvního typu, 5x denně si aplikuje inzulín. Alergie nemá. Chlapec trpí vitiligem po celém těle. Navštěvoval běžnou základní školu. Opakovaně byl umístěn v dětském domově. Dan je v péči pedopsychiatra, medikovaný.

### *Osobní anamnéza*

Dan je štíhlý vysoký tmavovlasý chlapec s poměrně výrazným vitiligem (poruchou pigmentace kůže). Dan si nese zátěžové dědičné dispozice, diagnózu hyperaktivity, vývoj jeho osobnosti narušilo konfliktní soužití rodičů v raném dětství, absence bezpodmínečného přijetí od matky a také opakovaný pobyt v různých výchovných zařízeních. Dlouhodobě je v pozici odmítaného dítěte. Lze již hovořit o disharmonickém osobnostním vývoji a trvalém narušení osobnosti.

Dan je ve všech svých projevech „velkým dítětem“. Je vzhledem k věku nezralý až infantilní, impulsivní, roztěkaný, emočně nestabilní, zaměřený primárně na sebe a své potřeby. Jeho nálady a prožívání situačně kolísají, v mnoha ohledech nedomýšlí následky. Jeho frustrační tolerance je snižena, je snadno vznětlivý. V sociální oblasti není naučený navazovat přirozeně vztahy, chybí mu empatická tolerance vůči druhým, je citově oploštělý. Narušený sebeobraz kompenzuje snahou o nekritické sebeprosazení za každou cenu, se kterým naráží na nepřijetí až odmítání vrstevníky. Jen minimálně prožívá pocit viny, chybí mu kritický sebenáhled, a proto je schopen se poučit z chyb jen velmi málo a až po mnoha opakováních. Nepřizpůsobuje se potřebám situace, je přecitlivělý na své já, ale zároveň se sklonem k provokacím druhých. Při řešení konfliktů jedná opět impulzivně jako malé dítě, kompromisu a ústupku je schopen málo. Navazované kamarádské vztahy s vrstevníky jsou spíše povrchního charakteru, přátelství si není schopen udržet delší dobu. Touží po zájmu a přijetí dospělými autoritami, je pro něj velmi motivující, když může mít jednoho dospělého jen pro sebe. Respekt k autoritám je však u něj výběrový podle sympatií ke konkrétnímu dospělému. Vůči „neoblíbeným“ autoritám reaguje v situacích, které nevyhovují jeho potřebám, manipulativním vyhýbáním se, podvodem nebo opozicí (zásekové jednání, verbální opozice). Opoziční

vzdor je u něj lépe odklonitelný klidnou důsledností než autoritativním tlakem. Nebyl zvyklý na zátěž, jeho volní vytrvalost je spíše krátkodobá, potřebuje pozitivní motivaci zvnějšku a krátkodobější cíle. Dlouhodobě nenaplněvané city sytí Dan příchylností ke zvířatům. K jejich potřebám dokáže být vnímavý, kontakt se zvířetem je pro něj velmi zklidňující. Ke svému onemocnění diabetem má stále nevyrovnaný vztah, ještě nedokáže plně přijmout zralou zodpovědnost a vnitřně se smířit s omezeními, která tato nemoc přináší. Obtížné je pro něj především zvládat chuť na sladké.

### *Rodinná anamnéza*

Dan je dítě matky, která sama byla odmítané dítě a vyrůstala v ústavní péči. Vznikl z krátkodobého vztahu rodičů v baru. Asi ve dvou letech Dana začal otec pít, byl agresivní na matku a nakonec je vyhodil z domu. O syna se otec nezajímá, konzumuje zvýšeně alkohol, ztotožňuje se s neonacisty. Protože byla matka bez domova, byl Dan už v pěti letech umístěn do DD na dobu jednoho roku. Poté rodiče obnovili soužití, zplodili syna Martina a rozešli se. Od Danových sedmi let žila matka s partnerem z Bosny. Ten uznal otcovství k Martinovi a zplodili spolu ještě dceru. V tomtéž roce podala matka návrh na nařízení ÚV z důvodu problémového chování sedmiletého Dana. V té době také bylo šetřeno podezření z nadměrného trestání Dana druhem matky. Rok poté byl Dan umístěn do přechodné pěstounské péče. Protože přestal pěstounku respektovat, byl ještě v témže roce umístěn do DDŠ, kde setrval téměř dva roky. Chlapec byl hospitalizován na psychiatrii a navzdory doporučení na umístění Dana do ÚV, si matka vzala chlapce do domácí péče. Chlapec je medikován léky na zklidnění a udržení pozornosti, avšak léky odmítal užívat. V Danových dvanácti letech byla ÚV zrušena.

Dan půl roku po návratu domů fungoval, ale poté u něj opět začaly výchovné problémy, které se stupňovaly. Dan matku nerespektoval, výrazně rivalizoval se sourozenci, napadal je verbálně i fyzicky. Bratrovi se měl pokusit píchnout inzulin, ubližoval mu. Dělal matce naschvály (vyházal oblečení ze skříně, neplnil si povinnosti, umazal záchod močí...), neplnil distanční výuku, nedodržoval diabetický režim. Respektoval pouze matčina partnera, který na něj ale byl velmi přísný. Matka se s partnerem rozešla. Matka kategoricky odmítá návrat Dana do rodiny.



## *Z pobytu v DDÚ*

Dan nastoupil do zařízení v téměř čtrnácti letech na základě předběžného opatření (dále PO). Důvodem nařízení PO bylo verbální i fyzické napadání členů domácnosti chlapcem, krádeže, toulky, sebepoškozování, ubližování mladším sourozencům ze žárlivosti a také nedodržování diabetického režimu. Matka, která s Danem přijela, se k němu během příjmu chovala emočně velmi odtažitě a sdělila před ním, že už ho domů zpět v žádném případě nechce a že ho „obětuje“ pro záchranu mladších sourozenců.

V kontaktu působí vzhledem k věku nezrale, jeho pozornost je kolísavá, snadno rozptýlitelná. Je povídatý, příliš se nesnaží o účelovost, i když pro své problémy hledá často viníka ve svém okolí. Zadávané úkoly se snaží plnit v rámci svých možností kvalitně, o zadání přemýšlí, občas však odpovídá impulsivně a jeho koncentrace pozornosti kolísá. Je velmi rád za individuální zájem dospělého, který zvyšuje jeho motivovanost k práci. Velmi posilující je pro něj pochvala za úspěch.

Intelektové schopnosti jsou dle aktuálního vyšetření rozloženy celkově ve středním pásmu průměru. Rozložení výkonu je nevyrovnané, verbální složka zasahuje spodní pásmo průměru, názorová vyšší průměr. Aktuální orientační test vrozené složky intelektu potvrdil pásmo podprůměru. V rámci nadprůměru se nachází schopnost rozlišování příčiny a následku, plošná představivost, průměrný je optický postřeh, teoretická schopnost orientovat se v situacích běžného života a slovní zásoba. Mírně podprůměrná je všeobecná informovanost, početní dovednosti, pojmové jazykové myšlení, prostorová představivost a paměť založená na vizuomotorice. Hluboce podprůměrná je krátkodobá sluchová paměť. Dan byl při testování velmi motivovaný – výsledek je tedy spíše jeho intelektovým potenciálem. Běžný výkon je oslabován osobnostními dispozicemi a poruchou pozornosti.

Ke svému onemocnění diabetem má stále nevyrovnaný vztah, ještě nedokáže plně přijmout zralou zodpovědnost a vnitřně se smířit s omezeními, která tato nemoc přináší. Obtížné je pro něj především zvládat chuť na sladké. I když i dále bude potřebovat stálou vnější kontrolu, v našich podmínkách přesto udělal v této oblasti značný pokrok.

Přestože by si Dan velmi přál vrátit se zpět do rodiny, matka ho v první části pobytu v našem zařízení otevřeně odmítala. Sdělovala, že mu dala několik šancí začít znovu, ale on ji opakovaně velmi zklamal. Nedokázala mu odpustit skutečnost, že fyzicky

ubližoval mladším sourozencům. I před Danem matka neskrývala, že se ho v podstatě vzdává proto, aby „zachránila“ ostatní sourozence před ústavem a výchovnými problémy. Sama ho osobně ani telefonicky nekontaktovala, a pokud jsme jí telefonovali s Danem, byla velmi strohá a odmítavá. Na Vánoce se matka překvapivě rozhodla vzít si syna domů na pobyt. Od té doby došlo k určitému posunu – Dan absolvoval pobyt doma celkem 3x a přestože si dále s matkou netelefonují, matka počítá i s pobytem syna doma na prázdniny. Matka s Danem mají podobné osobnostní charakteristiky, v zátěži jednájí podobně impulsivně a vznětlivě, a proto mezi nimi dochází ke konfliktům. Příčinou Danova problémového chování v rodině také byla jeho rivalizace s mladšími, výchovně lépe zvladatelnými sourozenci.

Dan se na prostředí adaptoval s mírnými problémy, které spočívaly v jeho snaze o manipulaci okolím prostřednictvím svého onemocnění a začleněním do kolektivu dětí. Na druhé straně si užíval nutný zájem a péči, která ve snaze dobře kompenzovat jeho diabetes, mu byla ze strany dospělých věnována. V jeho chování dominuje snížení frustrační tolerance a necvičená seberegulace emocí a jednání.

Jedním z cílů prodlouženého pobytu v zařízení byla stabilizace chování dítěte a hledání možnosti jeho umístění zpět do rodiny či do zařízení typu dětský domov, a to vzhledem k jeho rodinné anamnéze. Nezletilý i přes zmíněný pozitivní posun v chování je však rodinou stále odmítán a umístění do volnějšího typu zařízení a do běžné školy je stále nereálné. Motivovat Dana z dlouhodobého či střednědobého horizontu lze těžko. Cítí radikální odmítnutí rodinou a zatím není schopen přijmout důvody a smysl pro změnu jednání. V současné době se však zájem matky o Dana zvýšil.

