



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Projevy rané deprivace u dětí v pěstounské péči

The Manifestation of Early Deprivation in Foster Children

Vypracoval: **Miroslava Smržová**
Vedoucí práce: **Mgr. Veronika Plachá**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

České Budějovice 2016

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáváním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Poděkování:

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Veronice Plaché za vedení, ochotu, rady a podporu při vypracování bakalářské práce. Dále děkuji pracovníkům organizace Střed o. s. za cenné rady. Poděkování patří také rodině a přátelům za trpělivost a podporu při mé práci.

Abstrakt

Abstrakt: Bakalářská práce se zabývá projevy rané deprivace u dětí v pěstounské péči. Práce sleduje projevy deprivace a subdeprivace v jejich osobnostech a vývoj těchto projevů během deseti let pěstounské péče. V teoretické části je představena teorie attachmentu a důležitost jisté citové vazby k pečující osobě, obecné projevy deprivace a subdeprivace. Vysvětlena jsou specifika náhradní rodinné péče, zejména pěstounství. Zmíněna je práce institucí spolupracujících s pěstounskými rodinami. Empirická část metodou autobiografického designu představuje vlastní zkušenosti s výchovou dvou chlapců v pěstounské péči. Ze zjištěného vyplývají jednak různé projevy deprivace a také náročnost a dlouhodobost léčby těchto projevů. Jako významný pozitivní vliv je spatřována úzká a jednotná spolupráce náhradní rodiny se školou a s institucemi, které mohou napomáhat (Střed z. ú., a SVP). Práce obsahuje také náhled těchto zainteresovaných osob a dále grafické znázornění četnosti jednotlivých projevů v průběhu času.

Klíčová slova: attachment, deprivace, subdeprivace, náhradní rodinná péče, pěstounství.

Abstract

Abstract: This of deprivation in foster children. It observes the symptoms of deprivation and subdeprivation in childrens' personalities and their development in the course of ten years of foster care. The theoretical part presents attachment theory and the importance of a certain attachment to the caring person, together with the general manifestations of deprivation and subdeprivation. It explains the specifics of substitute family care, focusing on foster care, and also mentions the work of institutions cooperating with foster families. The empirical part carried out by the autobiographical design as a research method presents my personal experience with bachelor thesis deals with early manifestations raising two boys in foster care. The observations show various manifestations of deprivation and also the difficulty and time demand of their treatment. Close and mutual cooperation between the foster family and schools and institutions (such as Středz.ú., a SVP) is seen as a significant positive influence. Therefore, this thesis also includes the perspective of these involved parties and, moreover, a graphic illustration of the frequency of the individual manifestations throughout time.

Keywords: attachment, deprivation, subdeprivation, foster care, substitute family care

Obsah

Úvod.....	5
Teoretická část	7
1 Raná citová vazba	7
1.1 Vazebné chování	7
1.2 Vývoj attachmentu	7
1.3 Typy attachmentu.....	8
1.4 Odloučení (separace) od vazebné postavy	9
1.5 Ztráta vazebné postavy.....	11
1.6 Změna behaviorálních systémů.....	12
2 Raná deprivace	13
2.1 Deprivační syndrom.....	14
2.2 Deprivace na základě separace.....	15
2.2.1 Dlouhodobá separace (odcizení).....	15
2.2.2 Separace na základě ztráty vazebné postavy.....	16
2.2.3 Vícenásobná separace	16
2.2.4 Pozitivní důsledky separace	17
Typy deprivované osobnosti ústavního dítěte.....	17
3 Subdeprivace aneb deprivace v rodině.....	20
3.1 Typy subdeprivačního prostředí.....	21
3.1.1 Rodiny problémové:.....	21
3.1.2 Dysfunkční rodiny:.....	22
3.1.3 Afunkční rodiny	23
3.1.4 Ostatní typy deprivačních situací a prostředí	23
3.2 Vnitřní podmínky deprivace	24
3.3 Následky psychické deprivace	25
3.3.1 Projevy následků vážnější poruchy attachmentu.....	25
3.3.2 PSA – skóre psychosociální adaptace	25
3.4 Diagnostika následků psychické deprivace.....	26
3.5 Náprava deprivačních poruch	28
4 Systém náhradní rodinné péče	31
Praktická část	34
5 Metodologický úvod	34
5.1 Cíle výzkumu	34

5.2	Výzkumný problém a výzkumné otázky.....	34
5.3	Výzkumná metoda	35
6	Můj život se „ztracenými dětmi“	36
6.1	Rodinná situace před příchodem dětí.....	36
6.2	Příchod chlapců do rodiny	37
6.3	Předškolní období	39
6.4	První stupeň.....	44
6.5	Druhý stupeň (nástup puberty).....	52
7	Analýza autobiografického designu.....	65
7.1	Výzkumná otázka č. 1 a č. 2. Konkrétní projevy deprivace a jejich řešení.....	65
7.1.1	Projevy rané deprivace somatického rázu.....	65
7.1.2	Poruchy motorického a kognitivního vývoje	66
7.1.3	Poruchy emocionality.....	68
7.1.4	Poruchy v oblasti vztahů	69
7.1.5	Poruchy chování.....	70
7.2	Vyhodnocení, sestavení do tabulek a grafů.....	72
7.3	Posouzení intenzity projevů rané deprivace podle škály Connersové	83
7.4	Pohled klíčové pracovnice NRP a třídních učitelek na projevy chlapců.....	84
7.5	Výzkumná otázka č. 3 a č. 4. Úskalí pěstounské péče – výchovné chyby a pomoc organizací.....	87
8	Shrnutí výzkumu a diskuse k výsledkům.....	89
	Závěr	93
	Seznam použité literatury.....	98
	Seznam internetových zdrojů.....	99
	Seznam tabulek a grafů	100
	Přílohy:.....	101

Úvod

Většina rodičů vnímá své dítě jako pokračování sebe samých, proto je většina rodičů schopna láskyplně pečovat o své dítě a obětovat mu téměř vše, včetně vlastního života. Rodiče své potomky milují, dbají o to, aby jejich dítě bylo všestranně spokojeno a zdárně se vyvíjelo. Jsou schopni se vcítit do jeho potřeb a pocitů, prožívat s ním všechny jeho radosti i strasti. Umí jej ocenit i utěšit, podpořit pokud to potřebuje.

Když se dítě narodí, mezi ním a jeho matkou se vytváří vztah citové vázanosti, kdy se dítě dokáže psychosomaticky navázat na matku a ta je schopna na dítě psychicky reagovat, vnímat a naplňovat jeho potřeby. Vzniká tak pouto, které dítěti poskytuje pocity bezpečí a jistoty a tím podmínky pro vytvoření základní nezbytné orientace ve světě.

Zdravá a funkční rodina je pro dítě největším štěstím, ale ne všem dětem je toto štěstí dopřáno. Jsou rodiny, které nejsou schopny dětem tuto láskyplnou péči poskytnout a děti v těchto rodinách strádají. Pokud se tyto rodiny podaří odhalit a rodiče jsou schopni a ochotni pracovat na své nápravě, může se dítě dále vyvíjet zdravě. Pokud se ovšem náprava nedaří je zapotřebí dítěti zajistit náhradní péči. Výhodou je, když dítě může být umístěno u svých příbuzných, kteří jej znají, a dítě zná je. V případech, kdy tito příbuzní nejsou, nebo se starat nechtějí či nemohou, bývá dítě umístěno do cizího prostředí. Takovým prostředím může být pěstounská rodina.

Na včasnosti odhalení a způsobu nápravy, závisí i pozdější vývoj dítěte. V případech, kdy je dítě dlouhou dobu vystaveno devastující péči rodičů, bývají následky dlouhodobé a úzdrava velice složitá. Protože je dítě již starší, je většinou na nějakou dobu umístěno do ústavní péče a do náhradní rodiny přechází v případě, že se najdou vhodné pěstouni. Dochází tak k další stagnaci jeho vývoje a doba strádání se prodlužuje. Celkové uzdravení dítěte bývá často téměř nemožné. Faktorů působících proti tomuto uzdravení postupem času přibývá a zároveň s tím ubývá informací, které mohou náhradním rodičům pomoci při uzdravování dětí i možností působení na tyto děti.

Ve své práci se chci věnovat právě tomuto problému. Jsem pěstounkou dvou chlapců, kteří byli vystaveni deprivacním vlivům po svých prvních šest let života. Při jejich výchově jsme se potýkali a dále potýkáme s řadou problémů, které vznikaly na základě projevů deprivace. V teoretické části představuji teorii rané vazby a její důležitosti pro zdárný vývoj dítěte, dále teorii rané deprivace a subdeprivace a specifika

pěstounské péče. Praktická část je věnována popisu oněch deset let života s našimi chlapci. Projevům následků deprivace, tomu co se podařilo zvládnout a jak a jaké problémy si nesou dál. Vyzdvihuje situace, které jsme museli řešit a co, nebo kdo nám v nich pomohl, stejně tak i možné chyby, které jsme v důsledku neznalosti udělali, a které mohly vést ke zhoršení stavu. Uvádí institucemi poskytovanou pomoc a oporu. Vymezuje některé otázky a úkoly na které by bylo potřeba se zaměřit, aby tato profesní podpora byla pěstounům platná při jejich práci. Cílem práce bude prostřednictvím autobiografického designu představit vlastní zkušenosti s výchovou dvou chlapců, které máme v pěstounské péči. Na tomto základě se pokusit hledat nové možnosti, jak dětem vyrůstajícím mimo své rodiny pomoci.

Teoretická část

1 Raná citová vazba

Ranou citovou vazbu bychom mohli definovat jako pouto, které se během prvních let života utváří mezi matkou, případně jinou pečující osobou, a dítětem. Dítě se od narození symbioticky navazuje na pečující osobu, která na něj reaguje svou pohotovou vstřícností.

Jistá citová vazba je pro dítě nemírně důležitá, protože mu poskytuje pocit bezpečí a umožňuje mu získávat základní orientaci v okolním prostředí.

1.1 Vazebné chování

Dítě se zhruba od šesti týdnů začíná instinktivně chovat vazebně. Na základě svého výzkumu se Bowlby (2013) domnívá, že toto vazebné chování se v průběhu evoluce stalo typickým pro mnoho živočišných druhů, neboť je určeno k přežití jedince. Vazebné chování definuje jako formu chování vedoucí k získávání a udržování blízkosti jiné preferované osoby. Toto chování je odlišné od chování potravního a sexuálního, ale pro život člověka je stejně důležité. Tyto formy chování a vazebných pout jsou přítomny po celý život. Vytvořená vazebná pouta přetrvávají po celý život, zatímco vazebné chování bývá aktivováno podle potřeby. Taková potřeba nastává např. v neznámé situaci, při hrozícím nebezpečí, v nepřítomnosti nebo nedostupnosti vazebné postavy a naopak pomíjí, když se situace vrátí do normálu. Pokud je ovšem aktivováno s velkou intenzitou, k jeho ukončení bývají zapotřebí dotyky, objetí či ujištění od vazebné postavy.

1.2 Vývoj attachmentu

Senzitivním obdobím pro utváření citové vazby je rané dětství. Hovoří se o prvních pěti letech života. V tomto období velice záleží na tom, jaké vzorce citové vazby se vytvoří. Vytvoření jisté citové vazby závisí na přítomnosti (fyzické) a dostupnosti (psychické) vazebné postavy. Tedy na tom, zda je tato postava přítomná fyzicky a jak tato vazebná postava cítí, vnímá a naplňuje potřeby dítěte. Vytvoření jisté citové vazby má obrovský vliv na utváření osobnosti dítěte. Můžeme ji pokládat za základ pro budování celé osobnosti jedince. Tento proces lze přirovnat ke stavbě domu, pokud dům nebude mít pevné základy, může se stavba zhroutit, stejně jako pokud nevznikne jistá citová vazba mezi dítětem a pečující osobou, osobnost jedince nebude stabilní a hrozí její zhroucení a vznik patologie. Bowlby píše „*Vzorce citové vazby, které člověk navazuje během života,*

závisí na tom, jak se vazebné chování začlení do jeho osobnosti. Hlavními faktory, které určují, po jakých cestách se bude vazebné chování jedince ubírat a podle jakých vzorců se bude strukturovat, jsou zážitky s vazebnými postavami během nezralých let – v kojeneckví, dětství a dospívání. Narušené vzorce vazebného chování se mohou objevit v kterémkoli věku v důsledku toho, že se vývoj ubíral jiným směrem. Jednou z nejběžnějších forem narušení je nadměrně snadná aktivace vazebného chování s následnou úzkostnou vazbou. Další formou, které se věnuji v tomto svazku, je částečná nebo úplná deaktivace vazebného chování. Psychopatologii považují za důsledek toho, že se psychologický vývoj člověka ubíral odchylnou cestou, ...“ (Bowlby, 2013, s. 45)

1.3 Typy attachmentu

Ne každé dítě má možnost vytvořit si jistou citovou vazbu. Z různých příčin nejsou všichni rodiče schopni cítit, vnímat a pohotově reagovat na potřeby svého dítěte. Dítě si pak vytváří odchylné vzorce citové vazby a vazebného chování, tyto vzorce jsou ovšem maladaptivní a způsobují obtíže v sociální adaptaci. Z pohledu sociální adaptace jsou reakce takového dítěte maladaptivní, ovšem pro dítě, které potřebuje pozornost a péči vazebné postavy, jsou tyto vzorce účinné, protože vedou k upoutání pozornosti pečující osoby nebo k zajištění její dostupnosti. Bowlby (2012) tvrdí že si dítě postupem času na základě interakcí vytváří pracovní modely sebe i vazebných postav. Předpovědi toho, jak se k němu budou chovat vazebné postavy, vychází z jeho minulých zkušeností s těmito vazebnými postavami. Pokud se dítě cítí nechtěné ze strany rodičů, bude věřit tomu, že není žádoucí pro nikoho. Naopak dítě, které je milované, vyrůstá s jistotou lásky rodičů i svého okolí. Zde se ukazuje zásadní vliv rodinného prostředí na utváření behaviorálních modelů vnímání a reakcí na vazebné postavy. Dospělá osobnost je produktem interakce jedince s jeho vazebnými postavami během nezralých vývojových období.

Jistá citová vazba dává člověku povědomí o tom, že v jeho okolí jsou lidé, kteří jej milují a jsou ochotni mu pomoci, kdykoli se dostane do nesnází. Toto vědomí je hluboce zakořeněné a na základě něj dokáže přistupovat ke světu s důvěrou, své problémy řešit efektivně, nebo požádat druhé o pomoc. Naopak pokud se utváří nejistá (úzkostná) vazba, kdy člověk vyrůstá v nepříznivých podmínkách chybějící nebo nedostupné vazebné postavy, bývá pro něj svět bezútěšný a nevyzpytatelný. Takový jedinec na problémy reaguje stažením do ústraní nebo bojem se světem. Mezi těmito extrémy existuje celá řada skupin lidí s mírnější zkušeností, kteří si žádoucí reakce vazebných postav museli nějak vymoci, nebo jim byly poskytovány na základě dodržování nějakých pravidel. Pokud se

tato pravidla a postihy týkají odnětí podpory, odmítavých reakcí, hrozeb odchodem z domu, posláním dítěte pryč, nevrlostí, jistota pravděpodobně vymizí. Navíc pokud jsou tyto hrozby opakované nebo velké intenzity, mohou mít katastrofický dopad na vývoj osobnosti, neboť záměrně zpochybňují dostupnost vazebné postavy a tím posilují úzkost ze ztráty vazebné postavy. Bowlby (2012, s. 202) tento stav charakterizuje pojmem „úzkostná“ nebo „nejistá vazba“. Člověk s takovou vazbou nemá jistotu, že vazebná postava v případě potřeby bude dostupná, proto se snaží být v její blízkosti co nejvíce, tak aby si její dostupnost zajistil. Stává se závislým na vazebné postavě.

Mary Ainsworthová (in Vrtbovská, 2010) rozlišuje typy attachmentu na jistý, nejistý a „žádný“. Nejistý typ vazby dále na rozporuplný (úzkostný) typ vznikající tehdy, když je chování rodičů nekonzistentní, potřeby dítěte jsou naplňovány podle momentální nálady rodičů. Toto chování vytváří rozporuplný typ citového pouta, nebo odpor k citovému poutu. Důsledkem je úzkostnost. Dalším typem nejisté vazby je vyhýbavý typ, který se vyvíjí, pokud jsou rodiče citově nedostupní, projevují k dítěti odmítání a odpor. Důsledkem je vyhýbavé chování dítěte. Posledním typem nejisté vazby je typ dezorganizovaný a dezorientovaný, jedná se extrémní verzi jednoho z předchozích dvou typů, nejčastěji se objevuje u týraných, zanedbávaných a zneužívaných dětí. Typické jsou chaotické, dezorganizované a dezorientované reakce. Přítomnost rodiče u těchto dětí vyvolává poplachovou reakci. Tzv. „žádný attachment“ vzniká u dětí, které od narození vyrůstaly v ústavní péči, bez přítomnosti jediné a trvalé pečující osoby a kterým nevznikla příležitost citově se připoutat.

1.4 Odloučení (separace) od vazebné postavy

Potřeba jistoty a bezpečí musí být naplňována po dostatečně dlouhou dobu. Touto dobou se míní zejména období kojenectví, dětství a dospívání. I když se v průběhu nezralých let jistá citová vazba vytvoří, je třeba, aby bez přerušování trvala až do dospělosti. V životě však mohou nastat situace, kdy je tato vazba přerušena, nebo dojde k úplné ztrátě vazebné postavy. Bowlby ve svém díle „*Odloučení*“ (2012) shrnuje výsledky výzkumů v této oblasti a vyslovuje domněnku, že reakce dítěte na odloučení od vazebné postavy mají typický průběh, který lze rozlišit do tří fází: protest, zoufalství a odcizení. V první fázi dítě protestuje proti odloučení od vazebné postavy (nekomunikuje s náhradními pečovateli, volá své rodiče) v další fázi upadá do zoufalého smutku, protože ztrácí naději na shledání s rodiči a postupně začíná komunikovat s pečující osobou. Poslední fází je odcizení, v této fázi dítě již po rodičích neteskní, hledá si jinou náhradní vazebnou postavu a zároveň s tím

se jeho pocity k rodičům mění. Dítě se na rodiče zlobí, za to že jej opustili. Citové odcizení se projevuje nejvíce při opětovném setkání a jeho trvání koreluje s dobou odloučení. Typickou reakcí při opětovném setkání je odmítání vazebné postavy (odvracení tváře, odcházení od matky, pláč nebo lhostejnost). Při krátkém odloučení tyto reakce vymizí během dnů, při dlouhodobém odloučení nebo opakovaném odloučení zejména v průběhu prvních tří let života může být odcizení trvalé. Běžné je ambivalentní chování dítěte, kdy dítě vyžaduje přítomnost vazebné postavy a zároveň ji odmítá, chová se vzpurně či nepřátelsky. Dalším důsledkem je předvídaní zkušenosti s odloučením, které u dětí vyvolává obavy z možného opakování. U dítěte vzniká úzkostná vazba.

Tyto reakce na odloučení bývají z hlediska emočního velice bouřlivé a zanechávají stopu v osobnostní výbavě dítěte. Lze je sledovat u většiny dětí. Neprojevují se pouze u dětí, které neměly možnost citově se připoutat (děti v kojeneckém ústavu) nebo u dětí, které odloučením prošly opakovaně a trvale se odcizily. Intenzitu těchto reakcí zmírňuje: přítomnost známého společníka, oblíbená hračka a mateřská péče poskytovaná náhradní matkou. Dítě odloučené od rodiny a umístěné v neznámém a neosobním prostředí prožívá stav obrovské úzkosti, kterou může péče citlivé náhradní matky udržet na zvladatelné úrovni a umožnit dítěti pokračovat v pozitivním vývoji. Plný rozsah těchto reakcí přichází ve věku zhruba osmi měsíců života, do té doby tyto reakce nebývají typické, protože dítě si dosud citovou vazbu nevytvořilo. Ve věku do jednoho roku bývá typickou reakcí narušený spánek. Po prvním roce života již dítě plně vykazuje rámec typických reakcí, jejich intenzita se začíná snižovat až po třetím roce života. Je to období, ve kterém je dítě již připraveno na krátkodobé opouštění rodičů (nástup do MŠ).