Etiologie rozvoje poruchy chování je spatřována zejména v deprivaci základních potřeb dítěte. Dan je již po čtvrté umístěn do zařízení, a to vždy po pobytu v péči matky. Matka sama je výchovně nekompetentní. Radikální v odmítání vztahu s dítětem. Podvody s konzumací sladkostí a drobné krádeže lze vnímat jako chlapcův boj s nespravedlností osudu a jeho onemocněním. Dan prvoplánově nechce nikomu ubližovat a provokovat, nicméně jeho jednání typické pro deprivované dítě (být ve vztahu být vnímán) jej opakovaně vede k interakcím s vrstevníky, které oni vnímají jako provokace či iracionality. Doporučujeme vyvíjet potřebný tlak na matku s cílem narovnání vztahu se snem. V tomto je spatřován klíč k pozitivní úpravě jeho chování. Dan umístěn do DDS.

### 4.6.3 Studie č. 3: Anna

#### *Uvedení do případu*

Čtrnáctiletá Anna aktuálně umístěna v DDÚ. Důvodem bylo konfliktní rodinné prostředí a problémové chování dívky – záškoláctví, toulky s partou starších vrstevníků, nerespektování autorit. Příjem Anny probíhal lehce chaoticky, matka se projevovala psychicky labilně, nesoustředěně, impulsivně. Větší přehled o Anně má její starší sestra, která s Annou komunikuje mateřsky. Anna u příjmu spolupracuje, reaguje na svou sestru, občas jako malé rozmazlené dítě. Anna má nařízenou ÚV s nástupem do DDŠ počínaje za dva měsíce.

#### *Osobní anamnéza*

Tmavovlasá okatá vysoká obézní dívka, fyzicky působící o mnoho let starší. Její projev však odpovídá věku 13 let i méně. Je roztěkaná, impulsivní, nesoustředěná, nezralá, zkouší hranice, co si může dovolit. Její emoce se mění z minuty na minutu – z pláče rychle přechází v smích a naopak. Má potřebu stále mluvit o svém osudu, spojeném se špatnými rodiči, náhled na své vlastní chování má oslabený. Její řečový projev je méně srozumitelný, nezřetelně artikuluje, má tendence se zadržovat. Anna má sníženou provozní verbální paměť, oslabenou výbavnost z dlouhodobé paměti. Při komplexních činnostech se znaky pracuje pomalým tempem (oslabena integrace funkcí v souvislosti s poruchou pozornosti). Byla diagnostikována přetrvávající mírná porucha řeči, dysgrafie, ADHD.

Anna byla jako nejmladší dítě vedena výchovou bez hranic, pravidel, a také od rodičů nedostala základní pocit jistoty, důvěry a bezpodmínečného přijetí. Výchovné problémy matka řešila nárazově, výbuchy agresivních afektů. Anna je zanedbaná, výchovně zcela nevedená, zvyklá dělat si, co chce. Mateřskou roli jí zastupovala starší sestra Bela - sama Anna sděluje, že ta jí pomůže, vyslechne, věnuje se jí, snaží se jí nastavit určité hranice. S rodinou však již nežije. Matku dívka vnímá jako nepodporující, nevyzpytatelnou, otce bez zájmu. Kompenzační emoční zázemí cítí v partě starších vrstevníků. Zde vnímá přijetí, ale také pocit dobrodružství a lehce nabytých zážitků, včetně návykových látek. Je u ní zvýšené riziko vzniku závislostí. Anna je bezhraniční, nezralá, infantilní, egocentricky orientovaná. Ve svém jednání i myšlení

je hyperaktivní, impulsivní, zvyklá na neomezené uspokojování vlastních potřeb. Zároveň je velmi pohodlná, nenavyklá překonávat překážky. Projevují se u ní časté výkyvy v emocích a náladách, depresivní rozlady a nízká odolnost vůči zátěži, na kterou reaguje hysteroidně, výbušně. Její sebeobraz je velmi nevyrovnaný. Sebestřednost, nesebekritičnost a potřeba být v centru pozornosti stojí v protikladu k vnitřní nejistotě, nesebelásce a zranitelnosti ega.

Sebepoškozování je deprivacním projevem, ale také formou volání o pozornost. Ve vrstevnických vztazích je Anna nestálá, povrchní, konfliktní, bez vnější brzd komunikuje jako „velká voda“. Sama je provokující, útočná, baví ji vytvářet rozruch a porušovat pravidla. Útok na svou osobu ale nese velmi přecitlivěle. Také přirozený respekt vůči dospělým autoritám nemá vytvořený, touží po přijetí, ale na pocit tlaku reaguje opozicí.

Anna je výchovně náročná dívka ze značně narušeného rodinného prostředí, s velkou pravděpodobností psychiatricky zatížená. Lze předpokládat, že ke změně dlouhodobě narušeného výchovného prostředí nedojde, a proto dívka potřebuje pevné hranice ústavní výchovy s danými pravidly, kontrolou a bezprostřední zpětnou vazbou na své chování. Důležitá je fixace na stabilní dospělou autoritu, která by pro ni mohla být vzorem a emoční jistotou. Potřebuje pozitivní formou posilovat sebedůvěru a náhled na sebe, bylo by dobré podporovat ji v činnostech, pro které má dispozice (např. zpěv, výtvarné činnosti). Nutná bude korekce jejího způsobu sebeprosazování. Doporučena je spolupráce s pedopsychiatrem (sebepoškozování, depresivní rozlady, ADHD).

### *Rodinná anamnéza*

Anna žije s matkou a 18tiletým bratrem. Rodiče jsou rozvedení, otec žije s partnerkou a jejich společnou dcerou na Moravě, o dívku příliš nejeví zájem. Matka delší dobu žila s přítelem, kterého Anna vnímá jako otcovskou osobu. Má ještě dvě zletilé sestry, Bellu (24) a Nikolu (26). Obě starší sestry prošly ústavní výchovou, druhá zletilá sestra je dle sdělení Anny aktuálně ve vazbě. Obě mají zkušenosti s drogami. Matka má invalidní důchod kvůli depresím a zádům, navštěvuje psychiatra. Sama sděluje, že má agresivní afekty. Na sestru Belu vzala nůž, Annu v afektu zbila kabelem od nabíječky.

Sama iniciovala umístění Anny do ústavní péče. Dívka má výchovné problémy již od 1. stupně školy, v 9 letech byla na pobytu ve středisku výchovné péče (dále SVP), který však byl pro její nespolupráci ukončen. Dva roky byla v internátní škole Králíček, kde relativně fungovala. Poslední rok se vrátila do původní školy, kde měla opět výchovné problémy, do školy velmi často nechodila, tvrdila, že je tam šikanovaná. Místo toho ležela doma v posteli. Na výuku se nepřipravovala, byla drzá na učitele, o přestávkách dětem brala věci, pošťuchovala je, byla vulgární. Mimo školu se stýkala s partou starších dětí a dospělých, toulala se s nimi po městě, navštěvovala kluby, konzumovala návykové látky. Sebepoškozovala se, jednou se předávkovala Tramalem. Odmítala odbornou péči. Z důvodu údajné šikany ve škole dívka odmítá školu navštěvovat - pouze za první pololetí evidováno 258 zameškaných hodin. Anna má extrémně lenivou povahu, takže celé dny pouze leží v posteli zavřená v pokoji nebo se potuluje s partou kamarádů. Společně s kamarády kouří, popíjejí alkohol, zkouší i marihuanu. V minulém roce se dívka sebepoškozuje - nůžkami nebo rozříznutou plechovkou.

S ohledem na dlouhodobě disharmonické rodinné prostředí se dívčina osobnost vyvíjí disharmonicky, má oslabený náhled na své chování, velmi rychle se měnící emoce a sníženou schopnost důvěry v dospělé osoby a také ve své vlastní schopnosti. Nemá zájem o nabízené činnosti, je velmi lenivá s oslabenými volnými vlastnostmi.

#### *Z pobytu v DDÚ*

Do zařízení DDÚ umístěna na základě rozsudku o ústavní výchově. Po dvou měsících pobytu v DDÚ má dívka nařízenou ústavní péči v DDŠ.

Dívka přijela v doprovodu matky a zletilé sestry Belly. Během příjmu zpočátku plačtivá, poté se zklidnila. O umístění do DDÚ věděla, vnitřně pobyt nepřijímá. Během příjmu Anna spolupracovala, komunikovala, bylo patrné, že se sestrou si jsou velice blízké. Před prvním individuálním kontaktem sdělovala, že se s psychologem nebaví, a proto zkoušela zadávané úkoly odbývat, dělat si z nich legraci. Při dalších sezeních už spolupracuje, ale je pohodlná.

U Anny jsou patrné projevy deprivace z nepřijetí ze strany otce a do značné míry i matky. Chybí ji zakořeněnost a podpora rodiny. Na druhou stranu Anně nechybí značné

sebevědomí, které dává svému okolí verbálně na obdiv. Její věty jsou nechutné a bývají se sexuálním podtextem mířené na chlapce. Anna během pobytu neměla v každodenních situacích problém si přijímáním mužské ani ženské autority. Pokyny ze strany dospělých respektovala, ale zároveň byla nutná kontrola ze strany vychovatelů, zda zadaný pokyn skutečně plní a dělá vše, co po ní bylo vyžadováno. Téměř od prvních chvil pobytu se dožadovala od dospělých programu, který by ji vyhovoval. Anna má o něco bližší vztah k ženám než k mužům. Zároveň je velmi snadno ovlivnitelná okolím, kdy poměrně rychle přejímá názory druhých na určité zaměstnance (ten je zlý atd.), aniž by k tomu měla důvod.

Vůči dospělému byly občas zaznamenány vulgarity, ale ty nebyly přímo adresovány jemu, ale vždy, když měla pocit, že je mimo přímý dohled. K tomuto vzorci jednání se většinou uchýlovala v okamžiku, kdy byla vystavena kritice ze strany autority. Zároveň jí dělalo značné obtíže se z této kritiky ponaučit. Pro Annu byl do značné míry celý pobyt náročný, a to v několika ohledech.

- Ve velmi malé míře dokázala přijmout kritiku vůči svému jednání.
- Nastalé situace řešila útekem do lhaní a manipulací.
- Po delší době kromě lží nepříjemné situace řešila sebepoškozováním (pořezala si hrud').

V okamžiku, kdy je Anně poskytnut čas osobního volna, téměř veškerý tráví pasivně sledováním televize či poslechem hudby. Občas ve volném čase kreslila. Ze všech činností, které byly Anně nabídnuty, nejvíce dominovala ve výtvarných aktivitách.

Po ukončení pobytu v DDÚ pokračuje Anna do DDŠ.

#### 4.6.4 Studie č. 4: Tom

##### *Uvedení do případu*

Jedenáctiletý chlapec, celkově zdravý, medikován psychiatrickou ordinací. Do DDÚ umístěn pro afektivní záchvaty, agresivnímu chování, vyrušování ve škole, nespolupráce s vyučujícími. Navštěvoval běžnou základní školu.

##### *Osobní anamnéza*

Pohledný tmavooký chlapec drobné postavy s dlouhou patkou vlasů. Tom je žákem 6. ročníku základní školy, ve které se často objevují konflikty a stížnosti. Tom během školního vyučování nepracuje, nespolupracuje s paní asistentkou, bez dovolení samovolně opouští třídu, při hodině si píská, písemnou práci vyhodil do odpadkového koše a nevhodným chováním narušuje výuku. Chlapec je v péči logopedky (velké problémy se čtením, pomalejší chápání a není schopen porozumět danému textu). Převažující stupeň PO: 3.

Chlapec v kolektivu dětí není oblíbený pro svou agresivní povahu. Zkopal mladší sestru, vulgárně nadává ostatním dětem, bezdůvodně fyzicky atakuje ostatní děti (facky, pěsti, rány do hlavy). Chlapcovo chování pracovníci DD považují až za kruté. Problémové chování se vyskytuje také u sportovních aktivit - směrem k dětem i dospělým používal Tom velice vulgární výrazy, vztekale kopal do sedaček a pro své chování vyloučen z fotbalového kroužku.

Chlapec není schopen udržet si pořádek ve svých osobních věcech, oblečení stále poházené po pokoji. O pobyt venku vůbec nejví chlapec zájem, mnohdy ani nejde na vycházku. V DD i ve škole si Tom rád přivlastňuje věci, které patří ostatníma jen těžko je schopen uznat svou chybu. Je urážlivý, vznětlivý a popudlivý. Tom velmi rád peče a vaří, obecně vyhledává manuální činnosti a nejraději má práci se dřevem a rybaření.

Připouští své problémové chování v DD, ale vinu často vidí v okolí (např. mladší sestra Lenka ho provokovala, byla protivná...). Velmi často mluví o svých sourozencích, vyjadřuje vůči nim pozitivní city, naopak matku za její nezáměr odsuzuje. Do DD by se chtěl vrátit. Zadávané úkoly plní ochotně, i z jeho komentářů je znát, že o nich

přemýšlí. Protože je limitován svým čtenářským deficitem, u většiny úkolů potřebuje, aby mu dospělý zadání předčítal. Píše levou rukou.

Dle vyšetření PPP z dubna 2021, kdy byla zjišťována jeho kognitivní výkonnost se ukázalo, že přestože jeho intelektový potenciál odpovídá věkové normě, jeho skutečný výkon je výrazně oslabený. Slabá je jeho slovní zásoba, má také sníženou kapacitu pracovní krátkodobé paměti, může u něj proto snadno dojít k přetížení, může si hůře pamatovat pokyny. Oslabená je i schopnost vizuálního porovnání. Solidní je naopak praktický logický úsudek, chápání časových a dějových posloupností, prostorová představivost. Byla mu diagnostikována těžká forma dyslexie, potíže přetrvávají i v písemném projevu.

Tom je osobnostně již dosti poškozený chlapec. Vzhledem k tomu, že v ústavní péči je od útlého věku dvou let, projevují se u něj následky dlouhodobé citové deprivace, chybějícího stabilního přijetí a citové vazby blízké osoby. Nevytvořil si základní důvěru ve svět a v sebe sama, je citově oploštělý. Jeho sebeobraz je narušován také výrazným terénem ADHD s různými handicap, které z této diagnózy vyplývají. Ke zhoršení jeho výchovných problémů v DD došlo poté, co část sourozenců, na které je silně citově fixovaný, odešla do DDŠ. Tom je náladový a otevřeně emoční, na své já přecitlivělý a velmi nelibě nese jakýkoliv vlastní neúspěch. Je-li kritizován, vzbuzuje se v něm velká agrese, kterou si ventiluje na ostatních dětech. Má-li pocit, že není vhodné prostředí pro ventilaci agrese (například jsou v okolí jen větší děti, na které by fyzicky nestačil) uzavírá se do sebe a přestává komunikovat s okolím. V případě, že se cítí přijímaný, má dobrou náladu a není na něj vyvíjen tlak, dokáže být přátelský, empatický a ochotný ostatním pomáhat. Jeho nálady se však přepínají velmi rychle. Přestože má Tom snahu prezentovat se sebejistě, jeho sebedůvěra je výrazně snižena a jeho vnitřní jistota stojí na velmi vratkých základech. Instrumentální fyzická agrese v DD sloužila k ventilaci trvale hromaděného napětí a také byla důsledkem „konkurenčního boje“ s dalšími dětmi v zařízení. Tom je sebestředný, vnímá především své potřeby, a pokud nejsou naplněny, velmi obtížně tento fakt přijímá. Ve vrstevnickém kolektivu se někdy zkouší prosadit rolí šaška, vůči mladším a slabším jedincům je netolerantní a zkouší uplatňovat silovou převahu. Silnějším kamarádům by se mohl zkoušet zavděčit za každou cenu. Dospělé autority je schopen respektovat, ale potřebuje se cítit přijatý, úspěšný a zároveň mít jasně a důsledně nastavené hranice. Ve výkonu je Tom limitován poruchami učení a pozornosti, zejména v duševní oblasti potřebuje značně podpory, individuální přístup a pozitivní



motivaci. V oblasti fyzického výkonu může naopak kompenzačně prožívat pocit úspěšnosti.

### *Rodinná anamnéza*

Chlapec je od svých dvou let umístěn do DD. Byl zde umístěn se svými pěti sourozenci. Soužití rodičů bylo problematické a po opakovaném z rozchodu rodičů odvedla matka všechny své děti na OSPOD s tím, že se o ně již nechce starat a požaduje umístění dětí do DD. Sama poté odcestovala do Anglie, kde žije dosud a s dětmi je v minimálním telefonickém kontaktu. Otec dětí zemřel, když bylo chlapci 10 let. Za života byl s dětmi v kontaktu telefonickém i fyzickém, kdy děti sporadicky navštěvoval v dětském domově. Prarodiče se o děti nezajímají. Děti navštěvují hostitelskou rodinu, manžele, kteří si všechny sourozence berou většinou jednou krát za měsíc na víkendový pobyt a na několik dní o vánočních a letních prázdninách. Tom je silně emočně fixovaný na své sourozence. Nezájem matky vnímá jako zradu a vyjadřuje vůči ní mnoho negativních emocí a velké zklamání. Zároveň paradoxně žárlí na to, že matka volá více jeho sestře a ne jemu. City, které děti v testu rodinných vztahů obvykle směřují k matce, Tom prožívá vůči starší sestře Ivě. Ta je pro něj nejstabilnějším členem sourozenecké skupiny, mateřskou osobou, jistotou. Pozitivní vazby má i k sestře Sáře. Bratr Václav je pro něj vzorem a aktuálně těžce nese jeho útek ze zařízení (i když vnitřně jej za ně do určité míry obdivuje). Bratr Petr je pro něj kamarád a „parták“. S mladší sestrou Lenkou Tom výrazně rivalizuje, v DD se vůči ní často projevoval agresivně. Pěstoun z hostitelské rodiny, kde sourozenci občas tráví víkendy, je pro něho pojítkem sourozenecké skupiny a také funguje jako mužský identifikační vzor. Chlapec je vzhledem k časnému umístění do dětského domova deprivovaný, chybí mu stabilní přijetí a citové vazby na blízké osoby.

### *Z pobytu v DDÚ*

Tom přijat na základě předběžného opatření. Na základě jeho chování a umístění sourozenců v DDŠ, se předpokládá i Tomovo přemístění do DDŠ.