Úzkostná vazba tedy vzniká při fyzické dostupnosti vazebné postavy, která však nenaplňuje dítěti potřeby bezpečí a jistoty v její praktickou dostupnost, při odloučení dítěte od mateřské postavy i při nestabilní mateřské péči, když se v péči o dítě do pěti let věku střídají pečovatelé (multimatering, ústavní péče atd.). Moor (1971 in Bowlby, 2012) při svém výzkumu vlivu denní náhradní rodinné péče poskytované dětem do pěti let věku na jejich chování v šesti letech uvádí, že se úzkostná vazba objevuje proto, že si dítě na základě svých zkušeností vytvořilo model nedostupné vazebné postavy. Předpokládá, že čím stabilnější a předvídatelnější je denní řád, tím jistější se vytváří citová vazba a naopak čím častěji dochází k narušení řádu a čím je toto narušení nepředvídatelnější, tím úzkostnější bývá citová vazba. Úzkost se objevuje zejména u dívek, u chlapců bývá častější odstup, nedůvěra, nezáměr, agresivita a sklony k odplatě. Nestabilní mateřská péče

vede na jedné straně k úzkostné vazbě a na druhé straně k agresivnímu odcizení nebo ke směsi obou. Toto pak koreluje s poruchami osobnosti v dospělém věku – úzkostné poruchy vyskytující se u žen a delikvence u mužů.

Odloučení jednak vyvolává úzkost a jednak oslabuje lásku. Úzkost a agresivita je reakcí na frustraci, kterou dítěti způsobila nedostupnost vazebné postavy. Hněv má napomoci k návratu ztracené postavy a dále jí zabránit v opětovném opuštění. Paradoxně však bývá překážkou k opětovnému navázání úzkého citového vztahu, vazebnou postavu může odcizit, ale může také způsobit citový posun u vázaného člověka. Nejhněvivější a nejméně funkční reakce se vyskytují právě u dětí a dospívajících. Při odloučení vzniká bludný kruh reakcí na odloučení nebo odmítnutí nepřátelstvím, projevovaným nepřátelskými myšlenkami a činy a z toho plynoucí opětovný strach z odloučení. Tyto reakce se utvářejí v dětství a po té mají tendenci setrvávat v nezměněné podobě ve struktuře dospělé osobnosti a tím se bohužel přenáší i z generace na generaci. Pokud si jedinec nevytvořil pevné a jisté citové pouto k vazebné postavě v dětství, nebývá schopen toto pouto navázat ani v dospělosti s jiným dospělým člověkem a pokud se jedná o ženu, její model citové vazby se plně přenáší na potomky, neboť ona sama není schopna citového připoutání na dítě a nevnímá jeho potřebu citové jistoty a bezpečí. Vyvíjí se zde začarovaný kruh citově deprivovaných osob s psychopatologickými rysy.

1.5 Ztráta vazebné postavy

Poněkud odlišné jsou reakce na ztrátu vazebné postavy. Bowlby (2013) ji přirovnává k reakci dospělého člověka a to k truchlení. Situace při ztrátě bývá poněkud odlišná, protože dítě ve většině případů ztrácí pouze jednu vazebnou postavu a nadále má možnost zůstat ve svém přirozeném prostředí, s lidmi, které zná. V případě zpracování ztráty hrají opět důležitou úlohu dospělí a to tím jak sami na ztrátu reagují a zda jsou schopni tuto ztrátu dítěti vysvětlit a účastnit se společně s ním na truchlení. Vzhledem k zaměření této práce se nebudu této problematice dále věnovat, neboť tato situace se dnes ve většině případů týká pěstounů z řad příbuzných dětí postižených touto ztrátou. Tato práce se zaměřuje na děti, které byly rodičům odebrány pro jejich neschopnost o děti pečovat. Zaměříme se na děti pobývajících u pěstounů, kteří jsou pro ně cizími osobami a prožily si jednak odloučení od vazebné postavy (často trvalé) i frustraci z nedostupnosti vazebné postavy a vytvořily si úzkostnou vazbu a z ní plynoucí modely reagování.

1.6 Změna behaviorálních systémů

Raná traumata a komplexní vývojová traumata, způsobují změnu behaviorálních systémů ve smyslu obrany organismu proti nesmírné zátěži a ve smyslu vlastního přežití. Vrtbovská (2010) uvádí disociaci já, jako obranný mechanismus. Kdy normální já zdravého dítěte je ukryto v hloubi duše, tak aby netrpělo, funkční zůstane ta část, která slouží k přežití a která nic necítí. Dochází tak prakticky k rozdvojení osobnosti a dítě vnímá traumata tím způsobem jako by se neděly jemu osobně, ale někomu jinému. Pokud je disociace opakovaná, dochází u dítěte k poškození sebepojetí. Dítě si neumí racionálně vysvětlit to, proč je s ním jednáno špatně a vysvětluje si to tím, že si to zaslouží, protože je špatné. Negativní emoce, které mají patřit osobě, která dítěti ubližuje, jsou namířeny proti dítěti samému. Dochází k rozštěpení osobnosti s ničivými následky pro vyvíjející se dětský mozek. Narušený vývoj způsobuje poruchy emocionality, kontroly impulsů, schopnosti regulace afektu. Dochází k výrazně odlišným reakcím, na které okolí reaguje neadekvátně a dochází k opakování traumatu a dříve získané symptomy se prohlubují.

Jelikož tyto modely reagování jsou hluboce zakořeněné ve struktuře osobnosti, bývají vůči změnám tvrdošijně odolné. Pro změnu ve struktuře osobnosti je nutná i změna veškerých tlaků, které působí na udržování dosud nastaveného vývojového směru. Těmito tlaky jsou jednak prostředí, ve kterém jedinec žije, jednak jsou to jeho osobnostní vlastnosti, které udržují směr vývoje. Změna struktury osobnosti, která nabrala směr vývoje k maladaptaci, je možná pouze současnou terapií jak osobnosti, tak rodinného a sociálního prostředí. Tato změna je velice obtížná a ve svém důsledku znamená rozbourání a celkovou přestavbu základů osobnosti. Pro takto postiženého jedince je psychicky velice náročná, neboť znamená zničení té jediné jistoty, kterou si v životě vytvořilo. Dítě, které nikdy nepoznalo lásku a péči milující matky se takovému přístupu bude bránit, protože je pro ně paradoxně ohrožující. Je to něco neznámého, tedy ohrožujícího. Přitom přesně toto je úkolem pěstounů, přebírajících do péče děti postižené citovou deprivací. Je to zdoluhavý a často i bolestivý proces, který ne vždy přináší náležitý pozitivní výsledek. Často se může jednat pouze o obrušování příliš ostrých hran a jen o malé a pomalé pokroky směrem ke správnému vývoji. To vše ještě více znesnadňuje cyklicita reakcí a reverze k dřívějším způsobům chování při sebemenším vykolejení z nastaveného řádu.

2 Raná deprivace

Langmeier a Matějček (1968) vyvozují pojem deprivace a uvádí i ostatní pojetí tohoto pojmu. V anglosaské literatuře deprivace znamená: „*ztrátu něčeho, strádání nedostatkem nějaké důležité potřeby. Nejde tu ovšem o strádání fyzické, ale výlučně o nedostatečné uspokojování základních potřeb duševních (psychická deprivace).*“ (Langmeier, Matějček, 1968, s. 21)

Langmeier s Matějčkem (1968) dále uvádějí celou řadu definic deprivace, tak jak ji pojmají jiní autoři, kteří se domnívají, že na vznik poruch vývoje a charakteru osobnosti má vliv emoční strádání, smyslové strádání, deprivace mateřské péče, nedostatek výchovy.

Langmeier a Matějček (1968, s. 24) z těchto definic vyvozují definici vlastní. „*Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k uspokojení některé jeho základní (vitální) potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.*“

Langmeier s Matějčkem (1968, s. 25) za tyto základní potřeby pokládají:

1. „*Potřebu určitého množství, proměnlivosti a druhu (modality) podnětů.*“
2. „*Potřebu základních podmínek pro účinné učení.*“
3. „*Potřebu prvotních společenských vztahů (v postavě mateřské osoby).*“
4. „*Potřebu společenského uplatnění umožňujícího osvojení rozličných společenských rolí a hodnotných cílů.*“

Psychickou deprivaci považují za psychický stav vzniklý na základě osobitého zpracování podnětového ochuzení, které vzniklo v depriváční situaci. V depriváční situaci dochází k neuspokojování psychické potřeby a může vzniknout depriváční poškození, charakteristické určitými projevy chování. Depriváční situace může nastat v kterémkoli věku jedince. Pokud se jedná o dětství, hovoříme o rané deprivaci.

Do depriváční situace si různí jedinci nesou různé psychické a zkušenostní předpoklady, proto se v téže depriváční situaci budou chovat rozdílně a ponесou si z ní různá poškození. Resilientní jedinci z ní mohou vyjít bez vážného poškození.

Pokud dítě projde depriváční situací, získá dle Langmeiera a Matějčka (1968, s. 27) „*depriváční zkušenost*“, jeho reakce v podobné situaci budou pozměněny na základě této zkušenosti, budou citlivější, nebo naopak otužilejší.

2.1 Deprivační syndrom

Deprivaci lze chápat jako syndrom, složený z řady příznaků vycházejících z karence (nedostatku).

Za symptomy se považují imunodeficience (vyšší nemocnost vyžadující delší dobu léčení) vznikající jako psychosomatické onemocnění. Děti bývají náchylnější k onemocnění, nemoc vyžaduje delší dobu léčení. Pokud se vnější podmínky dítěte upraví, dochází i k úpravě zdravotního stavu. Tento symptom lze plně přičíst citové karenci a vykazovaným znakům hospitalismu.

Druhým symptomem je mentální retardace (pseudooligofrenie), vznikající na základě sníženého přísunu podnětů, důležitých pro vývoj jedince. Dítě se díky chybějící citové vazbě uzavírá samo do sebe, chybí mu aktivita v poznávání okolí, protože nemá zajištěnou potřebu bezpečí a jistoty, nehledě na to, že v prostředí kolektivní péče, není dostatek času na individuální naplňování potřeb dítěte. Postupně dochází k opoždování vývoje. Tyto symptomy lze pozorovat u dětí v kojeneckých ústavech a dětských domovech, ale také v rodinách zanedbávajících péči o dítě. Při změně prostředí, dítě většinou velice rychle vzniklý vývojový deficit dohání.

Třetím symptomem je morální insanita (morální nezdravost). Charakterizovat ji můžeme jako poruchu vyšších citů – sociálních, etických a estetických. Narušena je empatie a soucit, u postiženého jedince absentuje svědomí a pocity viny (zahanbení), jedinec vykazuje krutost v sociálním projevu. Morální insanita je získaná nemoc, jedinci se tomuto chování naučili ve svém sociálním prostředí. Příčinou je opět chybějící a stabilní citová vazba a naučené maladaptivní způsoby chování. Bohužel v tomto směru dochází k mezigeneračnímu přenosu, kdy deprivovaný jedinec, není schopen naplňovat zejména citové potřeby dítěte a dochází k deprivaci i u jeho potomků.

Je jisté, že děti přicházející do pěstounských rodin mají za sebou deprivační situaci, na kterou nějakým způsobem reagovaly a nesou si tak určité naučené vzorce chování, které jim umožnily tuto situaci překonat. Tyto vzorce vzhledem ke správnému vývoji osobnosti bývají maladaptivní, jsou ale adaptivní v prostředí deprivačním a jedinci pomáhají zvládnout deprivační situaci. O tom svědčí případy dobře adaptovaných dětí v DD, které při přechodu z chráněného prostředí DD do nechráněného společenského prostředí často selhávají. Psychické procesy jako vnímání, usuzování a předvídání se řídí těmito vzorci a bývají často odlišné od normy.

2.2 Deprivace na základě separace

Separace dle Langmeiera a Matějčka (1968) nezpůsobuje deprivaci sama o sobě, ale bývá na počátku děje, při kterém k deprivaci dojde.

Jednou z deprivacních situací je separace. K separaci dochází jednak v důsledku izolace dítěte od sociálních, citových a sensorických podnětů a jednak porušením již vytvořené, ale dle mého názoru i vznikající citové vazby mezi dítětem a pečující osobou. Archerová (2001) zabývající se výchovou adoptovaných dětí poukazuje na dopad raných traumat na vývoj mozku dítěte. Za kritické období považuje první tři roky života včetně těhotenství. Limbický systém, který se v této době vyvíjí a je v přímém spojení s mozkovou kůrou odpovídá za rozlišování a zvládání emocí a rozvoj vazeb. Nervová soustava, vnímání a chápání se utváří na základě prožitků v tomto kritickém období. K přerušení citové vazby (separaci) dochází, pokud je dítě odloučeno od osob, které jsou mu zdrojem citového uspokojení. Situace, při nichž k separaci dítěte dochází, jsou jednak odloučení od vazebné postavy a jednak její ztráta. Dítě prožívá separační úzkost a vazebnou postavu hledá. K separační úzkosti dochází např. i při brzkém umístění dítěte do péče cizí osoby a to v období, kdy ještě dítě není dostatečně zralé na tuto částečnou separaci – tedy v období, kdy nemá dosud vytvořenou dostatečně pevnou citovou vazbu a jeho potřeba separace ještě nevznikla. Další situací může být déle trvající hospitalizace, v dřívějších dobách, kdy matky nemohly s dítětem pobývat v nemocnici, to byla velice častá deprivacní situace.

2.2.1 Dlouhodobá separace (odcizení)

Pokud separace trvá delší dobu, dítě ztrácí naději na návrat matky a objevuje se zlost a hněv. Déle trvající separaci jsou vystaveny zejména děti, které z jakéhokoli důvodu byly umístěny do náhradní rodinné péče. Langmeier s Matějčkem (1968) jako rizikové období uvádějí období kdy je již částečně vyvinutá citová vazba tj. od cca osmého měsíce života, nicméně Archrová (2001) se domnívá, že toto trauma vzniká již po narození dítěte, v momentě, kdy jej biologická matka odloží. Vliv na vývoj dítěte může mít i nechtěné těhotenství, tento názor zastává i Pelikán (1997), který upozorňuje na vliv rozpoložení matky na emocionální a fyzický vývoj dítěte. Na vliv nechtěného těhotenství na vznik subdeprivace upozorňuje i studie Matějčka, Bubleové a Křivánka (1997), z níž vyplývá horší maladaptací skóre u jedinců narozených jako nechtěných, než u jedinců, kteří se narodili jako chtěné děti. Z tohoto pohledu je důležité, aby novorozenci a kojenci, o něž se nemohou vlastní rodiče postarat, přecházeli co nejdříve do adopce, případně do péče

pěstounů, kde jim bude zajištěna individuální péče mateřské postavy a zabrání se tím vzniku deprivace. V dnešní době je snaha takto malé děti umisťovat do individuální péče co nejdříve a zkrátit tak dobu deprivace na minimum.

Děti, které byly z rodiny odebrány ve vyšším věku, bývají vystaveny déletrvající separaci a pokud se situace biologické rodiny nezlepší i ztratě vazebné postavy. Ať byli jejich rodiče jakkoli, dítě si k nim vytváří určitý typ citové vazby, která je separací vždy přerušena. Dítě reaguje na odloučení od vazebné postavy nejprve úzkostí a neustálým voláním a hledáním matky, posléze se na ni zlobí, až ztratí naději na její návrat, prožívá žal nad touto ztrátou, na základě těchto prožitků dochází postupně k citovému odcizení. Dítě, zejména starší si situaci plně uvědomuje, ví, že vazebná postava někde je a že ho opustila. Pocit zklamání a zloby v dítěti zůstává. To se zřetelně projevuje při opětovném setkání vazebné postavy a dítěte, kdy dítě okázale dává najevo svůj hněv a přitom touhu přiblížit se zpátky, nechat se chovat, mazlit nebo jen obejmout. (Bowlby 2012')

2.2.2 Separace na základě ztráty vazebné postavy

K obdobné deprivace zkušenosti dochází i při ztrátě vazebné postavy v případě úmrtí. Dítě také prožívá separační úzkost a žal nad ztrátou, pokud je mu nablízku náhradní vazebná postava, dostane se mu pravdivého vysvětlení situace a má možnost se rozloučit se zesnulou osobou, pochopí, že jej neopustila z vlastní vůle a nedojde k citovému odcizení. Dítě si rodiče bude dál vážit a uchovávat si na něj vzpomínky. Je velice důležité, aby si dítě mohlo projít všemi fázemi reakce na ztrátu a mělo k dispozici vstřícnou osobu, která s ním bude jeho žal sdílet. Výhodou je, pokud je touto osobou, osoba známá (druhý rodič, prarodiče, příbuzní). Pokud tomu tak není a dítě se dostane do cizího (neznámého) prostředí, může mít tato ztráta stejné deprivace účinky jako ztráta na základě odloučení. (Bowlby 2013)

2.2.3 Vícenásobná separace

Pokud mluvím o separaci od vazebné postavy, je to proto, že citová vazba nemusí být směřována pouze k biologické matce, ale dítě si ji může vytvářet i k náhradní osobě a k separaci tak může docházet i v případě, že je dítě odloučeno od chůvy, která zastupovala matku, od dočasné pěstounky, při přechodu do trvalé péče, od pečovatelky (tety) v dětském domově, ke které si dítě utvořilo citový vztah (při přechodu do jiného typu domova, adopce, pěstounské péče či při návratu do biologické rodiny). Z toho je zřejmé, že dítě umístěné mimo rodinné prostředí, prožívá separaci vícekrát než jednou a každá

z těchto zkušeností zanechává stopy v jeho psychickém vývoji. Dítě si nevytváří trvalou vazbu, citová vazba bývá povrchní a při více separacích se dítě podvědomě brání citové vázanosti. Důvodem je nevědomá ochrana psychického systému proti bolesti způsobené další ztrátou.

2.2.4 Pozitivní důsledky separace

Separace dítěte od rodiny, však může nést i pozitivní důsledky. U dětí, které jsou v rodině vystaveny nebezpečnému vlivu, který se podepisuje na jejich psychickém a často i fyzickém zdraví (týrané, zneužívané a zanedbávané) bývá citová vazba, pokud je vůbec navázaná velice ambivalentní a tyto děti často po separaci od rodiny nevykazují typické reakce na odloučení. Pokud jsou umístěny do prostředí, které je jim vstřícné a které jim skýtá dostatek bezpečí a jistoty i dostatek smyslových a citových podnětů, dochází velice brzy ke zlepšení jejich psychického stavu. Dítě, které v rodině nezažilo pocit bezpečí a jistoty, lásky a vstřícné pohotovosti a strádalo v potřebách fyzických i psychických vykazuje známky psychického narušení. Při přechodu do stabilního prostředí se psychický stav normalizuje, dítě si hledá náhradní vazebnou postavu a získává pocit bezpečí a jistoty, který mu umožňuje dále se rozvíjet pozitivním směrem. V případě, že by zůstalo v deprivacním prostředí, jeho vývoj by byl patologický. Dítě v takovéto rodině prožívá deprivacní situace a jejich následky si nese dál do života, i když se jeho mentální a fyzický vývoj vyrovnává, citová oblast zůstává narušená a náprava (resocializace) je v těchto případech velice obtížná a zdlouhavá. Obecně platí, že čím déle bylo dítě této situaci vystaveno, tím déle trvá převýchova.

Typy deprivované osobnosti ústavního dítěte

Ústavní péče je jednou z deprivacních situací. Charakteristické je pro ni, že dítě, které do ní přichází, prožívá deprivacní zkušenost (minimálně na základě separace) a prochází si postupně všemi fázemi reakce na odloučení. Dalším typickým znakem ústavní výchovy je absence stabilní vazebné postavy a vlivu mužského vzoru. Pečovatelky v domově se střídají a dítě nemá možnost trvale se připoutat k preferované postavě, nedostává se mu jistoty trvalosti a stálosti vazebné postavy. V případě, že již takovou situaci prošlo v rodině, pocit nejistoty se u něj dále prohlubuje a dítě si ani v prostředí ústavní péče nebuduje trvalé citové vazby (všechny vztahy jsou pouze povrchní). Na základě poznatků z výzkumu dětí v ústavní péči vymezuje Matějček, Bubleová, Kovařík (1997) pět typů deprivované osobnosti ústavního dítěte.

1. „Typ „normoaktivní“ či relativně dobře přizpůsobený“ (Matějček, Bubleová, Kovařík, 1997, s. 9)

Tyto děti procházejí deprivacním prostředím ústavní péče relativně nedotčeny. Poměrně záhy si nacházejí vazebnou postavu i své vlastní místo v kolektivu. Jejich resilientní vlastností je přítulnost, jsou to „miláčkové“, tato vlastnost jim umožňuje upoutat citovou pozornost a péči vychovatelek. V chráněném prostředí ústavu získávají citovou rovnováhu, která je ovšem vrtkavá a pod tlakem nechráněného prostředí života mimo domov se může snadno zhroutit.

2. „Typ hypoaktivní či útlumový“

(Matějček, Bubleová, Kovařík, 1997, s. 9-10)

Děti reagují na ústavní prostředí snížením celkové aktivity, emoční empatií, nezájmem, poklesem výkonu a učení. Jejich zaměření je především na věcný svět – vlastní hračky, o sociální kontakt neprojevuji zájem. Tyto děti bývají ve svém věcném světě spokojené, nemají rády, pokud je někdo ruší, tehdy mohou být i agresivní. Jedná se o děti, které již do ústavní péče přicházejí s mentálním narušením. Tento jejich relativní nezájem o lidi působí jako činitel, který nahrává vzniku citové deprivace. Díky němu se zájem pečovatelek o tyto děti oslabuje.