Tom přijel do našeho zařízení z dětského domova v doprovodu psychologa. Důvodem umístění chlapce do DDÚ bylo jeho stupňující se problémové chování v DD i ve škole. Projevoval se vulgárně a agresivně vůči dětem i dospělým, byl vzteklý, urážlivý, nepořádný, dopouštěl se krádeží, ve škole nespolupracoval. Jeho agrese a vulgarita postupně narůstaly. Psycholog DD sdělil, že dětský domov není schopný Toma do budoucna výchovně zvládnout. Do všech činností a řízeného programu se zapojoval bez obtíží a s očekáváním, že si něco nového vyzkouší nebo se něco naučí. Vyhovovalo mu, když měl vyplněný volný čas. Pokud se mu některá z činností nelíbila, zkoušel smlouvat, pokud cítil autoritu a neústupnost dospělého, tak se podřídil. Několikrát za pobyt se stalo, že se Tom urazil a odmítal komunikovat. Šlo hlavně o situace, kdy se vše nevyvíjelo dle jeho představ – například mu nebylo umožněno vzít si na výlet nesmyslně vysoký finanční obnos. Chlapec nereagoval fyzickou agresí, spíše utrousil nějaký vulgární výraz, obvykle se rozplakal, odešel si stranou. Pozornost pak na sebe poutal tím, že odmítal po určitou dobu komunikovat. Když se uklidnil, vrátil se ke skupině jakoby nic. Takto si několikrát vynucoval své požadavky. Do dětského kolektivu velmi rychle zapadl. Z DD je zvyklý být ve větším kolektivu dětí. Je spíše podřídivý vůči silnějším jedincům. Mladší měl někdy snahu peskovat, provokovat a šikanovat. Na druhou stranu si s malými dětmi uměl i velmi hezky hrát. Vždy respektoval autoritu dospělých, a to jak muže, tak ženy. Někdy zkoušel odporovat, ale dal se lehce motivovat a posunout správným směrem. Je vděčný za přízeň a podporu dospělého. Své emoce dával výrazně najevo, nahlas se smál i plakal. Někdy dříve mluvil, než přemýšlel o důsledcích svých slov. Měl velké problémy se zvládnutím svého vzteku a výbušných nálad, pokud se mu něco nedařilo nebo nebylo po jeho. K tomu docházelo hlavně v dětském domově. Zde mu byly nastaveny jasné hranice a nebylo mu umožněno dosahovat cílů a požadavků tímto způsobem. V takovém chování už v našem zařízení nepokračoval, i když je patrné, že je v něm mnoho smutku i skryté agrese. Má nízké sebevědomí, potřebuje ve všem podporovat. Tom je hodně citlivý chlapec, který nemá pevné rodinné zázemí. Vyhovovala by mu ideálně jedna pečující osoba, na kterou by se mohl blíže navázat. Co se týče zátěže fyzické, s tou neměl chlapec problémy. Je všestranně nadaný, rád si vyzkoušel různé sporty. Již dost dobře zvládal unést prohru. Zátěž psychická byla pro Toma také oblast, ve které měl jisté rezervy. Jedná se o již zmíněné urážení se a vztekání, není – li po jeho. V této oblasti došlo k velkému zlepšení.

Mál smysl pro povinnost. Je ale nutná důkladná kontrola. Na pochvalu reagoval pozitivně, je schopen ji přijmout. Pochvala působila částečně i jako motivace. Byl rád oceněn před vrstevníky. Ve volném čase rád hrál počítačové hry, sledoval televizi, zahrál si deskové hry nebo si něco vyráběl. Tom je bystrý chlapec, který vnímal okolí, měl přehled, co se okolo něho děje. Byl rád za možnost kulturního vyžití i sportovního vyžití. Byla-li možnost, rád si vždy zasportoval. Je i poměrně manuálně zručný, rád si cokoliv vyráběl. Bavilo ho účastnit se rybářského kroužku. Jeho sebeobslužné činnosti byly zcela adekvátní věku. Zvládal tělesnou hygienu, stolovat přijatelným způsobem, měnit si oblečení a podobně. Pouze bylo občas nutné dohlédnout na pořádek na pokoji a v osobních věcech, naučit ho srovnat si oblečení ve skříni a dohlédnout, zda je oblečen adekvátně ve vztahu k prostředí.

Během pobytu v DDÚ si často telefonoval se sourozenci, hlavně se sestrami. K rodině má velmi pevný vztah. Jeho největším přáním je, aby mohli být všichni spolu. Tom do DDÚ přišel jako chlapec, který má nízké sebevědomí a velmi špatně snáší jakýkoliv neúspěch. Tyto situace řešil únikovými strategiemi – agresí, vulgaritou, pláčem a sebelítostivým chováním. Po nastavení jasných hranic a požadavků se jeho chování velmi zlepšilo. Posun je patrný ve formě, jak uvolňuje napětí – již dokáže o problému mluvit, lépe se ovládá, nejsou zaznamenány formy agresivního chování. Během pobytu v zařízení se opakovaly situace, kde Tom neunesl vlastní selhání či pokud se mu dostatečně nedařilo. Např. Tomovi byl zadán domácí úkol, který nechápal, nejprve zkoušel podvádět s tím, že úkol opsal od spolužačky, když na to vychovatel přišel a požadoval, aby si úkol vypracoval samostatně, Tom začal sdělovat, že "to prostě nechápe a nepochopí" pomocnou ruku vychovatele negoval, s tím že je mu to stejně jedno. V těchto situacích se poté běžel schovat pod stůl nebo si svoji frustraci vybíjel na mladších spolužácích, ke kterým byl bezdůvodně vulgárně agresivní. Postupem času se Tomovo chování u nás v zařízení spíše zhoršovalo a jeho negativismus se stával častější.

Tom umístěn dále do DDŠ.

#### 4.6.5 Studie č. 5: František

##### *Uvedení do problematiky*

Devítiletý, zdravý chlapec, bez trvalé medikace, má alergie na broskve, Do DDÚ nastoupil na základě soudního usnesení o PO z dětského domova. Důvodem bylo Františkovo problematické chování a diagnostika chlapce.

##### *Osobní anamnéza*

Drobný chlapec, kontakt navazoval okamžitě, bez tenze, mírně překračoval obvyklou sociální distanci. Rozloučení s pracovníci DD proběhlo z jeho strany rychle a bez emocí. Při prvních setkáních testoval hranice, musel být k práci opětovně motivován, projevoval se i opozičně. Během adaptační doby se pak přizpůsoboval našim požadavkům, vnějškově, na základě motivačních výhod se snažil o vhodné chování.

Má rychlé až zbrklé pracovní tempo, při delších zkouškách se objevuje motorický neklid a projevy oslabení pozornosti. Detaily mu unikají. Neúspěch jej odradí. Má věku odpovídající slovní zásobu. Píše a kreslí pravou rukou, ruka je neuvolněná, chybný úchop tužky.

Rozumové schopnosti má František aktuálně situovány do pásma spolehlivého průměru bez podstatných diskrepancí mezi verbální a performační složkou. Do ideální věkové normy spadá úroveň všeobecné informovanosti (školské znalosti) a schopnost rychlého asociačního učení. Oblast pasivní slovní zásoby, počtářské dovednosti, verbální logické usuzování a optický postřeh tuto normu převyšují. Naopak snížená, ale jen nepatrně, je schopnost postihnout sociální situaci z hlediska jejího vývoje, praktické logické usuzování, plošná představivost, porozumění sociálním situacím a krátkodobá auditivní paměť.

Osobnostní vývoj je ovlivněn složitým životním příběhem (společně se starším bratrem v DD již pět let, předtím opakovaný pobyt v dětském centru, důvod – nedostatečná péče matky) a ÚV. Vývoj osobnosti je disharmonický.

František je citově oploštělý, svědomí absentuje. Má sníženou frustrační toleranci, zvýšený agresivní potenciál, je impulzivní. Nedokáže vyhodnotit blížící se nebezpečí. Chová se opozičně k dospělé autoritě, ve vrstevnickém kolektivu chce dominovat. Projevy vnějškově viditelné a zachytitelné procházely během pobytu v našem zařízení proměnou, chlapec se postupně přizpůsoboval hranicím. Jde-li o jeho prožívání, pocity viny se po provinění prozatím nedostavují. Prohlubují se však pracovní a volní vlastnosti, mívá úspěchy při školní práci.

Během individuální práce sám nezmiňoval nikoho z příbuzenstva, z dětského domova ani paní D (zájemkyně o pěstounskou péči Františka). Na přímý dotaz ale odpovídá, že se na víkendy u tety D. těší, rád by u ní žil.

Při řízených činnostech jsem zaznamenan negativní vztah k bratrovi („nemá mě rád“) a k otci („máme maminku rádi, ale tátu ne“). V testu zaměřeném na vztahy (položková metoda nucené volby) je matka tím, kdo chlapce sytí emočně a teta z DD tím, kdo dává nějaké (pro výchovu potřebné) hranice chování. Před každou činností ve škole vykřikoval, že je to těžké a že to nechápe, nezvládne. Opak byl pravdou. Svou teatralitou na sebe potřeboval jen strhnout pozornost. Po vysvětlení ale okamžitě postup pochopil a pracoval dle pokynů. Chlapec měl vysoká očekávání, zároveň velice nízkou hranici frustrační tolerance, při nenaplnění jeho očekávání (být ve všem a vždy nejlepší) docházelo k afektu, který ventiloval verbální či fyzickou agresí.

Ve chvílích pohody a klidu byl František naopak v hodinách aktivní. Dokázal pracovat samostatně a vydržel se na práci soustředit. Pracoval nadprůměrným pracovním tempem. Pozitivní motivace jeho výkon ještě zvyšovala. Nové učivo si osvojoval velice rychle, zejména v matematice. Jeho výkony byly nadprůměrné. I mnohem starší děti převyšoval ve čtení, psaní i všeobecných znalostech. Bez problému se podřizoval mužské i ženské autoritě.