3. „Typ sociálně hyperaktivní“ (Matějček, Bubleová, Kovařík, 1997, s. 10)

Tyto děti se snaží získat co nejvíce sociálních podnětů, doslova se lepí na jakoukoli osobu, ale sociální kontakt je pouze povrchní a nestálý. Sociální zájem dominuje nad zájmem o věci, hru a úkoly. Sociální chování a způsoby komunikace ovšem bývají na nízké úrovni. I při dobré inteligenci zaostávají v učení. I tento typ sociální komunikace brání vzniku pevné citové vazby, protože bývá pro vychovatele nepříjemný.

4. „Typ sociálně provokativní“ (Matějček, Bubleová, Kovařík, 1997, str. 10)

Děti již kolem jednoho roku si vymáhají pozornost dospělých provokací. Sociální kontakt navazují, provokujícím způsobem a nevhodným chováním vůči vychovatelům i ostatním dětem. Ostatní děti pro ně představují konkurenty, proto se tento typ vůči ostatním dětem chová agresivně. Zlostně si vymáhají hračky, vůči ostatním dětem jsou agresivní a žárlivé, vychovatele chtějí jen pro sebe. Tyto děti se jeví jako mimořádně vzdorovitě, dráždivě a neovladatelné. Pokud ovšem dosáhnou svého

a vychovatele získají pouze pro sebe, bývají hodné a přítulné. Navázání kontaktu s těmito dětmi bývá obtížné, příčinou je toto jejich chování, které se zdá být jedním z činitelů prohlubujícím následky deprivacních účinků ústavní péče. Tyto děti vytvářejí neúnosnou atmosféru, která brání sblížení s preferovanou osobou. Tresty a omezování pouze podněcují další provokace a agresivitu. Agresivita se dále stupňuje u chlapců ve školním věku a ti se dostávají pro nezvladatelnost do nápravných zařízení. U těchto dětí převládají úzkostné tendence, které jsou příčinou jejich sociální provokace.

5. „*Typ charakterizovaný náhradním uspokojováním potřeb*“ (Matějček, Bubleová, Kovařík, 1997, str. 10)

Tyto děti nahrazují nedostatek sociálních a citových podnětů, podněty nižší úrovně (přejídání, autostimulace, masturbace či jiné autoerotické aktivity, narcistické tendence, agresivita vůči slabším, šikanování, žalování, trápení zvířat). Jde o nejzávažnější typ následků citové karence a vývoj těchto jedinců míří psychopatologickým směrem. Bývají umístěni v domovech se zvýšenou výchovnou péčí, z psychiatrické léčby se sem často vrací pro malou úspěšnost této léčby. Jejich behaviorální systém maladaptivního reagování velice tvrdošijně odolává jakékoli resocializaci. V prostředí ústavní péče je téměř nemožná.

Langmeier s Matějčkem (1968, s. 114) uvádí, „*že srovnání vývoje dětí z rodin a z ústavů téměř vždy potvrzuje horší vývoj ústavních dětí po stránce intelektové, emoční a charakterové.*“ Tuto dřívější hypotézu potvrzují i výsledky pozdější studie pozdních následků psychické deprivace a subdeprivace Zdeňka Matějčka, Věduny Bubleové a Jiřího Kovaříka (1997). Kdy ústavní chovanci vykazovali celkově nejnižší skóre sociální adaptace.

3 Subdeprivace aneb deprivace v rodině

Jak již bylo řečeno výše a jak uvádí Langmeier a Matějček (1968), k deprivaci situaci může docházet i uvnitř rodiny. Mohou být rodiny, kde se podmínky příliš neliší od podmínek ústavní výchovy (příliš početné rodiny, matka samoživitelka, přetížená a vyčerpaná prací, depresivní onemocnění matky, nebo matka psychopaticky citově chladná). V takové rodině je matka fyzicky přítomná, ale dítě přesto trpí separací od matky.

Termín psychická subdeprivace poprvé použil Dytrich, Matějček, Schüller v roce 1975 v závěru studie o dětech narozených z nechtěného těhotenství (Matějček, Bubleová, Kovařík 1997). Podobně jako deprivace má i subdeprivace své symptomy, které lze v kontextu vývoje zachytit a posuzovat.

Dle Matějčka, Bubleové a Křivánka (1997) je subdeprivace závažným společenským jevem, týká se více dětí v rodinách než v ústavech. Tyto rodiny bývají nenápadné a unikají pozornosti orgánů sociální péče o děti. Subdeprivace může přispívat k agresivnímu chování, ke vzniku alkoholismu, drogové závislosti, kriminalitě a jiným poruchám osobnosti.

Subdeprivaci můžeme chápat jako předstupeň deprivace, jakousi oslabenou deprivaci. Symptomy se vyskytují pouze v náznacích, dítě vykazuje dojem dobrého vývoje, avšak v hloubce psychiky se vyvíjí cosi patologického. Koukolík s Drtilovou (1996) poukazují na to, že takto deprivovaných dětí je nepoměrně více, než dětí vystavených plné deprivaci. Subdeprivace je obtížně diagnostikovatelná. Poruchy jsou napříč znaky jednotlivých kategorií poruch osobnosti a nesou pouze některé, často neúplně vyjádřené znaky. Přibližně desetina všech dětí prochází subdeprivacním procesem. Podle Koukolíka a Drtilové (1996) vykazují normalitu do doby, než dostanou příležitost, nebo zcela nepostiženi ničí hodnoty v rámci zákonitosti a občanské normy. Na vzniku subdeprivace se podílí jednak prostředí a jednak osobnostní vlastnosti jedince. Resilientní jedinci subdeprivacním procesem nebývají zasaženi.

3.1 Typy subdeprivačního prostředí

K subdeprivaci dochází na základě nedostatku sociálně emočních podnětů potřebných pro zdravý vývoj dítěte. Důvodem může být jednak neúplnost rodiny, pracovní přetíženost rodičů, nízká nebo naopak příliš vysoká ekonomická či kulturní úroveň rodiny.

Z hlediska subdeprivačního prostředí lze rozlišit rodiny problémové, dysfunkční a afunkční.

3.1.1 Rodiny problémové:

Rodiny neúplné, kdy je celá péče o rodinu pouze na jedné osobě (většinou na matce). Vyznačující se nedostatkem času na děti, jako důsledku samoživitelství; chybějícím mužským vzorem tj. nedostatkem otcovské autority a vzoru (dítě v péči matky) nebo naopak. Potřeba otcovské autority (mateřské) je důležitá pro správný vývoj dítěte v období, kdy se utváří genderová role a dítě si osvojuje pojetí sama sebe jako muže či ženy a seznamuje se a osvojuje si náplň této role. Dítě, které nemá mužský vzor, trpí absencí této autority, se projevuje neukázněností, nesociálním či agresivním chováním. Deprivační vliv chybějící otcovské autority a to zejména u chlapců ukazuje i studie Matějčka, Bubleové a Křivánka (1997), kde se tento fakt ukázal ve výsledcích vývoje chlapců v SOS vesničkách a DD, kdy právě chovanci SOS vesniček a DD vykazovali trestnou činnost častěji než muži vychovaní v PP.

Rodiny velmi početné (nízká socioekonomická a kulturní úroveň). Jak uvádí Langmeier s Matějčkem (1968) dítě v takové rodině může trpět nedostatkem mateřské péče a později otcovského vlivu a vedení. V důsledku toho vznikají poruchy sociálního chování, jako jsou toulky, záškoláctví, asociální chování. Ekonomická situace početných rodin bývá složitá a rodina může trpět chudobou, nedostatkem prostoru (bytovou tísní), velice často to bývá i nízká kulturní úroveň rodiny. Subdeprivační a deprivační účinky se projevují zejména v rodinách, kde se děti rodí jako na běžícím pásu a péče o ně bývá značně redukována. Dochází k zanedbávání péče a pouto dětí k domovu bývá povrchní a ambivalentní.

Rodiny s vysokou ekonomickou úrovní. Jako subdeprivační činitel působí v rodinách zejména nedostatek času a zájmu věnovaného dítěti. Působí zde tzv. „multimatering“, dítě je od útlého dětství svěřováno do péče různých osob, nevytváří si specifickou citovou vázanost na matku. Je vystaveno podobným deprivačním účinkům

jako dítě v dětském domově. Rodičovská péče a zájem o dítě bývá sporadický, vlastní láskyplná péče je nahrazována materiálnem a dítě tímto směrem orientuje své hodnoty. Dokud je vše v pořádku, rodiče většinou neprojevují velký zájem o dítě. Zájem rodičů vyvstává tehdy, pokud dítě začne selhávat, tedy v době kdy se nedostatky v citové péči viditelně projeví v subdeprivačních symptomech. Předpokládanými důsledky mohou být zejména různé typy závislostního chování, sdružování v asociálně se chovajících partách, později vedoucí až k antisociálním projevům chování a kriminální činnosti. Orientace na materiální svět, kterým si nahrazují citový nedostatek, může vést ve svém důsledku k nezájmu o lidi a problémům ve vztazích.

Dalším typem jsou rodiny, kde se vyskytuje nějaké onemocnění bránící mateřské postavě v citové vřelosti a náklonnosti i ve schopnosti citlivě vnímat potřeby dítěte. Může se jednat o matky postižené smyslovými chorobami a jednak o matky stížené psychickými chorobami (deprese, psychická labilita, nezralost osobnosti). Spadají sem i rodiny s nechtěným dítětem, kdy toto dítě přišlo mimo plán a je vnímáno jako omezení. Dalším faktorem působícím deprivačně je citová chladnost matky – dítě strádá v oblasti citové, nebo naopak citová vřelost mentálně retardované matky – dítě strádá podnětově a může se opožďovat ve vývoji.

Problémové rodiny jsou rodiny, jež vykazují určitý problém, ale tento problém jsou schopny sami řešit, nebo si umí říci o pomoc a nedostatky umí kompenzovat. Děti z těchto rodin v trvalé náhradní rodinné péči většinou nekončí. Bývají však situace, kdy je dítě potřeba umístit mimo domov. V případě hospitalizace rodiče (samoživitele) v nemocnici se dítě může ocitnout dočasně v zařízení náhradní péče. Trvale se dítě může v těchto zařízeních ocitnout v případě úmrtí rodiče. Dočasně se mohou děti v náhradní péči ocitnout i v případě bytové nebo ekonomické krize rodiny, nebo v případě živelné pohromy či katastrofy, kdy rodina přijde o střechu nad hlavou. Resilientní rodina tuto situaci dokáže zvládnout a děti se mohou vrátit k rodičům. Pokud jsou tyto problémy dlouhodobého rázu a rodina přestává plnit některou ze svých funkcí, posouvá se do další kategorie dysfunkční rodiny.

3.1.2 Dysfunkční rodiny:

Rodiny neplní některou ze svých funkcí, problémy rodiny jsou závažné natolik, že se dostávají se do hledáčku OSPOD, který provádí jednak dohled a jednak sanaci takovéto rodiny. Patří sem zejména rodiny stížené některou z forem sociální patologie

(alkoholismus, drogy, prostituce, patologické hráčství, bezdomovectví, ale i těžká psychická onemocnění). Rodiny, jejichž výchova vedla k poruchovému chování dětí, na jehož základě se dítě ocitlo pod dohledem OSPOD (útěky z domova, záškoláctví, problémy s alkoholem a drogami aj.). Příčinou problémů je sama patologie rodičů. Rodiče dítěti nejsou schopni zajistit láskyplnou vstřícnou péči a stabilní prostředí bezpečí a jistoty. Pokud se sanace rodiny nedaří, OSPOD přistoupí k asanaci rodiny a děti jsou umístěny do náhradní péče. Citová vazba těchto dětí bývá narušená, dítě projevuje známky deprivace. Reeducace těchto dětí bývá náročná a zdlouhavá.

3.1.3 Afunkční rodiny

Rodina neplní svoji funkci, dítě ohrožuje nejen na vývoji, ale i na zdraví a na životě. Rodiče vykazují asociální, psychopatické chování. Své děti celkově zanedbávají, týrají nebo zneužívají. Dítě vykazuje známky syndromu CAN. Pobyt dítěte v takovémto prostředí je ohrožující a rodina je vždy asanována. Dítě si vytváří dezorientovanou a dezorganizovanou vazbu, která je nejhorším vazebným typem a zanechává v dítěti těžké narušení psychiky. Děti si na bezpečné prostředí zvykají velmi rychle, záhy dochází i úpravě psychického stavu. Vývojové opožďení se vyrovnává, ale poruchy citového vývoje nadále přetrvávají. Posttraumatický stav vyžaduje specifickou péči a je otázkou celého komplexu odborníků. Následky si dítě nese po celý život.

3.1.4 Ostatní typy deprivacních situací a prostředí

Jak uvádí Langmeier s Matějčkem (1968) k deprivacím může dále docházet na základě izolace rodiny od širšího společenského prostředí. Dítěti se nedostává společenských podnětů na vyšší úrovni (vrstevníci, škola, styk s osobami druhého pohlaví atd.). Příčinou může být 1. Těžký smyslový, pohybový nebo psychický defekt dítěte. 2. Izolace rodiny od okolního světa, na základě jejich přesvědčení a víry (sekty, alternativní způsoby života apod.), neurotické, psychopatické nebo psychotické osobnosti. 3. Rodina izolovaná jako celek – život na samotách, daleko od civilizace; systém hodnot, který rodinu vyčleňuje z ostatní společnosti (socioekonomické, politické, náboženské, etnické hodnoty).

Další deprivacní situací jsou mimořádné životní situace, jejich společným znakem je jejich mimořádnost, náhlý vznik, široký společenský dopad, dramatický průběh a jejich dočasnost. Dochází při nich k dočasné izolaci nebo separaci dítěte od rodiny, psychologický vliv mají i traumata, frustrace a konflikty, které nelze dobře kontrolovat.

Tyto situace vznikají při válkách a živelných pohromách. Typickým příkladem je dnešní situace na blízkém východě a migrační vlna touto situací vyvolaná. S jejími následky se bude muset evropská společnost postupně vyrovnávat. Mohou nastat situace, kdy se děti těchto migrantů ocitnou z jakéhokoli důvodu v náhradní rodinné péči.

3.2 Vnitřní podmínky deprivace

Jak již bylo výše řečeno, stejné deprivací podmínky působí na každého jedince jiným způsobem. Jednou z podmínek vlivu deprivací situace je dle Langmeiera a Matějčka (1968) vývojové stádium dítěte, které rozhoduje o tom, zda bude deprivací situace působit pouze jako smyslová deprivace (u dítěte mladšího než osm měsíců), nebo zda bude působit i jako emoční deprivace (u dítěte staršího). V prvním půlroce života dítě ještě nerozlišuje mezi lidmi a citová vazba vzniká postupně. Pokud dítě v období do tří let nemá k dispozici jednu pečující a citlivě reagující osobu, na kterou se může navázat, citová vazba se nevytváří. Do tří let věku se bude jednat o deprivaci mateřskou, po třetím roce bude nejvíce působit deprivace rodinná. Po desátém roce života, se omezuje schopnost tvořit intenzivní a intimní pouta, dítě v tomto věku snáší lépe ústavní péči než individuální péči pěstounskou.

Vliv na účinky deprivací prostředí má i pohlaví dítěte. V tomto případě dívky bývají odolnější, nemívají tak velké výchovné problémy jako chlapci. Vliv deprivace na psychiku dívek vede spíše k jejich depresivnímu chování na rozdíl od chlapců, u kterých vyvolává spíše chování agresivní.

Osobnostní vlastnosti dítěte mohou deprivací účinky buď posilovat, nebo oslabovat. Příkladem jsou Matějčkem, Bubleovou a Křivánkem vymezené typy deprivovaného dítěte. Na těchto typech je patrné jak některé vlastnosti dítěte, například jeho přítulnost, mazlivost, sociálně přijatelný zájem o kontakt, může působit jako resilientní činitel a zabránit negativním důsledkům deprivace. Naopak vulnerabilní vlastnosti typu sociální provokace, nebo útlumového typu působí spíše jako posilující prvek deprivace.

Jakákoli defektivita dítěte působí sama o sobě deprivací účinky a to zejména ve smyslu deprivace smyslové a pohybové. Sama defektivita dítěte posiluje negativní pohled na dítě, jak ze strany rodičů (psychické přijetí postiženého dítěte rodiči), tak ze strany společnosti. Sama o sobě může být zdrojem příčin deprivací vztahu v rodině, kdy sice rodiče mohou o dítě pečovat, ale k tomuto dítěti nepociťují citovou náklonnost,

nebo jej přímo předávají do ústavní péče jako dítě nechtěné, případně nezvladatelné. Druhým takovým extrémem, který může působit ve smyslu deprivace od širší společnosti je nadměrně ochranná péče matky dítěte, která neposkytuje postiženému dítěti dostatek prostoru pro jeho společenský (vrstevnický) vývoj a dítě se stává závislým na péči své matky. Strádá zejména v oblasti sociálního vývoje a nedostatku kontaktu s vrstevníky.

3.3 Následky psychické deprivace

Následkem dlouhodobého působení deprivace je deprivovaná osobnost. Koukolík a Drtilová (1996) tyto jedince nazývají „*deprivanty*“ a charakterizují je jako osoby, které nedosáhly normality, nebo o ni přišly, jako lidi v různém stupni nepovedené nebo zmrzačené. Defektivita je patrná zejména v citové a hodnotové oblasti. Jako společné znaky vymezují nedostatek zaměření (vůle), neschopnost tvůrčí spolupráce, ničivost vůči odlišným hodnotám, parazitismus. Deprivanty rozdělují na ofenzivní, toužící po moci. Neuznávající hodnoty společnosti a její normy a na defenzivní, stažené do sebe, což jim ovšem nebrání parazitovat na společnosti. Ofenzivní deprivant touží ovládat jiné lidi, stát se mocným a pokud k tomu dostane příležitost, může se z něho stát mocný politik, diktátor, vůdce sekty atd. Pokud ofenzivní deprivanti nemají dostatek příležitostí nebo intelektu stávají se z nich jedinci páchající trestnou činností, násilníci nerespektující svobodu a majetek druhých lidí. Defenzivní deprivanti končí jako příživníci neschopní samostatného života, problémy řeší únikem do závislosti. Parazitují tak na společnosti.

3.3.1 Projevy následků vážnější poruchy attachmentu

Podle Vrtbové (2010) lze u takto postižených dětí vysledovat milé a okouzující, ale nepřirozené chování, vyhýbání se očnímu kontaktu, nerozlišování mezi osobami, nedostatek citu, kruté a destruktivní chování, lhaní, uplatňování požadavků, udělování příkazů, impulzivitu, poruchy příjmu potravy, nenormální sexuální chování, obsedantní zájem o oheň. V kognitivní oblasti poruchy pozornosti, nesmyslné otázky a příběhy, neobvyklý způsob mluvy, poruchy učení, neschopnost poučit se na základě příčin a následků, nerozvinuté vědomí, sebereflexi a vhled. Slabé vztahy s vrstevníky, rodiči (pečovateli) a nerespektování autorit.

3.3.2 PSA – skóre psychosociální adaptace

Dlouhodobé následky psychické deprivace a subdeprivace se posuzují podle skóre psychosociální adaptace PSA, která má čtyři aspekty. (Matějček, Bubleová, Kovařík, 1997)

V aspektu práce a vzdělání si všímáme akademické dráhy a zjišťujeme relativní neprospěch v oblasti absolvovaného vzdělání, dosavadního pracovního zařazení, spokojenosti s prací, spokojenosti zaměstnavatelů, fluktuace.

V aspektu zdraví si všímáme, jak pociťuje vlastní zdraví, jak často navštěvuje lékaře a jaká je jeho nemocnost.

V rodinném aspektu si všímáme vztahů v prvotní rodině a schopnosti navázat dlouhodobý sexuální vztah, sledujeme rozvodovost, péči o potomky.

V aspektu adaptace na sociální způsob života sledujeme oblast bydlení, čerpání sociálních služeb, vlastní zdroje příjmu, závislosti, kriminalitu, promiskuitu, prostituci.

Studie pozdních následků deprivace a subdeprivace Matějčka, Bubleové a Kovaříka (1997) jednoznačně ukazuje nejlepší skóre PSA u dětí vyrůstajících v pěstounské péči. Tento poznatek udává směr, kterým by se měla náhradní rodinná péče ubírat. Poukazují na jednoznačně nejlepší výsledky reedukace, proto by individuální pěstounské péči měla být dávana přednost před jakoukoli kolektivní péčí.