### *Rodinná anamnéza*

Chlapec žije od čtyř let se svým starším bratrem v dětském domově. Matka dětí je dlouhodobě psychiatricky nemocná a péči o děti nezvládla a zanedbávala. Děti byly pravidelně umísťované do klokánku nebo do dětského centra odkud šly do DD. Otec dětí o ně neprojevuje žádný zájem. Starší sestra chlapců je v pěstounské péči babičky. Babička

si chlapce bere z DD pravidelně na prázdniny a svátky. Matka bývá pravidelně hospitalizována v psychiatrické léčebně. Za dětmi se snaží pravidelně chodit a je s nimi v telefonickém kontaktu. Vztah s bratrem je rivalitní, hádají se a pošťuchují, žalují na sebe a žárlí. U Františka se velmi zhoršil přístup ke škole, odmítá pracovat, jeho výsledky jsou ve škole slabé i přesto, že intelekt má dobrý. Při výtce ze strany dospělého přestane komunikovat, je vzteklý, vulgární a trucovitý. Lehá si na zem a odmítá se zvednout. Chlapec je fyzicky agresivní i na ostatní děti, minimálně v jednom případě fyzicky napadl stejně starou holčičku, strkal ji a kopal, vyhrožoval vyhozením do řeky a nutil ji, aby mu odevzdala svůj mobil. Chlapec je nedůvěřivý vůči okolí, má tendence si prosazovat své zájmy, ve svém chování je sebestředný a sobecký. Toto byly důvody pro umístění do dětského diagnostického ústavu. O Františka a jeho bratra má zájem pěstounka paní D. o převzetí do pěstounské péče.

#### *Z pobytu v DDÚ*

Do DDÚ nastoupil v devíti letech na základě soudního usnesení o předběžném opatření z DD. K příjmu chlapce doprovázela sociální pracovnice DD. Důvodem bylo Františkovo problematické chování, pro které již v 1. třídě (aktuálně je žákem 2. tř.) musel být přemístěn do třídy s přísnější paní učitelkou, bezprostředním důvodem bylo opakované napadení o něco starší dívenky při cestě ze školy do DD (vyhrožoval jí, že ji hodí do řeky, strkal, kopal a řval na ni, chtěl po ní mobil), následně (v DD ani při konzultaci s psychologkou DD) neprojevoval lítost.

S adaptací na naše zařízení neměl František žádný problém. Rychle se zabydlel na svém pokoji i na klubovně. Orientaci po budově si osvojil bez problémů. Jedním z oblíbených míst našeho zařízení byla pro Františka tělocvična, kde mohl sportovat.

Chlapec byl do DDÚ umístěn z DD, tzn., že na určitý režim byl již zvyklý. Toto zařízení je ale specifické, tudíž i režim je zde důslednější a striktnější než tomu bývá v dětských domovech. Základní harmonogram DDÚ (budíček, večerka, škola, výchovná skupina atd.), povinnosti, pravidla, si osvojil František zdárně po krátkém čase a přizpůsobil se bez problémů.

Zvláště ze začátku pobytu měl František tendence vyhledávat přítomnost starších dětí. Právě jeho negativní chování je do značné míry odrazem negativního chování starších dětí, které František napodobuje (postoje, gesta, mimika, bohužel i používání

vulgárních výrazů, které nekorespondují s věkem dítěte). Zařazen byl do 1. výchovné skupiny, kde byl společně se 3 chlapci podobného věku. V přítomnosti svých vrstevníků se František choval mnohem komplikovaněji. Děti se mu nelíbily, na každém viděl něco špatného, nechtěl se s některými ani kamarádit. Otevřeně říkal, že je nemá rád, že se chovají hrozně, a že chce na jinou skupinu, aby s nimi nemusel být. Projevoval se impulsivně, často se urážel, děti provokoval a byl na ně slovně agresivní s používáním silných vulgarit. Občas měl sklon ke rvačce. Tímto chováním se zřejmě František snažil vydobýt zásadní postavení ve skupině, a pokud se tak nedařilo, reagoval negativismem a nevhodným chováním. Na druhou stranu neměl František sebemenší problémy s komunikací. Nedržel se nikde stranou, zapojoval se do činností a aktivit od samého začátku. Po delším čase, který strávil na 1. skupině mezi svými vrstevníky, si František dokázal najít i kamaráda, hrát si společně s ostatními dětmi apod. Jeho výroky o tom, jak jsou děti hrozné, a že s nimi nechce být, se eliminovaly, i nevhodné chování se částečně zmírnilo. Jeho častá konfliktnost byla umocněna velmi podobnými povahovými rysy a negativním chováním i ostatních chlapců na skupině. Provokace, hádky a nepohoda tak byly vzájemné.

S akceptací požadavků, pravidel ani norem neměl František zásadní problémy. Ojedinele, pokud se jeho představa výrazně lišila od jeho aktuálních potřeb, nebo když bylo po chlapci požadováno něco, v čem nevynikal, co mu příliš nešlo, apod., nastaly projevy negace, dával najevo nelibost, nevhodným způsobem danou situaci komentoval, často používal vulgarismy. Chlapec se takto zkouší činnosti vyhnout, ale pokud je zvýšeně motivován a podpořen, pokud je použita důslednost a dospělý si trvá na svém, chlapec požadavku vyhoví.

Chlapec je emočně nestabilní. Je patrná absence rodinného zázemí a potřebné rodičovské lásky – u chlapce je narušen pocit jistoty, důležitosti. V situacích kdy se František dostane do nepohody – nejčastěji na základě konfliktů se svými vrstevníky, dokáže být neúměrně impulsivní, vzteká se, uráží se, někdy i brečí vzteky. Situace, ve kterých se cítí nejistý nebo je-li pokárán, je také lítostivý. Pokud ale provádí oblíbenou činnost, je chválen, daří se mu v soutěžích apod., objeví se u Františka radost, smích, spokojenost, nekonfliktnost. Pro chlapce je důležitý pocit uznání.

Při kolektivních sportovních aktivitách (fyzická zátěž) se u Františka projevuje snížená míra frustrační tolerance, a to v situacích, kdy se mu nedaří tak, jak by chtěl, když

je někdo výrazně lepší než on. Touha po vítězství a po tom být nejlepší někdy u chlapce vyprovokuje impulzivitu, vztek a používání vulgarismů, ojedinele, pokud ho při hře někdo nějakým chováním rozzlobí, vyprovokuje, nemá daleko ke rvačce. Vždy se ale dokáže zklidnit a pokračovat dál ve hře. I přes to, František kolektivní sporty hodně vyhledává, baví ho. Často vyhledává hru se staršími chlapci. Nebojí se a dokáže se starším spoluhráčům ve hře vyrovnat.

František dobře reaguje na pochvalu. Pokud je chválen, jeho obličej se rozzáří úsměvem a je patrná spokojenost a kladné prožívání. Pochvala chlapce motivuje a dává smysl vykonaným činnostem. Pochvala má u chlapce také nezastupitelnou úlohu k dosažení pozitivní změny v jeho chování.

František by svůj volný čas nejraději trávil sportem. Pokud tomu tak nemůže být, tráví volný čas na klubovně třeba tím, že se strefuje míčky do koše nebo si hází s kluky balonem. Rád se také podívá na TV, nejvíce ocení, pokud dávají hokejový zápas, při kterém velmi pozorně sleduje každý pohyb puku a po ukončení zápasu má stoprocentní přehled o tom, kdo komu přihrál, kdo měl asistenci na branku, kdo dal gól apod. Dokáže podrobně a smysluplně popsat celý zápas. Rád poslouchá předčítání pohádkových knížek – velmi se mu líbily příběhy Maxi psa Fíka, Mach a Šebestová. Ocení hádanky a kvízy zejména z oblasti přírodovědy. Oblíbenou má také stavebnici Lego, ze které rád skládá.

František má osvojené základy slušného chování (pozdrav, prosba, poděkování) a většinou toto slušné chování dokáže aplikovat i prakticky. Stolování je na slušné úrovni, odpovídá věku dítěte. Hygienické návyky jsou v pořádku. V oblasti hygieny je samostatný, hygienu provádí pečlivě. Má vyvinutý smysl pro pořádek. Na pokoji má své osobní věci ve skříni poskládané do komínků. Při úklidech pokojů se nevyhýbá žádným činnostem – utře prach, zamete, vysaje, setře podlahu....

U chlapce z důvodu nízkého věku převládají materiální hodnoty. Velmi dobře chápe rozdíl mezi dobrem a zlem.

Po 8. týdnech pobytu můžeme hovořit o počínajících drobných změnách v chování Františka. Zásadním problémem, který jsme v našem zařízení zaznamenali, byl narušený vztah ke svým vrstevníkům. Zvláště na počátku pobytu bylo Františkovo chování v interakci s vrstevníky velmi problematické. Dovoľoval si na děti, provokoval



je, zesměšňoval je, byl hádavý, neústupný, vulgární a dokonce měl někdy sklony i k fyzické agresi – rvačce. Nebyl schopný zapojit se do společných činností, aniž by se neprojevovalo již výše zmiňované negativní chování. Musel být neustále usměrňován. Dále se projevovala impulsivnost, netrpělivost, negativismus. V přítomnosti starších dětí takto výrazné problémové chování neprojevuje. Je pravda, že František prošel zatěžkávací zkouškou, protože ve skupině do které byl umístěn se sešli další 3 chlapci stejného věku, s podobnými povahovými rysy a s velmi problémovým chováním. Chlapci se navzájem neustále provokovali, všichni jsou dominantní, impulsivní, sebestřední, hádaví, nemohou si mezi sebou vzájemně předávat mnoho pozitivního. Navíc svým chováním rivalizovali o pozornost dospělého, kterou chtěl mít každý chlapec pouze pro sebe. Přes to v tuto chvíli došlo ke zmírnění celé situace a u Františka došlo i k eliminaci problémového chování. Velký posun nastal v používání vulgarismů. Situace, kdy František užívá vulgarismy, jsou již ojedinělé. I hrubost používaných vulgarismů se zmírnila. Další zásadní změnou k lepšímu je, že chlapec již téměř své vrstevníky nezesměšňuje, neposmívá se jim. Přibývá situací, kdy je František klidnější a občas již dokáže svoji impulzivitu lépe zpracovat. Provokací vůči dětem také ubylo. Nezaznamenali jsme žádné tendence ze strany Františka k šikanování. S autoritou nebyly zásadní problémy, spíše naopak přítomnost dospělého vyhledával a byl za ni rád. Pokud byl u chlapce aplikován individuální přístup, jeho chování bylo naprosto bezproblémové.