3.4 Diagnostika následků psychické deprivace

Při rozpoznávání následků psychické deprivace se dle Langmeiera a Matějčka (1968, s. 291) „*opíráme o konvergenci určitých charakteristických nálezů v anamnéze a v lékařském i psychologickém vyšetření.*“

Dle Langmeiera a Matějčka (1968) lze v podrobné anamnéze sledovat historii dlouhodobé ústavní výchovy (od útlého dětství, časté změny ústavů), krátkodobé separace (za zvlášť nepříznivých podmínek), zřejmé zanedbávání dětí v rodině s nízkou sociokulturní úrovní, rodiče slabomyslné nebo psychopatické, ale i nezájem o děti nebo příliš vysoké požadavky neúměrné schopnostem dítěte.

Vrtbovská (2010) jako rizikové faktory pro rozvoj zdravého pouta uvádí: předporodní stres, užívání návykových látek během těhotenství, psychické onemocnění rodiče před narozením dítěte, nedonošenost, lékařské komplikace během perinatálního a perinatálního období, úmrtí v rodině, postižení dítěte, zanedbávání, citové a fyzické týrání, sexuální zneužívání, domácí násilí, nestabilní domov, chudobu a sociální vyloučení, opuštění dítěte po narození nebo v raném věku, duševní onemocnění nebo závažnější potíže rodičů, rané a vícenásobné umístění do ústavní péče.

Somatické vyšetření slouží zejména k vyloučení jiné možnosti příčiny zachycených psychických poruch nebo ke stanovení jejich podílu na vzniku deprivace. V somatickém hledisku je patrné neprospívání kojenců, Somatické neuropsychické opoždění, poruchy výživy (anorexie, bulimie, obezita), děti nápadně hypotonické, děti se zvláštními hybností, vleklá kožní onemocnění, prodloužená (neúměrná) doba rekonvalescence.

V psychologickém vyšetření, které se zaměřuje zejména na dlouhodobé sledování dítěte v jeho přirozeném prostředí lze vysledovat opoždění psychického vývoje. Z psychologického hlediska jsou testy IQ nedostačující, protože samotná deprivace má vliv na rozvoj rozumových schopností dítěte. Typický je posun ve výsledcích testování v časovém průběhu, kdy za příznivých podmínek dochází k výraznému posunu. Důležité je také vyšetření vztahu dítěte k rodiči, rodiče k dítěti, ale podstatné napoví i vztah rodičů k jejich rodičům. Pomocí takového vyšetření lze odhalit i mezigenerační přenos psychické deprivace.

Psychiatrické vyšetření slouží k odlišení deprivace od ostatních psychických poruch. Je třeba odlišit vliv deprivčních faktorů na vývoj jedince od vlastní oligofrenie. Podstatné urychlování vývoje svědčí právě pro deprivční účinky.

V psychologickém vývoji lze vysledovat výrazné opoždění vývoje řeči (těžká patlavost, opoždění skladebné a obsahové stránky řeči, výrazně chudá slovní zásoba, používání zájmen se výrazně opoždí, nápadné je řazení slov vedle sebe bez větné spojitosti, opoždí se schopnost vyjádřit děj a smysl obrázku (opoždování symbolického chápání), které se posléze projevuje v problémech se čtením a psaním na počátku školní docházky. Zvláštnosti se vyskytují i v sociálním užití řeči, omezení na komentář probíhajících událostí, upozornění a přání. Období otázek je u ústavních dětí zcela pomínuto. Omezená je i schopnost sdělování zážitků, vyjádření nadějí, těšení, přání. Konverzace s dospělým zůstává na primitivní úrovni.

Typický je i opožděný vývoj sociálních a hygienických návyků, jemné motoriky v kontrastu s celkem přiměřenou úrovní motoriky hrubé. U starších dětí se nalézá nepoměrně výsledků názorové (praktické) části a slovně pojmové části IQ testu. Zřetelné nedostatky vykazují zkoušky pojmové a vědomostní, v sociální informovanosti a v praktickém usuzování a hodnocení. V řešení úkolu je patrná pohotovost, impulsivnost a nerovnoměrnost, nesamostatnost a nesoustředěnost. Klasická je školní nezralost,

prospěch zřetelně pod úrovní jejich schopností, zejména v prvních třídách. Obtíže při navázání pracovního kontaktu.

Z psychiatrického hlediska lze vysledovat přechodné projevy neurotického rázu (úzkostnost, sklíčenost, uzavřenost, strach), nepřátelskost, agresivita, neukázněnost a podezíravost. U předškolních dětí lze vysledovat regresivní chování a infantilní nediferencovaný vztah k lidem (lhostejnost nebo naopak až vtíravost). U starších dětí se toto infantilní chování projevuje snahou neustále přitahovat pozornost dospělého. U starších dětí a mladistvých je nutno po deprivacích příčinách pátrat zejména při delikvenci (drobné opakované krádeže, toulky, záškoláctví, lhavost, zlomyslnost a agresivita). Je třeba odlišit poruchy zapříčiněné vývojovým traumatem od ostatních poruch majících podobné symptomy např. ADHD jejichž příčina i léčba je odlišná. Vývojové trauma, jak uvádí Vrtbovská (2010) není v dnešní době zařazeno do systému psychiatrických diagnóz, ale je chápáno jako název pro klinický obraz spojený s vážnými obtížemi a symptomy vyskytujícími se u dětí s historií vážného zanedbávání, týrání a zneužívání.

V emocionální složce se projevuje zejména citová plochost, nedostatek sympatie a soucitu, neschopnost navázat těsný kontakt a sociální nepřizpůsobivost.

Důležité je komplexní vyšetření, protože včasné odhalení napomáhá účinnosti léčebných a nápravných opatření.

3.5 Náprava deprivacích poruch

Náprava deprivacích poruch dle Langmeiera a Matějčka (1968) postupuje ještě v době adolescence a mladé dospělosti. Těžká a dlouhodobá deprivace způsobuje u dítěte hluboké a někdy i trvalé změny v psychické struktuře. Důležitou roli při tom hraje zejména věk dítěte a délka trvání deprivacní situace. Čím mladší dítě a čím delší doba, tím hlubší a trvalejší změny. Nejlépe se napravuje intelektové opožďení, hůře sociální adaptace, emocionální poruchy se odstraňují nejhůře a často bývají trvalým následkem.

Pro účinnou nápravu je třeba podrobně a celkově znát životní podmínky, na základě kterých k deprivaci došlo a mít podrobné znalosti somatického a psychického stavu dítěte. Zejména první oblast je pro určení způsobu nápravy velice důležitá, její znalostí je možno se vyhnout situacím, které mohou nějakým způsobem připomínat deprivacní situaci,

ve které se dítě dříve nacházelo. Výchovné opatření působící na běžně se vyvíjející dítě pozitivním způsobem, může na základě připomínky deprivace u deprivovaného dítěte působit zcela opačně. Např. mazlení, které je tak příjemné „normálním“ dítětem, může deprivované dítě ohrožovat. Takových situací je spousta, každé dítě si prošlo jinou deprivací, má jinou osobnost, proto i děti, které si prošly stejnou deprivací (sourozenci, dvouvaječná dvojčata) budou reagovat odlišně. Při nápravě je třeba postupovat velice opatrně, po malých krocích a z počátku se vyhýbat připomínce deprivací, o kterých víme, že jimi dítě prošlo.

Náprava spočívá dle Langmeiera a Matějčka (1968, s. 303) v „Reaktivaci“ vytržením dítěte z deprivace a zajištění přísunu přiměřeného množství podnětů. Opatření se týká zejména mladších dětí, jejich účinek s přibývajícím věkem slábne. Z metod, které Langmeier a Matějček (1968) jmenují, jde zejména o adaptační terapii a ovlivnění aktivační úrovně dítěte (i farmakologicky), rozvoj motoriky a smyslových funkcí. Tyto terapie a metody velice podrobně popisuje Archerová (2001). Jde především o znovupřipoutání dítěte a vytvoření jisté a bezpečné citové vazby mezi dítětem a pečující osobou a rozvoj opožděných intelektových funkcí.

Znovupřipoutání znamená kompletní změnu behaviorálního systému dítěte neboť jak uvádí Vrtbovská (2010) je pro tyto děti kontakt s druhými lidmi průběžným stresem vyvolávajícím neadekvátní obranné reakce. Tyto reakce zabraňují užití klasických metod terapie (volné hry, kognitivně-behaviorální terapie a tradiční rodinné terapie). Tyto metody jsou neúčinné a jejich využívání dále prohlubuje disharmonický vývoj dítěte. Porucha attachmentu jak uvádí Vrtbovská (2010, s. 81) „*se musí podobat přestavbě domu nebo narovnání kmene u kořenů.*“ Terapie bude směřovat k vytvoření prvotních vztahů s rodiči, tak aby léčila minulost. Takovými terapiemi je Dyadická vývojová psychoterapie a PBSP (Pesso Boyden Systém Psychotherapy). Tyto terapie se snaží o doplnění prázdných či nahrazení traumatizujících vývojových potřeb a to buď za pomoci rodičů nebo v případě PBSP za pomoci klienta a jeho představ.

„*Redidaxe – přeučení*“ (Langmeier, Matějček, 1968, s. 303) tj. vytvoření nových účelnějších návyků na základě vybraných, odměňovaných a odstupňovaných podnětů zpevňujících žádoucí chování, ale také náprava řeči, rozvoj motorických dovedností, učení, získávání praktických znalostí a dovedností, trénink společenského chování.

„*Reedukace*“ (Langmeier, Matějček, 1968, s. 303-304). Vlastní přestavba osobnosti jako organizovaného celku. Vybudování pevných a důvěrných vztahů, sympatií, jistoty a lásky k těm, kteří o ně pečují.

„*Resocializace*“ (Langmeier, Matějček, 1968, s. 304). Zapojení dítěte do společnosti, osvojení účelných sociálních rolí, vytvoření nových uspokojivých vztahů ke svému okolí. Zahrnuje rodinnou terapii a určité formy skupinové terapie.

Dle Langmeiera a Matějčka (1968) existují jisté situace a vývojová období, kdy lze ovlivnit deprivacní následky. Je tomu tak zejména v útlém dětství, pozitivně působí školní úspěch (neúspěch naopak působí zcela opačně), společenské uznání (v době puberty a dospívání zejména ze strany vrstevníků), zlákáni dítěte nějakou zájmovou činností, sportovní úspěchy (deprivované děti dávají přednost individuálním sportům, ve kterých je úspěch pouze jejich, nikoli kolektivní).

V době dospívání, adolescence a v období mladší dospělosti jako záchytný bod může působit správná volba povolání (z okruhu zájmů dítěte), nástup do zaměstnání (pracoviště schopné přijmout jednoho méně přizpůsobivého jedince a pozitivně na něj působit, nebo podnikání v oblasti intenzivního zájmu), pozitivně působí nalezení vhodného partnera, který bude schopen snášet takto postiženého jedince a bude schopen ho citlivě vést. Velmi důležitou roli hraje probuzení rodičovských zájmů (v tomto případě je třeba citlivého vedení a provázení, tak aby nedocházelo k deprivacnímu přenosu). Rizikem je zde opět deprivacní syndrom, který brání citovému připoutání a deprivovaný rodič nemusí být schopen vstřícně a pohotově reagovat na potřeby dítěte, nebo těmito potřebám nemusí dostatečně rozumět.

Jak z předchozího textu vyplývá, je náprava deprivacních poruch obtížná, zdoluhavá a ne vždy zcela účinná. Vyžaduje spolupráci a koordinaci péče všech zainteresovaných osob. Dala by se přirovnat k ucelené rehabilitaci, tak jak je pojmána u osob se specifickými požadavky. Bohužel v dnešní době nejsou deprivacní poruchy ještě považovány za defekt, neplynou z něj opatření podobná opatřením pro osoby s postižením a společnost tyto děti nechápe jako handicapované. Posuzuje je čistě na základě normy, a jelikož se tito jedinci od normy odlišují, považuje jejich chování za sociálně patologické.

4 Systém náhradní rodinné péče

Náhradní rodinná péče je primárně upravena zákonem č. 89/2012 Sb. Nového občanského zákoníku, který nabyl účinnosti od 1. 1. 2014 a zákonem 359/1999 sb. o sociálně právní ochraně dětí, který v § 49 upravuje ustanovení týkající se výkonu pěstounské péče. Nový občanský zákoník nově upravuje náhradní péči o ohrožené děti. Cílem novely bylo vytvoření zákonných podmínek pro práci s rodinami, tak aby bylo zajištěno setrvání dítěte v rodinném, případně náhradním rodinném prostředí. Systém se především orientuje na prevenci a včasné řešení ohrožující situace s cílem individuálně hledat optimální řešení pro každé ohrožené dítě. Pěstounská péče je od účinnosti nového občanského zákoníku vykonávána na profesionální úrovni. Pěstounům začala být k dispozici síť podpůrných a odlehčovacích služeb.

Současná právní úprava jasně deklaruje přednost náhradní rodinné péče před péčí ústavní, která by měla představovat až krajní a poslední možnost. Náhradní rodinná péče je takový druh péče, kdy dítě je vychováváno v rodinách náhradních rodičů, kde je mu poskytována péče a výchova (přechodná, nebo dlouhodobá) v době, kdy se ocitlo bez rodinného zázemí.

Formy náhradní rodinné péče jsou: svěřením do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče; pěstounská péče; pěstounská péče na přechodnou dobu; osvojení a poručenství.

Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby upravuje NOZ v § 953 až § 957. Soud může dítě svěřit do péče jiné fyzické osoby (zpravidla v rámci širší rodiny), pokud se rodič o dítě není z nějakého důvodu schopen postarat a tato osoba se svěřením dítěte souhlasí. Pečující osoba má právo a zároveň povinnost zajistit péči o dítě a zastupovat je v běžných záležitostech. Pokud rodičům nejsou z rozhodnutí soudu omezena rodičovská práva, zůstávají nadále zákonnými zástupci a je jim zachována rodičovská zodpovědnost a vyživovací povinnost k dítěti.

Institut pěstounské péče upravuje NOZ v § 958 až 970. Soud může dítě svěřit do pěstounské péče jiné fyzické osoby, případně manželů, ale i příbuzného dítěte, který se jej ujal. Pěstounská péče se od svěřením dítěte do péče fyzické osoby liší ve výběru osoby pěstouna, která musí splňovat určitá kritéria. Jedná se o osobu prověřenou orgány sociálně právní ochrany dětí, které také pěstounskou péči zprostředkovávají. Pěstounská péče vzniká rozhodnutím soudu a končí zletilostí dítěte. Rozhodnutím soudu může být také zrušena. Pěstoun při péči o dítě vykonává přiměřeně práva a povinnosti rodičů. Nemá však

vyživovací povinnost a právo zastupovat dítě, spravovat jeho záležitosti může jen v běžných věcech. Biologický rodič má právo na informace o dítěti a právo se s dítětem setkávat, pěstouni jsou povinni toto rodiči umožnit. Dále jsou povinni udržovat a rozvíjet sounáležitost dítěte nejen s biologickými rodiči, ale i s příbuznými dítěte. Vyživovací povinnost dále zůstává biologickým rodičům, nebo osobám, které mají k dítěti vyživovací povinnost. Nárok na výživné přechází z dítěte na stát, který pěstounům vyplácí příspěvek na potřeby dítěte. Nově pěstouni uzavírají dohodu o výkonu pěstounské péče. V dohodě jsou specifikována práva a povinnosti pěstounů dle individuálních potřeb. Dohodu mohou pěstouni uzavírat s obecním úřadem s rozšířenou působností, s obecním úřadem, krajským úřadem, s pověřenou osobou nebo organizacemi majícími oprávnění tyto dohody uzavírat. Tyto subjekty jsou povinny umožnit pěstounům vzdělávání, poskytnout jim možnost spolupráce a pomoci při výkonu péče o dítě a zajistit odlehčovací službu. V případě potřeby (nemoc, úraz) zajistit po dobu pěstounovy neschopnosti péči o dítě.

Pěstounskou péči na přechodnou dobu lze chápat jako krizovou a pouze přechodnou formu náhradní rodinné péče o dítě. Měla by umožnit rodiči, kterému bylo dítě odebráno upravit podmínky tak, aby o dítě mohl znovu pečovat. Soud může pěstounům na přechodnou dobu svěřit dítě do péče na dobu, po kterou rodič nemůže dítě vychovávat, nebo na dobu, dokud nebude rozhodnuto o dalším osudu dítěte. Pěstounská péče může trvat nejdéle rok, přičemž soud má povinnost každé tři měsíce prověřovat zda důvody pro umístění dítěte nadále trvají. Pěstounská péče na přechodnou dobu může být prodloužena na základě pozdějšího umístění sourozence, ne však déle než rok od umístění posledního sourozence. Pěstouni, kteří mohou vykonávat pěstounskou péči na přechodnou dobu, jsou v evidenci krajského úřadu a po dobu jejich evidence je jim vyplácena odměna a to i tehdy pokud zrovna o žádné dítě nepečují.

Osvojení upravuje NOZ v § 794 až po § 854. Osvojením vzniká nový právní i rodinný vztah. Mezi osvojeným dítětem a osvojitelem vzniká poměr, jaký je mezi dítětem a rodičem, zároveň zanikají všechna práva a povinnosti mezi dítětem a jeho biologickou rodinou. Osvojitelé se stávají zákonnými zástupci a nabývají všechna rodičovská práva a povinnosti. Na základě rozhodnutí soudu jsou osvojitelé zapsáni do matriky jako rodiče dítěte. O osvojení rozhoduje soud na návrh osvojitele. Před rozhodnutím soudu o osvojení musí být dítě v péči osvojitele po dostatečně dlouhou dobu, dokud není zřejmé, že se mezi nimi vytvořil takový poměr, který je smyslem a cílem osvojení, nejdříve však po šesti měsících. Dítě je po tuto dobu u osvojitele na jeho náklady.

Poručenství s osobní péčí upravuje ustanovení § 928 až § 942 NOZ. Pokud není žádný z rodičů, který má a vykonává rodičovskou odpovědnost v plném rozsahu, soud ustanoví dítěti poručníka, který dítě vychovává, zastupuje a spravuje jeho majetek a stává se jeho zákonným zástupcem. Má nárok na peněžité příspěvky obdobně jako pěstoun. Na výkon funkce poručníka pravidelně dohlíží soud.

Právní úprava je dostupná na (www.nahradnirodina.cz).

Praktická část

5 Metodologický úvod

5.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je na základě vlastní zkušenosti popsat projevy rané deprivace a subdeprivace u dětí, které máme v pěstounské péči. Současně popsat cesty, kterými jsme se snažili jim pomoci a zachytit proměny těchto projevů v průběhu deseti let.

Cílem výzkumu je poukázat na přítomnost následků rané deprivace u dětí, které neměly možnost vyrůstat v harmonickém prostředí milujících rodičů, které pro selhání rodičovské péče byly umístěny do ústavní a po té náhradní rodinné péče. Poukázat na úskalí pěstounské péče, možné výchovné chyby plynoucí z neznalosti specifčnosti péče o tyto děti. Poukázat na odlišnost reakcí těchto dětí na běžné výchovné postupy. Na důležitost porozumění těmto projevům, tak aby poskytovaná pomoc vedla k pozitivním výsledkům. Odkrýt to, co se nám ve výchově podařilo i to, kdo nebo co nám pomohlo a jak. Nalézt nové možnosti pomoci dětem vyrůstajícím mimo biologickou rodinu.

Získané poznatky mohou být přínosem a obohacením pro pěstouny a pro organizace zabývající se pomocí pěstounským rodinám. Stejně tak by mohla být přínosem pedagogům, kteří do života těchto dětí také zasahují a to ne nezanedbatelným způsobem. Tak jako pěstouni i oni mohou být těmi, kdo může těmto dětem být nápomocen, nebo naopak mohou být překážkou v jejich pozitivním vývoji, zejména tehdy pokud nechápou a nerozumí odlišným reakcím těchto dětí a nejsou proto schopni specifického přístupu, kteří tyto děti potřebují.

5.2 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Výzkumným problémem, kterým se má práce zabývat, jsou projevy deprivace a subdeprivace u dětí přicházejících do náhradní rodinné péče.

Výzkumnými otázkami, na které tato práce hledá odpověď, jsou následující:

1. Jak se projevuje raná deprivace a subdeprivace v osobnostech a v chování našich chlapců?
2. Jaké metody, postupy, možnosti řešení a pomoci byly účinné při nápravě jejich maladaptčních projevů?

3. Jaká jsou úskalí pěstounské péče?
4. Jak mohou pomoci instituce při řešení výchovných problémů plynoucích z důsledků rané deprivace a subdeprivace?

Výzkumným prostředím je vlastní rodina, výzkumný vzorek tvoří dva chlapci (dvouvaječná dvojčata), které máme v pěstounské péči.

5.3 Výzkumná metoda

Potřebná data jsou získána kvalitativním výzkumem prostřednictvím **autobiografického designu**, ve kterém popisují deset let vlastních zkušeností s výchovou dvou chlapců, které máme v pěstounské péči.

Švaříček, Šed'ová (2007) uvádí, že cílem životní historie zahrnující nejen interview, ale i dotazníky, analýzu dokumentů a rozhovory se třetí stranou, je více popsat kontext a odhalit nahodilé faktory v životě vypravěče. V autobiografické životní historii je předmětem zkoumání osobní historie badatele. Na základě analýzy svých zkušeností se pokouším zodpovědět výzkumné otázky. Analýzou vyprávěné životní historie a jednoduchým kódováním identifikovat projevy následků deprivace v osobnostech chlapců, účinné metody, výchovné omyly a chyby a pomoc institucí při jejich řešení.

Pro konkrétnější zjištění výskytu jednotlivých poruch v konkrétních vývojových obdobích a jejich závažnost jsem použila dotazník **CPQ pro rodiče** a vyplnila jej na každé zlomové období vývoje, tak aby byl ucelený přehled o vývoji jednotlivých poruch. Pro porovnání vlastních postřehů, které jsou samozřejmě subjektivní, jsem zadala podobný upravený dotazník, jehož inspirací byl **dotazník CPQ pro učitele** na zachycení názorů pracovníků angažovaných v životě chlapců, na jejich adaptační, pracovní a sociální schopnosti.

6 Můj život se „ztracenými dětmi“

Dlouho jsem přemýšlela a hledala správný výraz pro název mého autobiografického designu. Napadaly mne různé názvy, ale žádný nevystihoval přesně charakteristiku těchto dětí, nakonec jsem je převzala od PhDr. Petry Vrtbovské (2010), která tyto děti takto nazývá ve svém díle o poruchách attachmentu. Je to výstižný výraz protože tyto děti se nejen ztratily ve svém životě, ale i sami v sobě. Je velice důležité pomoci jim se zase najít a dopřát jim tak smysluplný a bezpečný svět.

6.1 Rodinná situace před příchodem dětí

V době, kdy jsme s manželem začali uvažovat nad možností přijmout do výchovy cizí děti, jsme byli čtyřčlenná rodina. Měli jsme dvě vlastní děti, odrůstající dceru (13 let) a chlapce (8 roků). První těhotenství bylo spontánní a proběhlo bez jakýchkoli problémů. Na chlapce jsme však museli tři roky čekat, těhotenství bylo rizikové a porod náročný. Následně se u mne dostavili zdravotní obtíže a bylo mi diagnostikováno autoimunitní onemocnění. Ačkoli jsme vždy chtěli více dětí, museli jsme se smířit s tím, že další těhotenství by bylo opět rizikové a dále by mohlo mé onemocnění zhoršit.

Avšak jak děti odrůstaly, stále více jsme s mužem pociťovali nenaplněnost a touhu po dalším dítěti. Náš syn vyrůstal jako opečovávané dítě a i na něm jsme pozorovali, že by mu prospělo, kdyby měl dalšího sourozence. Zvažovali jsme proto další těhotenství. V úvahu jsme brali všechna rizika onemocnění, nemožnost v krátké době otěhotnět (tak jak tomu bylo u syna) a tím velký věkový rozdíl sourozenců a také možnost všechny tyto problémy vyřešit přijetím dítěte.

Od té doby, co přišla tato myšlenka, jsme se jí čím dále tím více zabírali. Přemýšleli jsme nad tím, zda budeme toto dítě schopni milovat, tak jako své vlastní. Probírali jsme rizika tohoto rozhodnutí, čím více jsme o tom mluvili, tím více jsme byli rozhodnuti do toho jít. Postupně jsme se snažili získávat informace, co, kde a jak udělat. V té době jsme se úplnou náhodou setkali s pěstounskou rodinou z Brna a strávili jsme s nimi pár dnů a toto setkání bylo pro nás rozhodující. Následně jsme začali podnikat potřebné kroky a zaevidovali jsme se jako uchazeči o pěstounskou péči, prošli jsme šetřením a byli zařazeni do evidence. Nadále jsme již jen čekali. Celý proces trval dva roky. Když v září 2006 zazvonil telefon a Krajský úřad nám oznámil, že mají dvě děti, kterým bychom se mohli stát pěstouny, měli jsme ohromnou radost. Pracovnice nám telefonicky sdělila, že se jedná o dva šestileté chlapce. Chlapci jsou opožděni ve vývoji

a trpí ADHD. Měli jsme týden na zvážení situace a na rozhodnutí, zda je pojedeme navštívit. S přijetím chlapců jsme souhlasili a ještě v září za nimi jeli na návštěvu do DD, kde jsme s nimi strávili víkend.

P. se jevil jako velice milý, usměvavý chlapec. V očích mu zářily jiskřičky šibalství. Velice rychle se sblížil s našimi dětmi a s radostí opakoval nezbednosti našeho syna. M. byl naopak velice zaražený, zachmuřený a snažil se držet si odstup. Byla na něm patrná značná nedůvěra a trvalo téměř celý první den, než se v naší přítomnosti částečně uvolnil. Od vychovatelky jsme získali první informace o chlapcích, o jejich drogově závislé matce a jejím nezájmu o chlapce. Dále o tetě, která má v péči jejich mladší sestru a která je občas navštěvovala a brala na návštěvy, ze kterých je záhy vracela.

Během těchto dvou dnů jsme se rozhodli o tom, že si pro chlapce přijedeme za čtrnáct dnů a vezmeme si je na týden na návštěvu, abychom zjistili, zda s námi budou chlapci chtít žít. Během této přípravné doby, jsme se snažili získat více informací o chlapcích. Zjistili jsme, že chlapci jsou míšenci, jejich otec (v rodném listu) je Asiat a matka závislá na heroinu. Chlapci byli odebráni pro zanedbávání péče.

Při jednání s pí. ředitelkou dětského domova, při přebírání chlapců, nám bylo sděleno, že chlapci jsou mentálně zaostalí, neschopní vzdělávání v běžném proudu. P. se navíc v noci ještě pomočoval. Je pravda, že se P. projevoval asi na úrovni tří, max. čtyřletého dítěte. Jeho řeč byla pro nás nesrozumitelná a M. nám ji tlumočil. Nicméně již v těch dvou dnech, kdy jsme byli za chlapci na návštěvě, nám připadalo, že je u obou chlapců rozvojový potenciál a že jsou schopni rychle se učit.

6.2 Příchod chlapců do rodiny

V době naší návštěvy v dětském domově, byli chlapci nemocní a brali antibiotika. Ještě den před jejich převzetím jsem volala do DD, zda jsou chlapci zdraví a schopni absolvovat dlouhou cestu. Bylo nám sděleno, že jsou chlapci zdraví. Ovšem při přebírání chlapců jsem viděla, že mají opět hnisavou rýmu.

Při cestě domů, jsem si povšimla očního tiku u P. Celou cestu chlapci absolvovali v klidu, byla u nich patrná nejistota a napětí. Také byla patrná únava z onemocnění. Když jsem chlapce doma vysvlékla z oblečení, byla jsem úplně vyděšená z jejich vyhublých tělíček. Na chlapcích byla jasně patrná podvýživa, pod kůží se zřetelně rýsovaly všechny

kosti a klouby nepřírozně vystupovaly z tělesného schématu. Chlapci v šesti a půl letech vážili 15 kg a 16 kg, domnívám se, že převážnou část tvořila váha jejich kostry.

Chlapci měli připravené postele ve společném pokoji s naším synem. Večer poměrně rychle usnuli, ale v noci za mnou přišel syn s tím, že M. pláče. Šla jsem za chlapci do pokoje a ptala jsem se, co se stalo. M. říkal, že jej bolí zoubek. Zjistila jsem, že M. chrup je v dezolátním stavu, z vykotlaného zubu mu tekla krev. Vypláchli jsme zub ústní vodou a M. dostal lék na potlačení bolesti. Nicméně jsem cítila, že bolest zubu není to jediné, co M. trápí a vzala jsem si jej k nám do ložnice. Přivinula jej k sobě a M. celý ztuhnul, po chvíli se uvolnil a spokojeně usnul.

Z prvního společně stráveného dne se rýsovaly neodkladné úkoly: a to dát do pořádku chrup, vyléčit rýmu a zajistit chlapcům patřičné oblečení, protože to, které jsme měli pro chlapce nachystané, jim díky jejich extrémní vyhublosti bylo příliš velké. Druhý den jsme tedy strávili návštěvou lékařky, která předepsala další antibiotika, zubařky, která opravila akutní zub a objednala chlapce na další nutné opravy chrupu.

V průběhu prvního týdne, jak se chlapci uvolňovali a jak jsme se více poznávali, se začaly rýsovat další problémy. Chlapci chvíli nevydrželi v klidu a to ani při čtení pohádky nebo jejím sledování v TV (nezvládli ani večerníček). Zklidnit je, se zdálo jako nadlidský úkol. Měli velice malou slovní zásobu, užívali pouze zájmena já a vy. Punčocháče nikdy před tím neviděli, pro všechny druhy kalhot používali společný (asi jediný známý) pojem „tepláky“. Neuměli se sami obléct. Hned první den se poprali o hračky. Nebyli schopni společné hry a oboustranné komunikace. Neuměli vyjádřit vlastní potřeby. Pokud něco chtěli, vzali si to, pokud to bylo dostupné, pokud ne, tak si o to neřekli. Z tohoto pohledu již první den došlo k tomu, že snědli všechny vlastní sladkosti i sladkosti ostatních. Musela jsem tedy uklidňovat situaci nejen mezi M. a P., ale i mezi dvojčaty a našimi biologickými dětmi.

Dále se ukázalo, že M. trpí strachem ze zvířat (malých i velkých) a také, že má sklony afektivně reagovat, pokud má udělat něco, co mu není po vůli. Jeho afektivní výbuchy byly společensky nepřijatelné. M. se vždy rozkřičel, „spadl“ na zem, kopal a bouchal okolo sebe. Také se ukázalo, že používají lež. Nejednalo se o v tomto věku typické fantazie, ale o lež, kterou se snažili zakrývat nepříjemné věci nebo se nepříjemnému vyhýbat. Pokud jsem chtěla znát pravdu, připadala jsem si jako detektiv a stejně jsem si nikdy nebyla jistá, že to co jsem vypátrala je opravdu pravdou. Chlapci

dokázali velice dobře kamuflovat a zametat za sebou stopy. Problémy hoši sváděli jeden na druhého a oba při tom srdceryvně plakali, „*To já ne, to ten druhý.*“

P. pomočování, se ukázalo jako nejsnáze odstranitelný problém. Zdálo se, že tento problém byl pouze otázkou péče v DD. Ačkoli pí. ředitelka trvala na tom, abychom si zároveň s P. převzali i jeho pleny, doma jsme je nikdy neupotřebili. Pouze první tři noci, P. trval na tom, že je pro jistotu chce, ale nikdy se nepomočil. Stačila pouze úprava pitného režimu, probuzení cca 2 hodiny po usnutí a pak v brzkých ranních hodinách. Postupně se situace upravila natolik, že nebylo třeba P. po usnutí budit. Ukázal se ale v tomto směru jiný problém, P. musel jít na záchod, jakmile začal pociťovat potřebu. Domnívám se, že tento problém „slabého močového měchýře“ byl dán jeho celkově horším zdravotním stavem, opakovanými infekty.

V průběhu tohoto období se také ukázalo to, že chlapci nevyhledávají naši pozornost, převážnou část dne, pokud k tomu nevedla naše iniciativa, by byli schopni trávit sami ve svém pokoji. P. celkem pozitivně reagoval na doteky a neodmítal objetí, pohlázení nebo pochování. Naopak M. při každém dotyku ucukl, odmítal jakékoli objetí a v případě, že jsem si jej ve snaze uklidnit jeho záchvaty vzteku posadila na klín, odvrátil hlavu a celý jakoby ztuhnul. Také jsem si povšimla toho, že není schopen pohledu do očí, odvrací zrak, nebo se dívá jakoby skrze nás.

V průběhu tohoto prvního týdne jsme také odhalili jejich rozvojový potenciál a nabyli jsme přesvědčení, že pokud budeme na jeho rozvoji intenzivně pracovat, budou chlapci pravděpodobně schopni nastoupit do běžného vzdělávacího proudu.

V tomto období jsme podali návrh na prodloužení hostinské péče na měsíc a zároveň návrh na předpěstounskou péči. Již v průběhu tohoto prvního týdne jsme s manželem, přes všechny problémy, které bude potřeba řešit, byli přesvědčeni, že si chlapce ponecháme, pokud oni sami neprojeví zájem vrátit se zpět do dětského domova.

6.3 Předškolní období

V průběhu prvního měsíce, jsme postupně začali pracovat na řešení problémů. Objednala jsem chlapce do pedagogicko-psychologické poradny. Protože jsem byla zaměstnaná, bylo také nutno zajistit umístění chlapců v předškolním zařízení. Dále bylo třeba řešit jejich špatný zdravotní stav. Hnisavá rýma se ukazovala být chronickou. Chlapci nebyli schopni vůbec dýchat nosem a během prvního půl roku se opakovaly horečnaté

záněty horných cest dýchacích, které vyžadovaly antibiotickou léčbu, v tomto období ji chlapci (oba) absolvovali sedmkrát.

Vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně, potvrdilo naše domněnky o tom, že chlapci netrpí mentální retardací, což prokázaly testy inteligence. Nicméně nám psychologka sdělila, že chlapci budou mít problém svůj inteligenční potenciál správně využít. Jejich výsledky, že budou kolísavé a spíše horší. Navíc u M., nabyla dojem, že svůj mentální potenciál bude spíše zneužívat a jeho výchova bude velice problematická. Psychologické vyšetření dále poukázalo na velmi nezdravý sourozenecký vztah. Na obrázku rodiny, který namaloval M., jsme byli uprostřed já, manžel a M., zatím co P. byl namalovaný stranou (malinká postavička, v dolním rohu obrázku). Tenkrát jsem sice tušila, že to není v pořádku, ale přesně jsem tomu nerozuměla. V té době to pro mne znamenalo, pracovat na tom, aby si chlapci začali rozumět a dělat tedy vše společně s oběma chlapci. Dnes si to vysvětluji jinak, obrázek mohl znamenat M. touhu mít nás oba jen pro sebe. Správné řešení by tedy bylo zcela opačné a to věnovat více času každému z chlapců odděleně a dopřát jim tyto chvíle naprosté intimity. Dodnes je jejich chování a vystupování diametrálně odlišné pokud jsem s nimi naprosto o samotě. V těchto chvílích odpadá jejich hrubá maska, chlapci jsou milí, otevření a galantní.

Na doporučení psychologky, jsme začali pravidelně spolupracovat se speciální pedagožkou a problém pseudooligofrenie se postupně ukázal jako zvládnutelný. Vyžadoval každodenní práci s chlapci na rozvoji jejich kognitivních schopností. Nemalý podíl na jejich mentálním růstu měla pravděpodobně i úprava prostředí, zajišťující chlapcům daleko více podnětů, než jim bylo v dosavadním životě k dispozici. Učili jsme se prakticky na každém kroku. Objevovali jsme přírodu, pro zvýšení slovní zásoby jsme četli knížky i listovali encyklopediemi. I náprava řečových vad postupovala velice rychlým tempem. Oba chlapci do nástupu do školy zvládli výslovnost všech hlásek. U P. však stále přetrvávaly problémy ve větné stavbě, když se nám snažil něco sdělit, často jsme museli přemýšlet, co nám říká. Věty byly nelogické, P. měl problém najít správný výraz, špatně skloňoval a časoval, měl problém použít správné zájmeno, nepoužíval přídavná jména a spojky. I přesto byl jeho celkový vývoj pozitivní, jeho schopnosti velice rychle vzrůstaly a poměrně brzy dohnal M. téměř ve všech oblastech. V oblasti grafomotoriky M. převyšoval, ruku měl uvolněnou, na tužku netlačil, linie byly souměrné. Naopak M. držel tužku křečovitě, silně tlačil a linie byly markantně nesouměrné.

Velice důležitý byl také rozvoj jejich pozornosti, soustředěnosti a jejich zklidnění, tak aby byli schopni školní práce. Zpočátku to vypadalo jako nezvládnutelný úkol. Když jsme začínali se čtením, nemohla jsem v klidu přečíst ani jedinou větu. Chlapci nebyli schopni zůstat chvíli v klidu sedět ani ležet. Nešlo jen o vrtění, ale v momentě skákali po pokoji a uložit a uklidnit je bylo velice obtížné. Nicméně během měsíce se nám dařilo přečíst i jednu stránku v knížce. Později jsme četli celé pohádky a pak si o nich i povídali. V tréninku soustředěnosti a vytrvalosti nám velice pomohla práce na úkolech, zadaných speciální pedagožkou. Pracovali jsme zejména na rozvoji grafomotoriky, u M. bylo třeba rozvíjet i hrubou motoriku. M. měl problémy s udržením rovnováhy, jeho tělesné pohyby byly nesourodé „plápolal na všechny strany“. Rozvíjeli jsme zrakové, sluchové a prostorové vnímání, krátkodobou i dlouhodobou paměť.

U P. se začal projevovat výtvarný talent. Jeho obrázky byly na velice vysoké úrovni. Postavu dokázal namalovat dokonale, se všemi detaily včetně postavy v pohybu. Jeho talentu si povšimla i učitelka v MŠ a doporučila nám rozvíjení jeho výtvarného nadání v Základní umělecké škole. M. si také rád maloval, ale jeho výtvarný projev byl silně depresivní, spontánně používal pouze černou pastelku a maloval jí jenom hroby a kříže. Pokud měl namalovat obrázek na určité téma, namaloval jej, ale i zde používal pouze tmavé odstíny barev.

Při lednovém zápisu, byl sice ještě u P. doporučován ke zvážení odklad školní docházky, ale když v červnu probíhal ve škole přípravný týden (akce školy pro budoucí prvňáčky zaměřená na jejich seznámení se školou), paní učitelka chlapce chválila za neuvěřitelný pokrok a vyjádřila domněnku, že s chlapci nebudou žádné větší problémy.

Nicméně v domácím prostředí se neustále projevovaly M. afektivní výbuchy, u obou nepozornost, nesoustředěnost a neklid, přetrvávaly lži i drobné krádeže. V prostředí MŠ se však chlapci chovali ukázněně a nebyly na ně žádné stížnosti, kromě jedné, kdy P. velice výstižně namaloval svoji maminku, tak jak ji nejčastěji vídal a jak ji měl uloženou ve své paměti (nahatou).

Co se týkalo vzpomínek na minulost, P. si nic moc nevybavoval, jako by minulost pokrýl závoj mlhy. Říkal, že jenom spal. Jednou když jsme odpočívali, a hladila jsem jej po zádech, mi říkal, že to dělala i maminka. Před M. se ovšem o mamince nesmělo vůbec mluvit. Kdykoli se P. jen zmínil, M. se začal vztekat, začal na P. křičet: „*Bud' zticha, nic neříkej, nemluv o tom.*“

P. mlhavé vzpomínky, jak se ukázalo postupem času, pokrývaly nejen dobu před příchodem do naší rodiny, ale i vzpomínky, na události, které jsme prožívaly společně. P. si nevybavoval, co jsme společně dělali, kde jsme byli na výletě a co jsme společně zažili. Říkal, že si to nepamatuje. Všechny události jakoby jej mýjely a v paměti zůstávaly pouze ty nejsilnější zážitky (většinou bolestné).

Výchovně se zdálo, že s P. budou daleko menší problémy. Jevil se jako povolný a přizpůsobivý. Bylo snadnější jej zklidnit a nemíval afektivní záchvaty, jako M. P. reagoval v případě nějaké nelibosti spíš pláčem než vztekem. Což ovšem neplatilo v případě sourozeneckých rozbrojů, ve kterých byl často právě P. tím agresivnějším. Veškerou vinu vždy svaloval na M. a zpočátku jsme tomu i věřili. Později se však ukázalo, že za problémy stojí právě P., který využívá M. lability a schválně jej provokuje. Tu ho nenápadně dloubl do zad, tam jej kopl a vždy se tvářil jako nevinátko. V případě, že jsme jeho chování odhalili, reagoval pláčem a své chování se snažil zapírat. Jeho chování se však zdálo být zvládnutelné běžnými behaviorálními metodami. Na rozdíl od M., kde tyto metody selhávaly. P. se pravděpodobně naučil poslouchat příkazy a reagovat na ně doslovným splněním. (Později jsem se dozvěděla, že chlapci byli nepřiměřeně, tělesně trestáni za sebemenší nesplnění příkazu nebo nařízení a to i v případě, že např. nedojedli jídlo.) Toto se projevilo například tím, že jsem jednou, (když byli nemocní a potřebovali být alespoň část dne v klidu a nešlo je uklidnit), neprozřetelně řekla, „*Ted' budete minimálně hodinu v posteli a z postele se nehnete.*“ Reakcí na toto nařízení bylo to, že když se P. chtělo na malou stranu, doslovně splnil zákaz opuštění postele a vyčůral se do rohu postele. Když jsem se následně zlobila, vůbec nechápal, co udělal špatně. Nařídila jsem přece, že nesmí z postele. Od té doby jsem si dávala pozor, jaké dávám rozkazy.