Po celou dobu pobytu se František sám od sebe nezmínil o rodině, o sourozencích ani o rodičích. Z doptávání a pozorování je ale zjevné, že má rád maminku. Maminka Františkovi občas telefonuje – ten s ní mluví hezky, je rád za telefonát, osobní kontakt však není. František dále putuje se svým bratrem do pěstounské péče k paní D.

#### **4.7 Analýza případových studií**

V této kapitole budu každou případovou studii posuzovat jednotlivě. Analýzou zjistím odpověď na výzkumné otázky a potvrzení či naopak výzkumných předpokladů, které jsem si na počátku výzkumného šetření stanovila.

## Studie č. 1: David

V případě Davida je znatelné citové strádání. Rovněž sociální situace a péče v rovině základních biologických potřeb byla nedostačující. Nepříznivá rodinná situace, zanedbání v rovině rodinného a sociálního zázemí od raného dětství chlapce viditelně postihlo.

Hlavní výzkumná otázka zní:

Jaké faktory vedly ke vzniku deprivace u dítěte s nařízenou ústavní výchovou?

V případě Davida vedlo k deprivaci nepodnětné rodinné prostředí, absence citu stran otce, nedostatečné hmotného zabezpečení a mravně ohrožující prostředí. U Davida nebyly zajištěny základní biologické a hmotné potřeby. Rodiče Davida byly nedostatečně rodičovsky kompetentní.

Dílejší výzkumné otázky jsou:

1. Jaké projevy a poruchy chování vykazují deprivované děti?

U Davida se projevilo opoždění celého psychomotorického vývoje a zpomalený vývoj řeči. David má problémy s běžnými sociálními a sebeobslužnými činnostmi. Projevily se u něho neurotické potíže a enuréza. Je emočně labilní, úzkostný, nedůvěřuje lidem. Jednoznačně na Davidovi je znát projev úzkosti, sociální zanedbanosti a emoční lability.

2. Jaké projevy a situace vedly k nařízení ústavní výchovy deprivovaného dítěte?

K nařízení ústavní péče u Davida vedla nedostatečná péče ze strany otce, nevyhovující zajištění základních biologických potřeb, školní zanedbanost a nepodnětné až škodlivé výchovné prostředí. Otec nadužíval alkohol, byl schopný Davida a jeho bratra ohrožovat řízením v opilosti. Davidovi zapáchalo oblečení, neměl pravidelně zajištěno jídlo.

3. Jaká je vzájemná vazba rodiny a deprivovaného dítěte po umístění do ústavní výchovy?

U Davida je velmi viditelný chladný postoj ze strany otce a nezájem matky spíše ze strachu otce a nedostatečné rodičovské kompetence. V pozdějším období došlo

k obnovení vazby mezi matkou a Davidem, které je v DDŠ podporováno a udržováno. Na matku David reaguje velmi dobře a je vidět, že si kompenzuje výpadek styku s matkou a dočasnou absenci vazby. U Davida je patrný strach z možné ztráty obnoveného citového vztahu s matkou, po kterém touží.

Předpoklad výzkumu:

1. Rodina je prvotním spouštěčem deprivace dětí – v případě Davida se předpoklad potvrdil
2. Děti umístěné do ústavní výchovy jsou deprivovány z rodiny – tento předpoklad se u Davida rovněž potvrdil
3. Deprivace dítěte má vliv na intersociální vztah dítěte – David má problém s porozuměním sociálních situací a neumí navázat s jinými kontakty než prostřednictvím provokací vrstevníků. Nevhodným chováním, žalováním či lhaním se snaží upoutat pozornost a prosadit se. S vrstevníky spíše rivalizuje, případně se nechá strhnout kolektivem k nevhodným projevům.

## **Studie č. 2: Dan**

Dan je takové „velké dítě“, které se nemůže dost dobře vyrovnat s absencí bezpodmínečného přijetí matkou. Navíc je diabetik a to se podepisuje na jeho sebepojetí. Vzhledem k pozici dlouhodobě odmítaného dítěte s opakovaným umístěním v různých výchovných zařízeních lze u Dana vyhodnotit disharmonický trvale narušený osobnostní vývoj.

Hlavní výzkumná otázka zní:

Jaké faktory vedly ke vzniku deprivace u dítěte s nařízenou ústavní výchovou?

Dana ovlivnil odmítavý přístup matky, která mu nedokázala dát bezpodmínečnou lásku a péči. Sama vyrůstala v ústavní péči. Ani ze strany otce se nedočkal zájmu. Od pěti let je Dan umístěn v různých zařízeních ústavní péče. Matka kategoricky Dana odmítá.

Dílejší výzkumné otázky jsou:

1. Jaké projevy a poruchy chování vykazují deprivované děti?

U Dana se projevuje povrchnost citů a sociálních vztahů. Nedůvěra sám v sebe, ve svoji hodnotu. Je medikován – má neurotické potíže. Je agresivní k okolí. Své školní výsledky má slabší, než jakých by mohl dosáhnout. Má problém se vztahy v kolektivu a začleněním. Kolektiv ho nerespektuje ani jako kamaráda a ani jako silného rivala. Je emočně labilní, úzkostný, nedůvěřuje lidem.

2. Jaké projevy a situace vedly k nařízení ústavní výchovy deprivovaného dítěte?

K nařízení ústavní péče u Dana vedly výchovné problémy. Nerespektoval matku, verbálně i fyzicky napadá své lépe zvladatelné sourozence, se kterými rivalizuje o pozornost matky. Neplní distanční výuku, matce dělá naschvály. Nedodržuje diabetický režim.

3. Jaká je vzájemná vazba rodiny a deprivovaného dítěte po umístění do ústavní výchovy?

Dan je zcela odmítán matkou. Nikdy ho nedokázala jako sama ústavní dítě bezpodmínečně přijmout. Po dobu pobytu v DDÚ matka Dana nekontaktuje telefonicky, pokud ji kontaktuje Dan, je k němu strohá a odmítavá. Matka si překvapivě 3x vzala Dana domů k pobytu. Soužití ale nefunguje, Dan je v DDŠ. On sám při dotazu, na koho se na světě může spolehnout uvádí „na matku“.

Předpoklad výzkumu:

1. Rodina je prvotním spouštěčem deprivace dětí – v případě Dana se předpoklad plně potvrdil

2. Děti umístěné do ústavní výchovy jsou deprivovány z rodiny – tento předpoklad u Dana platí

3. Deprivace dítěte má vliv na intersociální vztah dítěte – předpoklad se potvrdil. Dan má problémy v kolektivu, svoji pozici nedokáže zaujmout, není přijímán. Jeho

chování je agresivní, provokativní, emočně ploché. S vrstevníky rivalizuje o pozornost a péči dospělého.

### **Studie č. 3: Anna**

Anna je čtrnáctiletá velmi obézní dívka, která se těžko vyrovnává s nepříjetím ze strany otce a velkou měrou i ze strany matky. Její výchova probíhala bez pravidel a hranic. Ze strany rodičů Anna postrádá pocit jistoty, bezpodmínečného přijetí a důvěry. Má diagnostikováno ADHD, mírná porucha řeči, je v péči pedopsychiatra. Vzhledem k trvale narušenému výchovnému prostředí nařízena ústavní výchova v DDŠ.

Hlavní výzkumná otázka zní:

Jaké faktory vedly ke vzniku deprivace u dítěte s nařízenou ústavní výchovou?

Annu velmi ovlivnilo nepříjetí ze strany otce a určitou měrou i matky. Pro její vývoj je zásadní absence podpory rodiny a s tím související jistoty, důvěry. Nekompetentnost psychiatricky nemocné matky, která řešila situace pomocí výbuchů agresivních afektů, měla na psychiku i sebevědomí Anny rovněž podíl. Disharmonický vývoj Anny souvisí s dlouhodobě disharmonickým rodinným prostředím.

Dílní výzkumné otázky jsou:

1. Jaké projevy a poruchy chování vykazují deprivované děti?

Anna se sebepoškozuje, pokusila se otrávit, konzumuje návykové látky. Dívka se toulá s partou vrstevníků, má problém se záškoláctvím, nerespektuje autority, je velmi vulgární. Má méně srozumitelný řečový projev, zadržává se, nezřetelně artikuluje. Emočně je Anna velmi nevyrovnaná, mění se u ní z minuty na minutu, její projev je vzhledem k věku nezralý. Anna má problémy s běžnými sociálními návyky, neumí se začlenit do kolektivu. Je nedůvěřivá a má neurotické problémy. Její školní výsledky jsou slabší, než kterých by mohla dosáhnout. Je bezhraniční, zvyklá si dělat co chce. Sebestřednost, nesebekritičnost a potřeba být středem pozornosti jsou v protikladu s její vnitřní nejistotou, nesebelásce a zranitelností. Anna je velmi pohodlná a má nízkou odolnost vůči zátěži. Nepřiměřeně uspokojuje své potřeby, týká se jídla. V kolektivu se projevuje agresivně, porušuje pravidla. Útok na svoji osobu nese těžce.