Nepřiměřené trestání za nedojedení jídla se projevilo také v tom, že pokud chlapcům něco nechutnalo, nebo nebyly schopni jídlo dojíst, tajně je vyhazovaly do odpadkového koše, kousky masa jsem nacházela také za lavicí u jídelního stolu, kde chlapci sedávali. I když jsem je oba ujistila, že to dělat nemusí, trvalo poměrně dlouho, než se tohoto chování zbavili. Naproti tomu měl M. tendenci „křečkovat“ jakékoli jídlo. Nacházela jsem potraviny všeho druhu schované v M. posteli pod polštářem. Zpočátku jsem nadávala, ale nebylo to nic platné. Později jsem se dozvěděla, že toto chování bývá pro deprivované děti typické. U M. přetrvávalo po dlouhou dobu, protože jsme mu toto chování zakazovali. Vyřešit se podařilo až později, když jsme změnili přístup a povolili M.

nosit jídlo do pokoje. Dohoda zněla tak, že si jídlo může do pokoje přinést, ale musí být na talířku a nesmí s ním do postele.

P. sociální chování se začalo vlivem jeho poslušnosti zlepšovat. Naučil se poslušností vyhýbat trestům. Lhaní a rvaček vyvolaných P. pošťuchováním ubývalo. M. se však tvrdošijně držel (stejně jako P.) svých vzorců chování, které na rozdíl od P. bránily účinku behaviorálních metod. Tak jako by se M. masochisticky vyžíval v tom, že bude za své chování trestaný a jako by si neustále musel potvrzovat to, že on je ten zlý, kterého nikdo nemůže mít rád. Přitom na něm byl jasně patrný strach z trestu, který se snažil přebít tím, že nás popouzel k jeho udělení. Nikdy neprojevil lítost nad svým chováním. Byl vzpurný, urážlivý, nemluvil s námi. Pokud se trest opravdu blížil (stačilo, jej pouze chytit za ruku, ve snaze přimět ho k poslušnosti) začal afektovaně křičet, plácl sebou na zem a svíjel se. (Podobně se choval také v situacích, kdy se honili se starším „bratrem“.) V okamžiku, kdy se k němu přiblížil, M. padl na záda a ruce a nohy zvedl v obranném gestu.) Tím ovšem dosáhl toho, že jsme jej nechali být a řešení jeho neposlušnosti tak uniklo pozornosti. Jeho afektivní chování nešlo zklidnit jinak než, že jsme jej ignorovali. (Marek se trestům naučil vyhýbat takto). V té době jsme ovšem o krutém zacházení a týrání chlapců vůbec nevěděli, proto jsme chování chlapců přikládali jejich temperamentu, u M. jeho ADHD a postupovali jsme při výchově podle metod práce s dětmi s ADHD. Ovšem tyto metody se ukázaly být neúčinné. I když se M. uklidnil, nebylo možné s ním o problémech hovořit. Pokud se nějaký problém vyskytl, M. s námi odmítal komunikovat, vyhýbal se každému kontaktu, díval se na zem a mlčel. Když jsem si jej vzala na klín, otočil se zády, nebo odvrátil hlavu, případně se díval skrze mne, jako bych byla pouhý kus skla. Toto jeho chování na mne působilo velice nepříjemně. Podobně pak působilo i na učitele ve škole. Bylo vysloveně provokativní.

Během prvního roku se podařilo zvládnout i zdravotní stav chlapců natolik, že nemocnost neznamenala závažnější problém se školní docházkou. Řešením se ukázalo odstranění nosních mandlí (které byly zvětšené, stále zanícené a působily jako zdroj neustálé infekce) a léčba zanícených a ucpaných dutin. U P. se však projevilo chronické onemocnění – astma. Do MŠ chodili kvůli nemocnosti velice sporadicky, vždy asi týden v měsíci, zbytek strávili léčbou chronického infektu.

6.4 První stupeň

První dva ročníky školní docházky byly z hlediska chování chlapců ve škole bezproblémové. Paní učitelka byla chápavá, brala ohled na minulost chlapců a jejich chování i temperament dokázala zvládnout bez větších problémů. Nebyly ani větší problémy ve výuce, pouze P. měl obtíže ve čtení v první třídě (důsledek jeho komunikační neobratnosti a malé slovní zásoby). M. naopak v matematice, kde vážla schopnost logického uvažování a schopnost pochopit a vštípit si matematické postupy, projevující se zejména ve slovních úlohách. Problémy měl též v psaní a geometrii – později byla diagnostikována dysgrafie. M. pokud mu něco nešlo, tak to odmítal dělat. Vznikaly tedy problémy při domácí přípravě, dodělávání práce, kterou neudělal ve škole.

P. se začal jevit jako velice pečlivý a ctižádostivý. Snažil se o precizní provedení úkolů, tak důsledně, že to někdy bylo na úkor kvality. Např. při čtení, pokud udělal sebemenší chybu, vracel se zpět, takže jeho čtený projev nedával smysl, byl trhavý, neplynulý. Při psaní se to projevovalo neustálým přepisováním nedokonale napsaných písmen. Školní tašku a pomůcky měl vždy v perfektním pořádku. Jinak byl ale velice nepořádný.

M. byl naopak nepořádný, neustále něco neměl, sešity byly pomačkané, roztržené a pomalované. Školní práci odbýval a nezáleželo mu na tom, jak vypadá. Pokud mu něco nešlo, nebo to nechtěl dělat, vztekal se a odmítal pracovat. To se projevovalo zejména v matematice, která mu od počátku moc nešla. Vždy trvalo velice dlouho, než pochopil matematické postupy a pravidla. „Stávkovat“ vydržel i hodiny. Domácí příprava nám tak zabírala nepřiměřeně dlouhou dobu a všechny silně vyčerpávala. Nicméně úkoly musel splnit a bylo třeba i něco přidat, kvůli tomu aby pochopil a natrénoval. Stávalo se tak, že nám školní příprava (včetně nutných přestávek, kvůli pozornosti) trvala od příchodu ze školy až do večere.

Školní výsledky měli oba chlapci v tomto období výborné, na vysvědčení měli samé jedničky. U M. však byly vykoupené příliš náročnou přípravou. To se projevilo ve vyšších ročnících, kdy učení začalo přibývat a prospěch se postupně zhoršoval. U P. se lepší prospěch držel až do páté třídy.

Zhruba od třetí třídy se začaly vyskytovat i problémy s chováním. Změna třídní učitelky, která byla mladá a málo zkušená znamenala i změnu v chování celé třídy, kde se poznenáhlu začala tvořit skupinka jedinců, která ostrakizovala slabší žáky. U M. se také

projevilo, již výše zmiňované chování. Při sebemenším problému odmítal komunikovat, neuměl se účinně bránit, pokud se mu dělo příkoří, ani ospravedlnit své chování. Děti toho začaly využívat a na M. sváděly, co se dalo. Stejně jako P. dříve, využívaly M. afektivity a schválně jej provokovaly. To vše vedlo k výraznému zhoršení M. psychického stavu. Jeho afektivní záchvaty, nepřetržité lhaní, zapírání a drobné krádeže nás vedli znovu k psychologce. Po psychologickém vyšetření, mi bylo sděleno, že M. jiný nebude a jeho problémy se budou pouze prohlubovat. Své mentální schopnosti bude využívat k tomu, aby dokázal klamat, podvádět a zneužívat veškeré situace ve svůj prospěch. Afekty se budou vyskytovat i nadále, kdykoli mu bude něco proti vůli nebo libosti. Otevřeně nám sdělila, že by bylo nejlepší se s M. rozloučit, protože bude nezvladatelný a odeslala nás na psychiatrii.

Sdělení a doporučení psychologky rozloučit se s M. nám připadalo naprosto nepřijatelné. V té době jsem již M. znala natolik, že jsem byla schopna akceptovat sdělení o jeho problematické výchově, ale nebyla jsem schopna akceptovat to, že bychom M. měli vrátit do ústavní výchovy. Cítila jsem, že by to jeho velice citlivou a zranitelnou duši úplně zničilo. Psychiatr diagnostikoval ADHD a M. dostal léky na zklidnění. Léčba se zdála být účinná, jeho afektivní výbuchy se zmírnily a nebyly tak časté. Přesto se občas vyskytly a to i v případě, že k tomu nebyl z našeho pohledu žádný oprávněný důvod. Stačilo i pouhé moje zvolání: „*Pozor!*“, v momentě kdy se na mne řítit v době, kdy jsem držela hrnec s vařící polévkou, nebo pokud jsem např. chtěla, aby si zavázal tkaničky apod. Zároveň s léčbou jsem také pozorovala určité změny, jakési zpomalení, utlumení, někdy se zdálo, že nás M. ani nevnímá. Jeho reakce nebyly ani s léčbou adekvátní. Reagoval zcela mylně, tehdy kdy by byla na místě určitá afektivní reakce, se zdál být utlumený a afektivní výbuch přišel vždy naprosto neočekávaně. Dále přetrvávalo lhaní, krádeže a podvody a to u obou chlapců.

Psycholožka nám doporučila, nastavit pevné hranice a v ničem M. neulevovat. Nutit M. aby si nesl zodpovědnost za své jednání. Začali jsme se tak pohybovat pouze v zákazech a rozkazech. Intuitivně jsem cítila, že toto není ta správná cesta a že M. potřebuje něco jiného. Vyhledali jsme proto pomoc u organizace Střed z.ú. Paní psychologka Nora Brádková, byla velice milá a na M. působila jako „balzám na nervy“. S její pomocí jsme postupně začali problémy zvládat. Více jsme chápali M. potřeby a postupně jsme začali nastavovat hranice. M. jsme odměňovali za všechno, co se mu podařilo. Situace se opět uklidnila a M. byl zase milý a usměvavý chlapec. S paní

psycholožkou jsme také řešili neustálé rozbroje, hádky a rvačky mezi oběma chlapci. Bohužel pouze s malým výsledkem. V tomto směru velice tvrdošíjně odolávali.

Tento stav trval až do páté třídy, kdy se opět změnila třídní učitelka a šikana ve třídě vypukla naplno. Opět jsme začali vnímat M. zvýšené psychické napětí. Oficiálních stížností nebylo mnoho. Pokud ano byly to poznámky typu, že M. vyrušuje. Když jsem se jej ptala, co dělal, říkal, že se bránil, protože jej spolužáci obtěžovali. Např. po něm házeli v hodině posmrkané kapesníky a M. je okřikl. Stížnosti tohoto typu přibývaly. Třídní učitelka, která se mylně domnívala, že M. matematika baví, jej osočila z toho, že schválně pokazil ročníkové testy, aby zkazil průměr celé třídy. Paní učitelka neměla ani tušení, jaké úsilí stojí za M. výsledky v matematice a že příklady, které nemá dopředu pečlivě probrané a procvičené, neovládne vyřešit. Vždy jsme byli o něco napřed, tak aby M. ve škole stíhal.

Psychický stav M. se postupně zhoršil natolik, že již nebyl schopen situaci ustát, docházelo opět k silným afektivním výbuchům. M. problémy odmítal řešit, nebo se o nich vůbec bavit. Začal před nimi utíkat. Různě se schovával, chodil pozdě ze školy. Při jednom incidentu, dokonce utekl z domu a museli jsme jej nechat hledat policií. Tím se také zhoršovala situace i doma. M. se začal propadat do depresivních stavů. Deprese střídala afekty a afekty depresi. Byl to začarovaný kruh. V afektech nám M. nadával a vyhrožoval, chtěl zpátky do Dětského domova. Křičel na nás, že jsme zlí. V depresivních stavech uvažoval o vlastní smrti, o vlastní nicotě. Bylo to pro nás hrozné. Když slyšíte takto malé dítě uvažovat tímto způsobem. Vyvolávalo to v nás veliké obavy a stav napětí se s každým M. opožděním ze školy velice stupňoval a to zejména v případech, kdy ani telefonicky dostižitelný.

Několikrát jsem prosila, pí. učitelku, aby mi dala vědět, pokud bude ve škole nějaký problém, ovšem marně. Chtěli jsme vyhledat opětovně pomoc paní psycholožky Brádkové, ale bohužel byla na mateřské dovolené. Situace vyvrcholila tím, že byl M. ve škole surově zbit spolužákem. Na apelování kamarádů, že se musí bránit a nahlásit to třídní učitelce se M. poprvé v životě rozhodl situaci řešit. Nicméně třídní učitelkou mu bylo sděleno, že si za situaci může sám a že nemá žalovat. M. se přesto snažil situaci objasnit a obhájit se. Paní učitelka mu řekla: „*Jestli s tím chceš dál pokračovat, taky můžeš dostat poznámku.*“ M. opětovně nepřišel ze školy, od P. jsem věděla, co se událo v šatně, ale nevěděl, že se M. snaží situaci ve škole řešit. Volala jsem paní učitelce, ale nedovolala jsem se. M. telefon také nebral. Přijel ovšem dalším autobusem. O incidentu se odmítal bavit, byl

silně depresivní. Večer, když se převlékal do postele, jsem si všimla modřin, které měl M. po celé pravé straně těla. M. se o situaci odmítal bavit celý týden. Teprve po té jsem od něj zjistila, co se stalo. Pravdivost informací jsem si ověřila od M. spolužáků a chtěla jsem si ji ověřit i od paní učitelky. Rozhodla jsem se upozornit na to, co se ve třídě děje. Na to, že je M. spolužáky neustále provokován a šikanován a také na to, že když se rozhodne obhájit, je paní učitelkou odmítnut.

Věděla jsem, ale že budou problémy. Se školou jsem již měla své zkušenosti, věděla jsem, jak se škola staví k šikaně. Šikanu si zde zažili i obě starší děti, jenže ty si s ní uměly poradit, stejně tak i P., který se spíše klonil k těm šikanujícím, přijal třídní normu a M. se nikdy nezastal. Toto jeho chování jsem začala pozorovat i v domácím prostředí, kdy opětovně M. provokoval a nadával mu. V té době nebyly výjimkou ani noční scény, byly schopní se poprat i tehdy. Poměry ve škole silně kritizoval i starší syn, který již navštěvoval učiliště. Sám často v průběhu docházky chránil šikanované spolužáky. Paní učitelka šikanu rezolutně odmítla. Řekla, že si M. vymýšlí, sám vyprovokovává rvačky, je nezvladatelný a neustále lže, ačkoli v tomto smyslu nikdy na M. stížnosti ze strany školy nebyly. M. v té době již nelhal ani doma. Rozhodla jsem se řešit situaci s ředitelem školy, ale tam jsem dopadla úplně stejně.

Situace se ještě více zhoršila a M. se dostával do čím dál větší deprese. Hodiny strávil houpáním těla dopředu a dozadu na židli, nebo boucháním míčku o zeď. Nekomunikoval, neusmíval se, byl neustále podrážděný. Nevěděla jsem, co mám dělat. Začala jsem přemýšlet o změně školy, protože zde řešení neexistovalo a představa, že to takto půjde dál, mne děsila. Školní prospěch se neustále zhoršoval, M. nechtěl nic dělat, odmítal chodit do školy, jet se třídou na výlet. Hledala jsem školu, kam bych mohla oba přemístit. M. kvůli tomu, že je šikanován a P. kvůli tomu, že toto prostředí působilo negativně ve smyslu rozvoje šikany a zhoršení jeho chování vůči M. (Patrikovo chování na rozdíl od M., bylo paní učitelkou schvalováno.) Chlapce přijala ZŠ Bartušková s tím, že M. nastoupí kvůli potřebě většího klidu a dysgrafickým obtížím do třídy určené pro děti s poruchami učení a P. do sportovní třídy, ve které se uplatnil jeho temperament a on sportem uvolnil přebytečnou energii.

Oba chlapci zpočátku přechod na jinou školu radikálně odmítali. M. se bál, že se situace bude opakovat, že to nikde nebude lepší. P. přechod odmítal kvůli kamarádům. S P. jsem o tom odmítla diskutovat, jeho chování bylo čím dál tím horší. M. jsem se

naopak snažila uklidnit, slíbila jsem mu, že na výlet nemusí, pokud nechce a všemožně jsem se jej snažila dostat z deprese. V tomto období jsem se mu věnovala daleko více než P., trávili jsme spolu čas běháním, které M. zklidňovalo. M. se postupně stabilizoval, byl rád, že s koncem školního roku skončí jeho trápení, těšil se na prázdniny. Obavy z nového prostředí však nadále přetrvávaly. Pro M. byla obtížná jakákoli změna prostředí i kolektivu. Báł se i tehdy, když měl jet na tábor, ale nakonec se mu tam vždy líbilo. V průběhu prázdnin se M. zcela uklidnil, byl opět komunikativní a veselý.

Co se týče ostatních problémů, začaly se prohlubovat drobné krádeže, které z počátku byly zejména za účelem shromáždování věcí, které pro chlapce neměly praktický význam, nebo se jednalo o krádeže sladkostí sourozencům. Postupně mizelo ono shromáždování nesmyslných věcí a začaly drobné krádeže peněz. Peníze kradli oba bratři společně. Pokud si vzal z peněženky jeden, vzal si i druhý. Behaviorálními metodami se nám tyto problémy podařilo vyřešit u P. velice záhy. Pochopil, že pokud si chce něco koupit, může si o peníze říct. Problém zůstal u M., který si říct nedokázal. Pokud byly peníze na dosah, vzal si. Podobné problémy byly i s nákupem počítačových programů na hry on-line. Účty za telefony se začaly šplhat neúměrně vysoko. Chlapci dobýjeli z našich telefonů počítačové účty i svým kamarádům. Museli jsme to řešit zablokováním služby. Bylo to v období, kdy byl M. ve škole šikanován a děti si na něm dobíjení vymáhaly. M. ovšem doma nic neřekl, vše jsme se dozvěděli až později.

S M. problémy jsme se obrátili o pomoc na organizaci Střed z.ú.. Marek byl zapojen do programu PětP. Byla mu přidělena dobrovolnice, se kterou mohl řešit své problémy mimo rodinu. Měli se scházet každý týden. Spolupráce však nefungovala, dobrovolnice se často omlouvala a na schůzky se nedostavovala. Spolupráce proto byla ukončena.

S chlapci jsem se po celý první stupeň do školy denně připravovala, ale poslední ročníky si již aktovky chystali sami. Zde se začala projevat M. neschopnost nachystat si denně všechny věci, téměř denně něco zapomněl doma. P. na tom byl o něco lépe, a aby nezapomínal, nosil v aktovce denně vše. Postupně jak pomůcek přibývalo, se naučil chystat se podle rozvrhu. M. to nikdy nezvládl, i když jsme zkoušeli všechny možné metody. Namátkově jsem aktovky kontrolovala, ale postupně jsem se snažila přenést odpovědnost na chlapce samé. Stejně tak jsem se snažila na ně přenést i odpovědnost za domácí přípravu, ke konci páté třídy jsem pouze kontrolovala, případně vysvětlovala

a zkoušela. U M. jsme se společně připravovali zejména v matematice. U P. se projeví problémy v jazycích, přetrvávaly problémy ve čtení a porozumění čtenému textu. Obtíže se tak přenášely i do předmětů, kde se bylo třeba učit podle textů (přírodopis, zeměpis a zejména dějepis). Problém byl i v jeho střednědobé paměti. Doma uměl a ve škole již nikoli. M. měl naopak problém se zapamatováním, ale to co se jednou naučil, si již dále pamatoval.

Oba chlapci si postupně začali vytvářet vrstevnické vztahy. Měli kamarády jak v místě bydliště, tak ve škole. Společné kamarády našli též mezi dětmi z pěstounských rodin na společných setkáních a na táborech pořádaných organizací Střed z.ú. Sourozenecké vztahy byly ovšem na bodu mrazu. Chlapci spolu komunikovali pouze hádkami a rvačkami, nespolupracovali ani si vzájemně nepomáhali. Snažili se o to, aby spolu trávili co nejméně času. Odmítali společné činnosti, výlety atd. Pokud něco bylo nutné dělat společně, byl to naprosto zkažený čas. Neustále se hádali, provokovali a nadávali si. Společný výlet tak často končil tím, že jsme byli otráveni všichni. Stále častěji se tak stávalo, že s námi jel nebo šel pouze jeden a druhý zůstával (na vlastní žádost) doma nebo jej hlídala dcera. Věděli jsme, že nutit je aby byly spolu je zcela zbytečné a kontraproduktivní, proto jsme od toho upustili a vyhověli jejich žádosti.