2. Jaké projevy a situace vedly k nařízení ústavní výchovy deprivovaného dítěte?

K nařízení ústavní péče u Anny vedlo dlouhodobě disharmonické rodinné prostředí a problémové chování dívky. Anna se sebepoškozuje, pokusila se otrávit léky, chodí za školu a tento čas tráví touláním se se závadovou skupinou. Konzumuje návykové látky. Je agresivní a nerespektuje autority. Odmítá odbornou péči. Dívce byla nařízena ÚV.

3. Jaká je vzájemná vazba rodiny a deprivovaného dítěte po umístění do ústavní výchovy?

Annou navštěvuje matka s její starší sestrou. Za matkou Anna během pobytu jezdí na celodenní návštěvy a víkendové pobyty. Nejsou příliš časté. Matku dívka vnímá jako nevyzpytatelnou, nepodporující a otec je bez zájmu. Svoje rodiče viní za svůj osud, náhled na své chování má oslabený. Mateřskou roli u Anny zastupuje její sestra Bela. Ta je pravděpodobně i tou, která vyžaduje kontakt s Annou a matka se jen podřizuje. O dceru nejeví větší zájem. Anna svoji sestru vnímá jako tu, která jí pomůže, vyslechne a snaží se jí výchovně vést. Bela bydlí již mimo domov, kontakt s Annou ale pravidelně udržuje a motivuje k němu i matku.

Předpoklad výzkumu:

1. Rodina je prvotním spouštěčem deprivace dětí – v případě Anny se předpoklad plně potvrdil

2. Děti umístěné do ústavní výchovy jsou deprivovány z rodiny – tento předpoklad anamnéza Anny potvrzuje

3. Deprivace dítěte má vliv na intersociální vztah dítěte – předpoklad se potvrdil. Anna je ve vrstevnických vztazích povrchní, konfliktní. V kolektivu se projevuje agresivně a nevhodným chováním se snaží upoutat pozornost.

#### **Studie č. 4: Tom**

Jedenáctiletý Tom, medikován psychiatrickou ordinací, diagnostikována dyslexie, ADHD, v péči logopedky. Je žákem běžné základní školy s PO3 (podpůrným opatřením). Po problematickém soužití rodičů a opakovaných rozchodech je Tom je ve svých dvou

letech i se svými pěti sourozenci odveden matkou na OSPOD, kde uvádí, že se o děti nechce starat a požaduje jejich umístění do DD. Matka odjíždí do Anglie, kde stále žije a děti kontaktuje minimálně. Otec umírá, když je Tomovi deset let. Děti navštěvují hostitelskou rodinu, kde je pěstoun pojítkem sourozenecké skupiny a rovněž mužským identifikačním vzorem. Tom je velmi fixovaný na sourozence, nejvíce na starší sestru Ivu. Tom je v kolektivu agresivní, nespolupracuje ve škole, nezvládá dobře ani sebeobslužné činnosti. Chování se zhoršuje po odchodu části sourozenců do DDŠ. Pro prohlubující se problémy umístěn do DDÚ s předpokládaným posunem do DDŠ.

Hlavní výzkumná otázka zní:

Jaké faktory vedly ke vzniku deprivace u dítěte s nařízenou ústavní výchovou?

U Toma se zásadně projevuje následek umístění od útlého věku do ústavní péče. Chlapec je dlouhodobě citově deprivovaný v důsledku chybějícího pevného přijetí a citové vazby blízké osoby. Opuštění matky v tak útlém věku má své následky. Nezájem matky vnímá jako zradu a nese si v sobě křivdu a vůči matce negativní emoce, zklamání a zlobu. Pro Toma je zásadní absence rodinného pouta a bezpodmínečného přijetí.

Dílní výzkumné otázky jsou:

1. Jaké projevy a poruchy chování vykazují deprivované děti?

U Toma jsou znatelné projevy opoždění psychomotorického vývoje, přetrvávající problémy s řečí. Tom má slabší školní výsledky, než na které by mohl dosáhnout. Jeho intelekt odpovídá věku, ale jeho výkon je slabší. Tom má neurotické potíže, je medikován z psychiatrie. V jeho chování jsou projevy agrese, ve škole vyrušuje, má afektivní záchvaty, dokáže fyzicky bezdůvodně napadnout děti. Tom má problémy s rutinními sociálními návyky a v kolektivu není oblíben, obtížně se díky svému chování začleňuje.

2. Jaké projevy a situace vedly k nařízení ústavní výchovy deprivovaného dítěte?

K nařízení ústavní péče Toma vedl nekompetentnost a nezájem matky o péči o děti a předání dětí matkou na OSPOD. Tomu předcházely hádky a opakované rozchody matky s otcem. Tom je i s ostatními sourozenci předán do DD. V DD má Tom problémy

s agresí a napadáním dětí. Dokonce skopal svoji mladší sestru, se kterou v DD rivalizoval. Ve škole nespolupracuje a narušuje výuku, proto umístěn do DDÚ s předpokladem dalšího posunu do DDŠ.

3. Jaká je vzájemná vazba rodiny a deprivovaného dítěte po umístění do ústavní výchovy?

Matka se z Anglie, kde žije, téměř neozývá a otec již nežije. Prarodiče se o Toma a sourozence nezajímají. Tom je emočně silně navázaný na své sourozence, nejvíce na starší sestru Ivu – k té směřuje city běžně orientované k matce. Dále si sourozeneckou skupinu občas na víkendy bere hostitelská rodina. Tu vnímá Tom jako pojičko skupiny sourozenců a v pěstounovi vidí mužský vzor.

Předpoklad výzkumu:

1. Rodina je prvotním spouštěčem deprivace dětí – v případě Toma se předpoklad předpoklad beze sporu potvrdil
2. Děti umístěné do ústavní výchovy jsou deprivovány z rodiny – V Tomově případě absence citové vazby jeho osobnost výrazně poškodila.
3. Deprivace dítěte má vliv na intersociální vztah dítěte – předpoklad se potvrdil. Tom má problémy s navázáním zdravých vztahů. Prosazuje se agresí nebo se snaží upoutat svým zesměšňováním. V kolektivu není Tom oblíben.

### **Studie č. 5: František**

Devítiletý zdravý chlapec, bez medikace. František má průměrný intelekt. Z důvodu slabé rodičovské kompetence matky, její psychiatrické anamnézy a nedostačující péče byl od útlého věku s bratrem umístován opakovaně do dětských center a následně byla nařízena ústavní péče bratrů. Otec zájem nemá. Již ve čtyřech letech je František s bratrem umístěn do DD. Vývoj osobnosti Františka je disharmonický. V dětském domově je paní D, která má zájem o pěstounskou péči chlapců. Nyní na základě PO (předběžné opatření) z důvodu problematického chování a opakovaného napadení starší dívky bez projevu lítosti za účelem diagnostiky umístěn do DDÚ.



Hlavní výzkumná otázka zní:

Jaké faktory vedly ke vzniku deprivace u dítěte s nařízenou ústavní výchovou?

František v důsledku nevyvážené rodičovské péče, rodinné nestability byl opakovaně umístován v dětských centrech a ve čtyřech letech do DD. Chlapci se nedostalo odpovídajícího rodinného zázemí a dostačující rodičovské lásky. U Františka je narušen pocit jistoty, bezpečí a důležitosti.

Dílčí výzkumné otázky jsou:

1. Jaké projevy a poruchy chování vykazují deprivované děti?

František je citově oploštělý má sníženou frustrační toleranci, je agresivní vůči dětem. Vůči dospělým se chová opozičně. Jsou u něho patrné výkyvy v chování, mezi vrstevníky chce dominovat – se začleněním do kolektivu má problém. Při krutém chování nepocítuje lítost. Při neúspěchu se vzteká, uráží, je lítostivý. Projevuje se u něho nedůvěra k lidem. Školní výsledky má podstatně slabší, než jakým intelektově odpovídá.

2. Jaké projevy a situace vedly k nařízení ústavní výchovy deprivovaného dítěte?

K nařízení ústavní péče vedla nedostatečná péče matky, její častá hospitalizace na psychiatrii a nezájem otce. Chlapec byl na PO umístěn do DDÚ. Důvodem je Františkovo problematické chování, ani přemístění k přísnější paní učitelce nepomáhá. František opakovaně napadá starší dívku, vyhrožuje jí, bez projevů lítosti. Přístup ke škole se velmi zhoršil, odmítá pracovat. Na výtku od autority reaguje vztekle, vulgárně, truceje. K dětem je agresivní. Jeho chování je sebestředné, sobecké. K bratrovi má vztah negativní.

3. Jaká je vzájemná vazba rodiny a deprivovaného dítěte po umístění do ústavní výchovy?

Starší sestra bratrů je umístěna u babičky, která si Františka i bratra bere z DD na svátky a prázdniny. Matka je často hospitalizována, s Františkem a jeho bratrem je v telefonickém kontaktu a pravidelně za nimi chodí. S bratrem mají rivalitní vztah. Z DD má o pěstounskou péči Františka a jeho bratra zájem paní D., která si bere chlapce na víkendy. Tam se těší. Tato péče bude podpořena.

Předpoklad výzkumu:

1. Rodina je prvotním spouštěčem deprivace dětí – v případě Františka je předpoklad potvrzen.
2. Děti umístěné do ústavní výchovy jsou deprivovány z rodiny – Ve Františkově případě složité rané dětství, časté umísťování v DC a dále do DD ovlivnilo jeho vývoj osobnosti.
3. Deprivace dítěte má vliv na intersociální vztah dítěte – předpoklad se potvrdil. František má negativní přístup k dětem, snaží se o vůdčí pozici, ale svým provokativním a agresivním způsobem chování je u něho navazování kvalitních vztahů komplikované.