Celkově bylo toto období poměrně náročné, když se situace o prázdninách v páté třídě zklidnila, (společnou letní dovolenou jsme kupodivu přestáli bez větších rozbrojů a ve vzájemné pohodě), byl to pro všechny po delším období balzám na nervy.

Pozitivně v tomto období působil zejména vnuk, který byl mezi oběma bratry jakousi spojnicí. Pokud byl s námi, vzájemná nevraživost bratrů se vytrácela a jejich pozornost se zaměřovala na vnuka. M. o něj pečoval, stále jej ochraňoval a dával pozor, aby se mu něco nestalo a P., který byl více dětský si s vnukem hrál. V jeho přítomnosti vládla pohodová atmosféra. Je velice pravděpodobné, že příchod vnuka v chlapcích vyvolal vzpomínky na to, jak pečovali o svoji malou sestru. K malému se oba chovali velice přívětivě. M. byl tak ochranný, že jsem mu mohla kdykoli, když jsem potřebovala na chvíli odejít na dvůr obstarat práci, svěřit vnuka na hlídání a byla jsem si jistá, že se nestane nějaká nehoda.

Potíže přetrvávaly ve schopnosti vyjadřovat své potřeby, přání nebo pocity. Libost či nelibost šla rozpoznat pouze podle změny nálady. Často jsme ovšem nevěděli, co konkrétně tuto změnu nálady způsobilo. M. nadále na jakoukoli výtku reagoval negativně

formou afektu. Pochvalu přijímal rozpačitě, nebo ji nepřijímal vůbec. Proto se motivace formou pochvaly ukazovala být nedostačující. M. více méně pozitivně reagoval na materiální odměnu, nebo jakoukoli výhodu. P. nadále projevoval při výtce lítost a snažil se o nápravu, nebo alespoň svoje negativní projevy skrývat, tak aby při nich nebyl přistižen (nadále se vyhýbal trestu a tím i odpovědnosti za své nevhodné chování). Rvačky se tak stále více udávali v naší nepřítomnosti. M. své reakce nedokázal takto ovládat, pokud vybuchl, bylo mu jedno, zda to někdo vidí nebo ne i za cenu potrestání. Trest však odmítal přijmout, na rozdíl od P. Zákazy nedodržoval a pravidla porušoval. Nebyl schopen se udržet v nastavených hranicích ani dodržet slib.

M. si vše bral příliš osobně a to i tehdy pokud se jednalo v obecné rovině. Např. když jsem řekla, že mají v pokoji nepořádek, M. si to vyložil osobně – slyšel: „*M. jsi nepořádný, uklid' pokoj.*“ Takto to vnímal, i když nepořádek nebyl jeho, ale P. Každé kriticky vyřčené slovo vztahoval na sebe. Sám sebe vnímal velice negativně. Pochvaly zpochybňoval. P. oproti tomu, sám sebe hodnotil velice pozitivně a to i v případě, že nejednal správně. Pokud jsme se jeho vysokého sebehodnocení dotkli, reagoval pláčem. P. sebehodnocení dále zvyšovala školní úspěšnost, oproti M., u kterého neustálé výtky ze strany učitelů, „špatné“ známky (horší než P.) jeho sebehodnocení dále snižovaly.

P. pozitivně motivoval úspěch. M. nemotivovalo, kromě materiální odměny nic. Pokud něco nechtěl dělat, nebylo síly, která by jej k tomu přiměla. Jeho výkony v neoblíbených předmětech proto stále klesaly.

V tomto období se postupně také u M. začala projevovat opozice vůči nám. Pokud jsme museli zasáhnout do jeho práv a výsad, zavést jakékoli omezení, nebo trvali na splnění rozkazu či zákazu, M. na nás křičel, že nejsme jeho rodiče, že mu nemáme co poroučet a že nás nebude poslouchat. Vždycky jsem se snažila mu vysvětlit, že i když nejsem jeho máma, že jej mám ráda, tak jako by byl můj vlastní syn, že za něj mám zodpovědnost a že to co dělám, je právě proto, že jej mám ráda a nechci, aby měl problémy. To však nikdy nepomohlo. M. začal vždy křičet, že chce od nás pryč. Postupně toto jeho chování začal v podobných situacích přebírat i P.

Tak se v tomto období střídaly fáze klidu a míru a fáze, kdy M. propadal afektům a depresím a vždy zároveň s touto fází se zhoršilo i P. chování. Když jsem se nedávno s P. bavila o tomto období a o jeho nevraživém chování k M., říkal, že má M. rád, ale že nikdy nesnášel napětí, které okolo sebe M. svým chováním šířil, proto se k němu choval tak

ošklivě. M. chování a celková atmosféra, která tak vznikala, P. připomínala hádky mezi jeho matkou a otcem, které často končili násilím, které se týkalo i jich. Oba chlapci vždy negativně reagovali na jakoukoli výměnu názorů mezi kýmkoli, byť se nejednalo o hádku, ale o řešení nějakého problému. Negativně reagovali na jakoukoli změnu tónu hlasu, nebo jeho hlasitosti. M. říkal, že na něj pořád řvu, i když jsem šeptala. Byl velice citlivý i na změnu výrazu tváře a očí ačkoli oční kontakt navazoval velice zřídka, vždy zaregistroval tuto změnu. V mladším věku, kdykoli se ocitl v cizím prostředí, kde zůstal mimo bezprostřední kontakt, ale na dohled, mne nepřetržitě sledoval a pomocí mimiky a očních pohybů jsme spolu byli schopni komunikovat. Ke schválení stačilo mrknout, k neschválení otočit oči v sloup. M., nás neustále sledoval a sledoval i naše reakce. K afektivnímu výbuchu, tak stačila pouhá nepozornost v mimice. I když jsme se problematické chování snažili řešit tak jak jsme uměli nejlépe, sami i s pomocí druhých, stále zde bylo něco, co nás vracelo znovu na začátek. Byl to běh v kruhu. Vždycky, když jsme nabyli dojmu, že vše funguje tak jak má, něco nebo někdo nás vrátil na začátek s tím, že negativní stav vždy byl o něco horší a doba rekonvalescence delší.

Po dosavadních zkušenostech byly i v období klidu stále přítomné obavy z nového zhoršení situace. Každá změna situace nebo prostředí znamenala pro M. velkou zátěž, zvyšovala jeho napětí. Jakákoli připomínka minulých nepříjemných událostí v něm vyvolávala afekt. M. nesnášel jakoukoli změnu. Na přicházející návštěvy reagoval negativně a utíkal do svého pokoje. Na výlety v pozdějším věku odmítal jezdit, v mladším věku na ně reagoval nepřiměřeným napětím. V první třídě jej moje matka vzala na dětmi velice oblíbený předvánoční výlet do Hrusic za kocourem Mikešem. P. nemohl jet, kvůli svému slabému močovému měchýři (nezvládl by zájezd). M. byl prý celý den velice napjatý, uklidnil se až při cestě domů, kdy pokojně v autobuse usnul. Stejně negativně reagoval na každou změnu v rodinném pořádku, na změnu mé pracovní doby, případně práce, pokud jsem musela někam odjet a nebyla jsem okamžitě dostupná. Tato jeho tendence mít mne neustále pod kontrolou přetrvává do dnes. M. se přijde podívat, kde jsem a co dělám několikrát za den. Když jsem se minulý rok na víkendovém semináři večer zapovídala s kolegou pěstounem a nepřišla v určenou dobu do salónku, M. mne hledal. Paradoxně pokud jsme projevíli náklonnost a vyjádřili radost nad tím, že jej máme a říkali mu, že jej máme rádi, pokusili se o jakýkoli kontakt, M. vše odmítal. Sám nedokázal dát najevo jakoukoli náklonnost, nedokázal popřát k narozeninám nebo popřát dobré ráno, dobrou noc atd. Vždy jakoby se snažil zabránit tomu, aby mu bylo dobře. Bránil se

blízkému kontaktu. Toto jeho chování, nám všem bránilo ve vytvoření pevných vazeb – M. se je snažil ničit, zabránit každému pokusu o sblížení, tak jakoby se vyžíval ve své samotě a bolesti. P. toto naše úsilí přijímal, ale neopětoval. Podobně jako M. nedokázal vyjádřit jakýkoli cit.

6.5 Druhý stupeň (nástup puberty)

Přechod na novou školu se ukázal jako pozitivní zejména u M.. Pedagogický sbor M. chválil, pan učitel matematiky o něm říkal, že je třídní sluníčko. M. depresivní nálady a afekty naprosto vymizely. Školní prospěch se výrazně zlepšil, výsledkem bylo vyznamenání. M. opravdu jen zářil.

Pro P. byl přechod náročnější, pedagogický sbor i spolužáci negativně přijímali jeho způsoby chování, které si přinesl z předešlé školy a P. se musel přizpůsobit novým poměrům. Ale zvykl si a našel zde kamaráda „na život a na smrt“. Jsou spolu jako rodní bratři, spolu vykonávají volnočasové aktivity a spolu se také hlásí na stejné učiliště a stejný učební obor.

I M. si našel v průběhu šesté třídy kamarády. Ovšem tito kamarádi, jak se ukázalo již v průběhu prázdnin, odpovídali M. sebehodnocení a byli tím, co M. vrátilo opět na začátek. M. neunesl pro něj netypickou situaci uznávaného a pozitivně přijímaného člověka. Tento přístup okolí byl pro Marka cizí, neznámý a ohrožoval jeho identitu, zavazoval a kladl na něj určité požadavky, které byly nové a neznámé. Oproti tomu, zde působili asociálně se chovající a negativně posuzovaní spolužáci, jejichž sebevnímání korespondovalo s M. a říkalo: „*M. sem, patříš, oni jsou stejní jako ty.*“ M. najednou nevěděl kým je, potřeboval si potvrdit a ověřit zda je opravdu ten dobrý nebo ten špatný. Potřeboval sám sobě dokázat svoji hodnotu.

Ke konci školního roku, tak jak se jejich kamarádství prohlubovalo, se začaly objevovat problémy. Zjistili jsme, že M. kouří. Začaly se ztrácet čím dál větší částky peněz, za které M. kupoval cigarety sobě a kamarádům. Opětovně začalo docházet k pozdním návratům ze školy. Nebo odpoledne odcházel za kamarády, na čemž by nebylo nic špatného, kdyby se nejednalo o takovouto partu. Někteří jedinci v partě měli již v té době oplétačky s policií a nařízeného kurátora pro děti a mládež. M. nám o kamarádech lhal. O prázdninách styk s partou nabyl ještě větší intenzity. Zjistili jsme, že nám M. lže a začali pátrat, kam M. chodí. Ze sociální sítě jsme se dozvěděli o partě, se kterou se M.

stýká i to, že po něm jeden chlapec vyžaduje, aby jim nosil cigarety a zároveň jej sváděl ke kouření marihuany.

M. bylo uděleno domácí vězení dle dohodnutých pravidel. Které ovšem porušil hned druhý den, když jsme navečer odjeli za přáteli na oslavu narozenin. M. s námi odmítal jet. Zůstal tedy doma. Jakmile jsme však odjeli, přijela k nám dcera a zjistila, že M. není doma. M. se slavnostně přihnal ve 22.00. Jakmile zjistil, že jsme již doma, jeho nálada přešla v afekt, protože věděl, že mu to neprojde. Na otázku kde byl, odsekl, že nás to nemusí zajímat. Že nejsme jeho rodiče a máme mu dát pokoj. Důrazně jsme se proti tomu ohradili, řekli jsme, že měl domácí vězení a tímto jeho činem se mu prodlužuje do konce prázdnin (na 14 dnů). M. afektivně vybuchl, začal mlátit věcmi a řvát sprostě na všechny okolo. Jeho chování jsme nepoznávali. Takový afekt se u něj ještě neprojevil. M. vyhrožoval, že uteče. Zamkli jsme dveře, ale utekl oknem synova pokoje v momentě, kdy šel syn na záchod. Hledali jsme jej do dvou do rána.

M. s námi týden nepromluvil. Pak se uklidnil a vše se zdálo opět v pořádku. První měsíc ve škole se choval zcela normálně. Plnil si své povinnosti, domů chodil řádně. Snažili jsme se o naplnění jeho volného času tak, aby poznal jiné kamarády a přihlásili jej do Skauta. M. tam naoko chodil. Když jsem jej tam dovezla, vešel do budovy a v momentě když jsem odešla, zmizel. Na konci setkání, jsem na něj vždy čekala na parkovišti a on opět přišel ulicí od Skauta. Vždy mi vyprávěl, co ve Skautu dělali. Vše se zdálo být v naprostém pořádku. Až jsem jednou viděla jejich Skautskou družinu procházet okolo parkoviště do klubovny a M. tam nebyl. Po chvíli se slavnostně přihnul ze Skauta a líčil, co vše dělali. Okamžitě jsem ho s jeho lží konfrontovala. M. se opět začal vztekat. Místo setkání ve Skautu si dával dvakrát týdně dostaveníčko se svojí partou a ještě se nechal ode mne vozit tam a zpět.

Školní výsledky šly prudce dolů, M. neplnil své školní povinnosti, nenosil pomůcky, ve škole nepracoval. Během dvou měsíců dosáhl na ředitelskou důtku a hrozila mu dvojka z chování za naplnění povinností. M. afektivita se neustále stupňovala a přecházela do agresivních výpadů. Hledali jsme pomoc u psychologa. M. ovšem s psychologem manipuloval tak, jak sám potřeboval, intenzivně lhal, sliboval, ale nic nesplnil. Nepomáhaly zákazy ani nařízení, pozitivní motivaci zneužíval. Krádeže se stupňovaly, ztrácelo se čím dál tím více peněz. M. chodil ze školy pozdě večer, nezvedal telefony, jeho nálada byla den ode dne podrážděnější. Nevěděli jsme si se situací rady

a obrátili se tedy na klíčového pracovníka NRP na Středu. Pracovnice začala s M. komunikovat a snažila se přivést ho k rozumu, ale ve výsledku si M. stejně dělal, co chtěl. Jediným přínosem této spolupráce bylo to, že působila jako prostředník v komunikaci mezi M. a námi. S námi již odmítal jakkoli komunikovat. Pokud M. nepřišel domů a telefon nezvedal ani v pozdních odpoledních hodinách, kdy už měl být dávno doma. Byla spolupráce s klíčovou pracovnící jedinou možností jak M. donutit přijít domů. Klíčové pracovníci vždy telefon zvedl. Pokud odmítal přijít domů, alespoň jí sdělil, kde se nachází a klíčová pracovnice předala zprávu nám.

Vzájemná komunikace byla čím dál obtížnější. M. se začal chovat agresivně i ve škole. Bezdůvodně zaútočil na spolužáka, pouze proto, že se na něj usmál. Naše trpělivost byla u konce. Sami jsme s M. nedokázali nic udělat. On s námi odmítal komunikovat a naše snaha a síla byla také u konce. Obrátila jsem se na OSPOD, M. situaci jsme začali řešit s kurátorem pro děti a mládež. M. s ním ovšem odmítal komunikovat. Kurátor mu nařídil určitá omezení, ty ale M. nedodržel.

5. prosince byla M. udělena ředitelská důtka za neplnění povinností, tuto nám ovšem zapřel a nechal se dle naší předchozí domluvy odvést na Mikulášskou oslavu, která se konala v Třebíči na náměstí, tak aby se mohl setkat s kamarády (měl povolenou hodinu s tím, že náměstí neopustí). Druhý den mi volala švagrová, která se od syna, který chodil do jiné třídy, dozvěděla o M. napadení spolužáka. Volala jsem paní třídní učitelce a domluvila si s ní schůzku. M. situaci jsme spolu probraly, důtka nebyla udělena za incident, ale za předchozí neplnění povinností. Zároveň s ní dostal M. poznámku za incident a při jediném nesplnění školních povinností již hrozila snížená známka z chování.

Na M. jsem počkala před školou. Donutila jsem jej nastoupit do auta (asi nechtěl dělat scény před spolužáky). Již v autě mi sprostě nadával, vyhrožoval s tím, že nám stejně uteče, že nás má všech až po krk a že s námi nebude již ani minutu. M. jsem násilím dotlačila domů, zavřela jsem jej do pokoje a sebrala mu bundu a boty, tak aby nemohl utéct. M. ovšem dostal tak silný afekt, že vzal do ruky nůž a začal nás napadat.

Nevím, kde se ve mně vzalo tolik síly, ale zachovala jsem naprostý klid. Tento klid ovšem M. vyprovokoval k tomu, že se nožem demonstrativně pořezal na zápěstí. Tímto sebeпоškozením se M. částečně zklidnil. Měli jsme ovšem již strach z toho co by ještě mohlo následovat dál. Obrátili jsme se na pohotovost dětského oddělení v Třebíčské nemocnici. Jeho poranění nebylo třeba ošetřovat, protože se jednalo o pouhé škrábance.

Měli jsme ovšem podezření (kvůli velkému zhoršení M. psychického stavu) na užívání drog. A také obavy z jeho afektů a z toho, že by mohl někomu nebo sobě ublížit. Nemocnice nás odeslala na dětské psychiatrické oddělení v Brně Bohunicích. M. jsme tam odvezli. Na oddělení strávil 14 dnů. Byly mu zesíleny léky na ADHD a antidepresiva. M. se na oddělení poměrně zklidnil, ale stále nekomunikoval. Během této doby jsme situaci probraly s klíčovou pracovnící NRP, s pracovnící OSPOD a kurátorem a rozhodly o tom, že po návratu z psychiatrického oddělení, dáme M. šanci na nápravu tím, že půjde na dobrovolný dvouměsíční pobyt do SVP Help me v Brně. Byla to jediná přijatelná možnost jak tuto situaci řešit. M. měl nástup hned počátkem ledna. Zároveň jsem projednala situaci ve škole, zajistila potřebné učivo na dobu M. nepřítomnosti a zaplatila rozbitou skleněnou skříňku, kterou M. prohodil spolužáka.

Po jeho návratu z nemocnice jsme se opětovně sešli ve stejném složení i s M. a společně jsme situaci probrali a předložili M. navrhované řešení. M. s tímto řešením souhlasil. Slíbil, že v době do nástupu do SVP se bude chovat dle sjednaných pravidel (nebude se stýkat s partou). M. bylo tímto řešením umožněno na čas opustit domácí prostředí. Napětí, které mezi námi vzniklo, bylo neúnosné jak pro nás, tak pro M.. Testy na užívání drog naše podezření nepotvrdily. Pro všechny to byla veliká úleva. M. dokázal odolat nabízené možnosti (možná i díky vlastní zkušenosti s drogově závislou matkou). Bylo vidět, že je dostatečně silný, na to aby určité věci zvládl. M. je velice citlivý a inteligentní. V momentě, kdy se dostatečně zklidnil na to, aby mohl nahlížet na situaci, si sám uvědomil, že se dostal na scestí a proto se možnosti pobytu v SVP nijak nebránil a vzal ji jako novou šanci dát vše do pořádku.

M. pobytem v SVP výrazně dozrál, pochopil, co vůbec chce, ujasnil si své potřeby a naučil se je sdělovat. My jsme se zase naučili lépe jeho potřeby vnímat, akceptovat jeho reakce. Společně jsme si nastavili hranice, tak aby byly přijatelné pro obě strany. Naučili jsme se jak reagovat na M. potřebu neřešit věci v momentě, kdy je řešit nechce. Naučili jsme se vyčkávat na vhodnou chvíli. Zároveň jsme se dohodli na tom, že nám M. sdělí, pokud mu bude situace nepříjemná a do doby než se to řádně naučí, že má právo utéct. Musí sdělit, kde se bude pohybovat, mít u sebe telefon, být na signále a v případě, že mu budeme telefonovat, tak jej zvednout a komunikovat s námi.

M. si svůj dvouměsíční pobyt na vlastní žádost prodloužil ještě o jeden měsíc. Prodloužení zdůvodnil obavou z toho, zda by dokázal situaci dobře zvládnout a z toho aby

se stav znovu neopakoval. Vychovatelé, psychologka i etopedka M. velice chválili a měl ve svém rozhodnutí jejich plnou podporu.

M. chování od návratu ze SVP se výrazně zlepšilo. Snažil se dodržovat dohodnutá pravidla, od doby jeho návratu nám již nikdy sprostě nenadával. Naučil se vyjadřovat své pocity, pokud mu není něco příjemného je schopen nám to sdělit a my se podle toho můžeme chovat. Své možnosti útěku využil pouze dvakrát. Vždy jsem mu přinesla večeři, příkrývku, léky a pití, počkala jsem, až se nají a v obou případech jsme domů odcházeli společně. Atmosféra se zklidnila, byla příjemná. M. doma pomáhal. Jediný problém, který přetrvával, byly krádeže peněz, které se snad staly M. adrenalinovou disciplínou. Touha přelstít, chytit nás při nepozornosti.