## 4.8 Diskuse

V bakalářské práci jsme se věnovali problematice deprivace u dětí s nařízenou ústavní výchovou. Díky prezentaci pěti případových studií a jejich podrobné analýze jsme se snažili upozornit na hloubku a závažnost důsledků deprivacních faktorů posuzovaných případů. V teoretické části jsme základní druhy deprivace a rizikové faktory deprivace pomocí kvalitních zdrojů z odborné literatury popsali. V empirické části jsme pomocí výzkumných otázek a předpokladů analyzovali jednotlivé případy a snažili se nalézt jejich potvrzení či vyvrácení a srovnání s poznatky z teoretické části bakalářské práce. Z výsledků analýz a odpovědí na pokládané otázky lze vyvodit výsledek empirické práce, který potvrdil teoretickou část, dokonce ve všech případech byly potvrzeny všechny výzkumné předpoklady, které jsme si stanovili. Jako hlavní faktory byly potvrzeny rodinné a sociální poměry, nedostatečnost citové vazby a bezpodmínečného přijetí ze strany těch, které měli děti v péči. Všechny tyto děti vykazují známky agrese, psychické instability, neurotických potíží, nedůvěry k lidem. U dětí je patrná nízká frustrační tolerance a nereálný sebenáhled. Deprivace ovlivňuje úroveň školních výsledků, celou strukturu osobnosti, chování, sociální začlenění a životní orientaci. V teoretické části jsme se věnovali i ústavní péči a prevenci psychické deprivace. Sledované objekty byly po určitý čas umístěny v DDÚ. V případových studiích jsou uvedeny zkušenosti s těmito dětmi z pobytu a jejich projevy vyplývající z deprivace. Popsali jsme práci s jednotlivými případy v rámci DDÚ a z toho vyplývajícího možného vlivu pozitivních vzorů a motivací na tyto děti. V některých případech se setkáváme s výsledky. Poškození těchto dětí je sice trvalé, ale v rámci intervence projevů deprivacních syndromů lze podpořit méně komplikované začlenění do společnosti. V teoretické práci je popsána etopedická praxe, která se věnuje těmto dětem na úrovni převýchovného a vzdělávacího procesu. Důležitý moment, nad kterým je potřeba se zamyslet, je reálná doba umístění dítěte v DDÚ. Konceptně je režimový pobyt nastaven na maximální dobu osmi týdnů. Po novelizaci zákona č. 109/2002 Sb. s účinností od 1. 1. 2014 je toto nedosažitelné. Děti zůstávají v zařízení někdy i více než rok. Vzhledem k výzkumu, který potvrdil jako jeden z nejvýznamnějších faktorů deprivace nedostatečnost citové vazby, je aktuální se zamyslet nad svěřeným dítětem, který namísto co nejrychlejší možnosti navázání zůstává příliš dlouho v tomto zařízení. Z výzkumu je patrné, že právě pozitivní citová vazba dítěte, podpora stabilního zázemí a ukotvení dítěte je v těchto případech to nejdůležitější.

## 5 Závěr

V bakalářské práci jsme se věnovali tématu problematiky deprivace u dětí s nařízenou ústavní výchovou. Cíle práce byly naplněny prostřednictvím teoretické a empirické části. V teoretické části jsme popsali problematiku deprivace, její základní druhy, rizikové faktory a její následky. Rovněž je v práci zmiňována rodina jako primární instituce a popsána deprivace v rodině. Pro kompletnost informací k problematice jsme uvedli kapitolu věnovanou ústavní péči, prevenci deprivace a etopedické praxe.

V empirické části jsme zpracovali pět případových studií dětí s nařízenou ústavní péčí, které vykazovaly projevy deprivace. Jednalo se přímo o děti, se kterými jsme měli vlastní zkušenosti a byly po určitý čas svěřeny do péče DDÚ. Podrobně jsme popsali osobní a rodinnou anamnézu a anamnézu z pobytu v DDÚ. U každého případu jsme pomocí analýzy zodpověděli hlavní výzkumnou otázku a vedlejší výzkumné otázky. Výsledkem bylo potvrzení předpokladů výzkumu.

Z výzkumného šetření vyplývá, že pro vývoj dítěte je důležité naplnění základních potřeb života a tento problém se primárně týká výchovného prostředí. V případě vzniku deprivace situace mohou být důsledky dalekosáhlé a dlouhodobě negativně ovlivňují celou osobnost člověka. Průzkum ukázal, že dítě vychovávané bez adekvátní emocionální vazby, s nedostatečným zajištěním základních biologických a sociálních potřeb bývá velmi poškozeno. U těchto dětí se projevuje agresivita, poruchy v oblasti sebehodnocení, v oblasti sociálních vztahů. Tyto děti selhávají při řešení náročných životních situací.

Psychické deprivaci není bohužel možné v ústavní péči předejít, je ale možné její následky zmírnit. Východiskem je co nejvíce se přiblížit rodinné výchově, zajistit pro dítě kvalitní mužský i ženský vzor s důrazem na kvalitu člověka.

## 6 Zdroje

1. BOWLBY, John. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-670-4.
2. ČESKÁ ŠKOLNÍ INSPEKCE. *Kvalita a efektivita vzdělávání a vzdělávací soustavy ve školním roce 2020/2021 – výroční zpráva ČŠI*. [online]. Praha, 2021, [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: [https://www.csicr.cz/cz/Aktuality/Kvalita-a-efektivita-vzdelavani-a-vzdelavaci-s-\(4\)](https://www.csicr.cz/cz/Aktuality/Kvalita-a-efektivita-vzdelavani-a-vzdelavaci-s-(4))
3. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
4. JANSKÝ, Pavel. *Dítě s problémovým chováním a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-534-9.
5. KACHLÍK, Petr, Věra VOJTOVÁ a Karel ČERVENKA. *Edukační přístupy k dětem v riziku, s problémy a s poruchami v chování: Educational attitudes towards children at risk, children with behavioural problems and children with behavioural disorders*. Brno: Masarykova univerzita, 2017. ISBN 978-80-210-8916-7.
6. KOUKOLÍK, František a Jana DRTILOVÁ. *Vzpouza deprivantů: nestvůry, nástroje, obrana*. Nové, přeprac. vyd. Praha: Galén, c2006. Makropulos. ISBN 80-7262-410-5.
7. KOŤA, Jaroslav, Dobromila TRPIŠOVSKÁ a Marie VACÍNOVÁ. *Sociální psychologie: vybrané kapitoly*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2013, 176 s. ; 23 cm. ISBN 978-80-7452-029-7.
8. KŘÍSTEK, Adam. *Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a o preventivně výchovné péči: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2017. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7552-821-6.
9. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
10. LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.
11. MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH. *Děti, rodina a stres: vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí*. [Praha]: Galén, [1994?]. ISBN 80-85824-06-x.
12. MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodiče a děti*. Třetí, upravené vydání (ve Vyšehradu první). Praha: Vyšehrad, 2017. ISBN 978-80-7429-797-7.
13. MILLER, Alice. *Na počátku byla výchova: neopakujte chyby svých rodičů*. Přeložil Michaela ŠKULTÉTY. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2017. ISBN 978-80-7553-304-3.
14. PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5695-0.
15. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

16. Sheridan M.A., & McLaughlin K.A. (2014). Dimension of early experience and neural development: deprivation and threat. *Trends in Cognitive Sciences*, 18 (11), 580-585.  
<http://doi.org/10.1016/j.tics.2014.09.001>
17. STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.
18. SVOBODA, Mojmir, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.
19. ŠTIKOVÁ, Gabriela, Dominika ŠENKOVÁ a Marcela BELICOVÁ. *Fenomén dítěte v systému, aneb, Teorie a praxe náhradní rodinné výchovy*. Ilustroval Václav RÁŽ. [Praha]: Yourchance, 2020. ISBN 978-80-906954-6-7.
20. ŠVINGALOVÁ, Dana. *Kapitoly z psychologie*. Vyd. 2., upr. Liberec: Technická univerzita, 2006. ISBN 80-7372-043-4.
21. Thomas, M.R. *Blending Qualitative and Quantitative Research Methods in Theses and Dissertations*. Thousand Oaks: Corwin Press, 2003. ISBN 0761939318.
22. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
23. WINNETTE, Petra. *Poradenství a terapie dětí s adverzními dětskými zkušenostmi (ACE) a narušeným vývojem attachmentových vztahů: jaké jsou možnosti odborné pomoci dětem a mladým lidem, kteří zažili dětské adverzní zkušenosti? : vědecké poznatky a dobrá praxe : v 5 bodech pro psychology, pedagogy, sociální pracovníky, rodiče, pěstouny a zaujatou veřejnost*. Praha: Natama Publishing, 2021. Almanach o dětech a lidech & Věda do kapsy. ISBN 978-80-907830-5-8.
24. WINNETTE, Petra. *Attachment, poruchy attachmentu, diagnostika a terapie s otazníky*. Www.natama.cz [online]. Praha, 2020, [cit. 2023-01-31]. Dostupné z: <https://www.natama.cz/cs/clanky-ke-stazeni/>
25. RÖHR, Heinz-Peter. *Podminované dětství: obnova sebejistoty*. Přeložil Doris HRUŠOVÁ. Liberec: Dialog, 2015. Zdraví (Dialog). ISBN 978-80-7424-081-2.
26. 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. [online]. /zakonyprolidi.cz/ [cit. 2023-03-15].  
dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109>