M. si z počátku zachoval původní kamarády, ale vynechal styk s nejproblémovějším chlapcem. Postupně se začal čím dál více setkávat s naším synem a jeho kamarády. Tyto vazby M. velmi posílily sebehodnocení, to že jej mezi sebe přijali jako rovnocenného hoši o pět let starší než on, znamenalo pro M. důkaz vlastní hodnoty. Postupně se s bývalými kamarády stýkal čím dál tím méně. Tím, že se držel se staršími, hodně se od nich naučil a značně dospěl. Tito chlapci nám velice pomáhali, pokud jsme na M. nemohli působit přímo. To co by M. nepřijal od nás, přijal zprostředkovaně od kamarádů. Zde bych ráda vyzdvihla pozitivní spolupráci chlapců a ochotu podílet se na M. výchově. Tato parta působí na M. pozitivně po všech stránkách. M. cítí jistotu, bezpečí i vlastní hodnotu ve vztahu s vrstevníky a zároveň se prohlubuje i komunikace s námi. Často posedíme všichni společně v družném rozhovoru a M. tak vidí, že i s námi se dá povídat o záležitostech týkajících se jejich generace.

Pobytem v SVP se silně posílily i naše vzájemné vztahy. M. získal pocit bezpečí a jistoty. Tím že jsme mu dali tuto šanci k nápravě, poskytli jsme mu důkaz o tom, že jej přijímáme takového jaký je a že jej neopustíme ať se děje, co se děje.

Zároveň jsme se s pomocí paní psychologky ze SVP naučili řešit i situace, kdy nás chlapci nechtěli poslechnout s tím, že nejsme jejich rodiče. Vždy jsme se jim to snažili vysvětlit, přitom řešení, které nám poradila paní psychologka, bylo velice jednoduché. Na útok „*Ty mi neporoučej, nejseš moje matka.*“ stačilo jedno jediné slovo „*Jsem.*“ U obou chlapců jsem je použila pouze jednou a ihned odešla z pokoje, tak aby se nemohla rozvinout diskuze. Nikdy víckrát jsem tato slova neslyšela. Ujistění, že jsem, bylo to, co potřebovali slyšet.

Po návratu ze SVP měl M. spoustu problémů s dohnáním zameškané látky. Hrozilo, že propadne minimálně ze dvou předmětů. Musela jsem ve škole hodně intervenovat a dohodnout M. nové šance k opravě známek. Problémy byly zejména ve fyzice, kde na písemnou práci z látky, probírané v době jeho nepřítomnosti dostal tři pětky. Nakonec jsem se s paní učitelkou domluvila na tom, že se M. naučí odpovědi na otázky zpaměti. M. se naučil a dostal jedničku. Ostatní písemné práce již byly v pořádku. Dnes je fyzika M. nejoblíbenějším předmětem a má z ní výbornou. Obdobný problém byl i v přírodopisu, se kterým zápasí dodnes. Tam byla pětka na konci školního roku opravdu na spadnutí. Domluvila jsem s panem učitelem poslední šanci na přezkoušení i látku, ze které bude zkoušen. Večer, když jsem M. zkoušela, jsem zjistila, že opět nic neumí. Ráno jsem přemýšlela, co mám dělat, aby nepropadl. Pětka na vysvědčení a reparát o prázdninách by mohl M. opětovně vrátit na počátek. Ráno jsem musela na hodinu do práce. Vzbudila jsem tedy M. a řekla mu: „*Máš hodinu na to naučit se. Jedu do práce, za hodinu se vrátím, přezkouším tě a odvezu do školy.*“ M. se za tu hodinu naučil a na vysvědčení jsme měli vítězně čtyřku. Domnívám se, že i tato zkušenost přispěla k většímu pocitu bezpečí a jistoty. Dostal další důkaz o tom, že nám na něm opravdu záleží a že jej podržíme. Obdobná situace nastala i v osmé třídě a to v matematice. Zde nám pomohla materiální motivace, kdy za slíbení splnění tajného přání M. nakonec dostal z matematiky čtyřku, i když ještě měsíc před koncem školního roku hrozila pětka. Jeho přání bylo tajné a k jeho vyslovení došlo až po dosažení požadovaného výsledku. Přáním byla skákačí koloběžka. Přání jsme samozřejmě splnili, i když jsme očekávali, že to dopadne stejně jako s kolem nebo s normální koloběžkou. Že za chvíli bude ležet někde pohozená v koutě nebo bude rozbitá, případně prodaná. Mýlili jsme se. M. se na koloběžce naučil velice dobře jezdit. Jezdil s ní do skate parku, naučil se překonávat překážky a skákat. Dodnes ji používá jako dopravní i sportovní prostředek.

M. se naučil uvolňovat přebytečné napětí za pomoci poslechu rapové hudby a sportu (koloběžka, posilovna). Do loňského podzimu přetrvával jeho nejvytrvalejší problém, jeho adrenalinový sport (domácí krádeže), ale i ten se nám podařilo odstranit. Původně jsme to zkoušeli tak, že mimo kapesné dostávali hoši peníze i za práci, kterou vykonali sami od sebe. Vyžadovali jsme ovšem, aby tato práce odpovídala finanční odměně a byla řádně provedena. Chvíli to fungovalo, ale za čas M. opět přišel na to, že je snadnější si peníze vzít, než vydělat. Pořídili jsme proto trezor. Všechny peníze i cennosti jsme uklidili do trezoru a M. tak nezbyla jiná možnost jako se dostat k nadstandardním

financím než opět prací. Dnes, i když zapomenou peněženku po nákupu na lince nebo v tažce, se peníze neztrácí. M. se dokonce naučil o potřebnou finanční částku požádat. Nejprve žádal písemně. Pokud potřeboval peníze, ráno jsem našla na kuchyňském stole lísteček se žádostí. Dnes si o peníze již normálně řekne.

M. dnes působí jako vyrovnaný, inteligentní chlapec s prospěchem horším než na který by byl schopen dosáhnout. Ale i tento stav se pomalu lepší. Horší prospěch je v předmětech, které jej nebaví. To co jej baví, je na výbornou. M. si sám hlídá své výsledky, není třeba jej nějak intenzivně kontrolovat a nutit. Problém je, pokud má dělat to co jej výslovně nebaví nebo začít a udělat to, s čím má obtíže a není si stoprocentně jistý. M. se straní pokusů. (Když vím a umím – není problém. Pokud nevím, nebo neumím, raději to dělat nebudu, abych něco nepokazil.) M. má dodnes problém požádat o pomoc. V deváté třídě měli vypracovat ročníkovou práci na vybrané téma. M. si vybral téma Jaderné elektrárny, ale vůbec nevěděl jak na to. I když měl k dispozici konzultační hodiny s vedoucí práce, tyto hodiny nedokázal využít a týden před termínem odevzdání neměl udělanou ani čárku. (Ročníková práce byla povinná a její nesplnění bylo porušením školního řádu.) Úvod, který napsal a odeslal ke konzultaci, mu paní učitelka vrátila jako nedostačující. Nabízela jsem M. svou pomoc, kterou ovšem nechtěl přijmout. Nezbylo nic jiného, než abych jeho práci začala sama psát. Vyhledala jsem potřebné informace a teorii jsem v jeho nepřítomnosti a bez jeho souhlasu napsala. Po návratu ze školy jsem mu práci předložila s tím, že si ji má upravit podle své potřeby. M. si práci upravil, přidal si obrázky, převedl do prezentace, naučil se odpřednášet a společně jsme dostali jedničku. Byla to po dlouhé době výborná vzájemná spolupráce se skvělým výsledkem. Kdybych ovšem se zpracováním práce nezačala, obávám se, že M. by se k tomu neodhodlal.

Obdobná situace nastala i s volbou budoucího vzdělávání. M. nebyl schopen se rozhodnout. Ve škole po něm požadovali, aby se předběžně vyjádřil. Podklady, které jsme měli podepsat, před námi schovával téměř měsíc. Nakonec jsem musela být tvrdá a dostal deset minut na to, aby si sám napsal, kam chce jít po ukončení ZŠ. U M. je velice důležité, aby volba vyšla pouze z něj. Nemohla jsem jej nijak ovlivňovat. Muselo to být pouze jeho rozhodnutí. Zvolil si poměrně náročný učební obor – elektrikář silnoproud. Pedagogicko-psychologická poradna nám doporučila psychologické vyšetření, zda je M. schopen studovat tento obor. Psychologické vyšetření prováděla paní psycholožka, která nám před lety doporučila M. vrátit do Ústavní výchovy pro jeho nezvladatelnost. Již při prvním pohledu M. paní psycholožku velice překvapil svým působením. (M. je dnes vždy velice

pěkně upravený, dbá na to, jak vypadá a působí.) Jeho klidné a sebejisté vystupování paní psycholožku velice překvapilo. Stejně jako M. práce při vyplňování psychotestu i konečné výsledky. Paní psycholožka konstatovala, že se M. velice změnil. Že z dítěte, které bylo roztěkané, nejisté, výbušné, negativní a v opozici vyrostl sebejistý, sebevědomý, příjemně působící a vyrovnaný mladík s průměrnou inteligencí. Na testy se soustředil po celou dobu, postupoval s rozvahou a rozmyslem. Výsledky byly velice vyrovnané. M. dostal velkou pochvalu a ujištění, že vybraný obor, pokud se bude učit a bude mít zájem, zvládne. Paní psycholožka M. také sdělila, že pokud se bude mít snahu trochu učit, nebude pro něj problémem ani maturitní zkouška. Ke konci schůzky mi paní psycholožka sdělila, že před lety na ní M. vyšetření působilo jako chůze po bažině. Nebylo kam šlápnout, aby se nepropadla. Já bych toto a následné období nazvala spíše chůzí po minovém poli. Co došlap, to výbuch. Dnes bych život s M. přirovnala k chůzi po louce – pevná půda, ale je třeba dávat pozor na krtince, o které ještě lze zakopnout. Pokud půjde M. vývoj stejným směrem jako nyní, domnívám se, že za nedlouho již půjdeme po rovné cestě, bez možných pádů.

Na P. M. selhání působilo velice negativně. V té době se silně zhoršil i P. psychický stav. M. parta napadala P. a jeho kamarády. Domácí atmosféra v něm vyvolávala vzpomínky na dění v biologické rodině. P. začal M. nenávidět. Křičel na nás: *„Dejte ho pryč! Ať táhne do, nenávidím ho!“*

Po M. návratu trvalo velice dlouho, než se jejich vzájemné vztahy vylepšily. Na vzájemném vylepšení vztahů jsme pracovali společně s klíčovou pracovnící NRP v rámci individuálního plánu. V rámci IP také docházel M. po návratu každých 14 dnů za klíčovou pracovnící na pohovory. Pro M. to byla určitá terapie, mohl s klíčovou pracovnící probírat témata, která nechtěl z nějakého důvodu probírat s námi. Jako terapie mu byla poskytnuta možnost dojíždět na psychoterapii zaměřenou na obnovení citové vazby. Terapii jsme vyzkoušeli, bohužel dle mého názoru přišla příliš pozdě. M. ji po čtyřech sezeních odmítl a tak se jediným M. terapeutem, kterého byl schopen přijmout, stala klíčová pracovníce. Ačkoli došlo k její změně, M. na schůzky dochází dodnes.

Dnes spolu oba bratři normálně komunikují a dokonce se umí i dohodnout. Problematicky ve vztahu působí P. nepořádnost, kterou M. přímo nesnáší. Hoši se vzájemně akceptují, akceptují také své kamarády. Protože jsou ovšem oba chlapci velice výbušní, občas se stává, že se chytí pod krkem, nebo dochází k ostré výměně názorů. Takto

vyhrocené situace se již dnes vyskytují poměrně zřídka a nejdou nikdy tak daleko, jako to bývalo před tím. My o nich víme jen od našeho syna, který bývá svědkem jejich sporů.

P. školní výsledky se s nástupem do nové školy radikálně zhoršily. Škola má vyšší požadavky než předešlá a P. hodně lajdačí. Zkušenost s řešením M. situace a to, že jsme M. za jeho chování neodsoudili a neodvrhli, vedla též u P. k „nápravě“ jeho minulých vzorců reagování. P. si uvědomil, že je máme oba rádi, že jsme schopni je přijímat, takové jací jsou, včetně jejich zlobení. Že pokud nebude naprosto dokonalý, nestane se nic hrozného a nepošleme ho zase jinam, nebo ho surově nezbijeme. P. se naučil, být sám sebou, naučil se zlobit. Projevit svou nelibost, vyjádřit svůj názor, odporovat. Přesto u něj zůstala zachována poddajnost a zvladatelnost. I když na nás občas zlostně vybuchne, velice rychle se zklidní. Postupně si uvědomuje své nepatřičné chování a snaží se ovládat. Jeho chování ovlivňuje i puberta a citová oploštělost.

V průběhu druhého stupně s P. nebyly žádné závažnější problémy. Jediný problém, který se rozjel zejména v tomto období, byl nesoulad mezi inteligenčními schopnostmi dle výsledků IQ testů (120) a skutečně dosahovanými výsledky (čtyřky). P., ačkoli testování vykazuje nadprůměrné IQ má školní výsledky podprůměrné. Určitou roli hraje jeho mírná dyslexie, ve větší míře se projevují potíže s pamětí. P. má problém učenou látku si zapamatovat a následně vybavit. V tomto směru jsme zkoušeli používat i paměťové mapy avšak s minimálním výsledkem. Tyto obtíže ho odrazují od učení, učení jej nebaví a úsilí, které musí vyvinout k dosažení pěkné známky je z jeho hlediska nad jeho síly. P. se tedy učí zejména tam, kde má největší obtíže, kde hrozí nepřijatelná známka. Je spokojený i s dostatečnou. Pokud začneme na zlepšení školních výsledků příliš tlačit, reaguje P. podrážděně. Snažíme se jej proto více motivovat a příliš netlačit, nechávat většinu odpovědnosti na něm. Motivace a nenápadný nátlak se zdá být účinnější než represe. Tento způsob je sice pomalejší, ale vede k výsledku. Stejně to platí i u M. V případě nějakého problému, který se ve škole vyskytne, lze tento problém řešit díky spolupráci a komunikaci s pedagogy. Vždy říkám: „*Nebude to hned, ale budu na tom pracovat*“. Vždy se podařilo vše pozitivně vyřešit.

Výchovně a korekčně, není v P. případě nutno často zasahovat. P. je schopen poměrně dobře řídit sám sebe. Pouze ojediněle je třeba korigovat jeho setrvávání u PC a to zejména pokud se začnou vršit špatné známky a on není schopen sám sebe přesvědčit

o nutnosti zanechat hry a soustředit se na učení. Dnes již většinou na tuto skutečnost stačí upozornit. Není nutno zabavovat počítač tak, jako dříve.

Jak jsem se již zmiňovala výše, P. nemá velkou vztahovou síť, kamarády si pečlivě vybírá a jeho vztahy jsou hluboké. Co je mi známo, má pouze jednoho velmi blízkého kamaráda a několik se kterými má vztahy volnější. Přesto je společenský a většinou se dokáže přizpůsobit prostředí, ve kterém se nachází. Dokáže pracovat ve skupině a to i tehdy, pokud se v ní vyskytuje někdo, kdo mu přímo nevyhovuje. Svoji rozladěnost z této situace ovšem dává viditelně najevo. Oficiálně nejsou na P. žádné stížnosti. Za celé čtyři roky se řeší pouze jeho neustálý spor s paní učitelkou Němčiny o potřebnosti výuky tohoto předmětu. Když si volil druhý jazyk, zvolil si Ruštinu. Bohužel se na něj nedostalo místo a byl automaticky zařazen do Němčiny. Od počátku výuku tohoto předmětu sabotoval a snažil se ji narušit, jak jen mohl. Zpočátku s tím byly velké obtíže. Chápala jsem rozladěnost paní učitelky a snažila se neustále P. domlouvat. Domluva vždy na chvíli pomohla. S paní učitelkou (před jejíž trpělivostí smekám) jsme měli dohodu, že pokud opět začne narušovat výuku, dá mi včas vědět. Takto spolu komunikujeme po celé tři roky. Společnými silami se nám daří P. nelibost držet na uzdě a Němčinu zvládat tak, jak to P. se svými jazykovými možnostmi a odporem k předmětu dokáže.

Školní výsledky jsou u P. o něco horší než u M. Stejně jako M. se chce vyučit elektrikářem. Jsou dány zejména jeho nízkou motivací.

V tomto období bych chtěla poukázat na významnou pomoc školy a pedagogického sboru, který díky výborné komunikaci a spolupráci velice přispěl k řešení problémů, které chlapce od dětství provázely. Díky jejich trpělivosti, pochopení a spolupráci se podařilo chlapce jejich problémů částečně zbavit a doufám, že i do budoucna z nich vychovají řádné občany, kteří se plně zapojí do společenského života. Stejně tak byla v tomto období důležitá spolupráce s organizací Střed z.ú. a s klíčovými pracovníky NRP, které s námi procházely obtížnými situacemi a pomáhaly nám řešit, pro nás často neřešitelné obtíže.

Oba chlapci se dnes projevují jako přiměřeně vyspělí, s typickými obtížemi pubertálního období. M. dodnes působí vyvrážděněji než P. M. je přemýšlivý, rozvážný, ale nerozhodný. P. je více dětinský, ale v určitých oblastech samostatnější. U obou se projevuje silná tvrdohlavost a sklon k afektivitě. Své reakce již umí oba přiměřeně ovládat. Oba chlapci jsou sportovně zaměřeni. Pohyb jim dělá dobře. Patrik své vysedávání u počítače kompenzuje tím, že chodí do školy a ze školy pěšky (denně tak ujde 14 km). M.

jezdí na koloběžce nebo autobusem (jak má zrovna náladu). P. svůj volný čas rozděluje mezi počítač a kamaráda, ke kterému nyní (půl roku) přibyla i kamarádka za kterou dojíždí každou druhou sobotu do Znojma. Na cestování si šetří peníze z kapesného. M. nyní chodí dvakrát týdně do posilovny.

Problematická nadále zůstává u M. nezpracovaná minulost. Tématům vztahujícím se k minulosti se neustále vyhýbá a nechce ji otevřít. Toto může nadále činit překážku v jeho budoucím vývoji a může mít vliv na jeho reakce v případě, že se vyskytne situace podobná traumatizující situaci z dětství.

U P. se jeví, že svoji minulost má určitým způsobem zpracovanou. Dokáže se o ní bavit. Tak jak dříve tato minulost byla zastřena mlhou (potlačena do podvědomí), dnes se mu vybavují vzpomínky na minulé události a je schopen vyjádřit i pocity, které prožíval. Zejména od něj se dozvídáme o poměrech a traumatech, které chlapci prožívali. P. opuštění matkou a otčímem komentoval tím, že neměl čas na nějaké pocity, jediné na strach, který prožíval z toho, že se nebyl schopen adekvátně postarat o svoji půlroční sestru. Říkal, že neměl čas přemýšlet, že se musel postarat o sestru a o M. Situaci, kdy byli odvezeni do dětského domova, komentoval tak, že hlavním pocitem byla prázdnota. Nepocítoval žádnou zlost vůči rodině. Na otázku, jaké představy měl, když odjížděli chlapci do naší rodiny, mi odpověděl, že si myslel, že jedou opět na nějaký výlet, ze kterého se vrátí zpět do DD. Momentálně dle jeho výpovědi si ještě stále není naprosto jistý trvalostí našeho vztahu a nechává si otevřená vrátka (může se to změnit) a brání se tak vzniku přílišné vázanosti na nás. Své občasné ošklivé jednání vůči nám zdůvodňuje právě tímto obranným systémem. Říká, že nemůže být úplně hodný a milý, že případné zklamání by jej příliš bolelo.

Domnívám se, že i M. je na tom v případě citové vazby obdobně. Z určitých indicií, které jsem mohla vysledovat z jeho reakcí, se domnívám, že jeho vztah k biologické matce je silně negativní. V případě jediného kontaktu, který matka učinila, výrazně vyplynulo odmítnutí matky. Matka si písemně domluvila návštěvu, chlapcům zanechala telefonní číslo na sebe, na které se ovšem nedalo dovolat. P. se na návštěvu matky velice těšil, matka ovšem nepřijela. P. neustále chodil a ptal se, kdy už maminka přijede. M. mu odpověděl: „*Nevím, na koho čekáš, mamka je přece tady.*“ M. si ani nepřipouštěl, že by matka svůj slib dodržela.

V této chvíli mně napadají i M. reakce na případy kdy z objektivních důvodů nešlo dodržet to, co bylo slíbeno a bylo nutno změnit plán. M. vždy reagoval odporem a důvody změny nechtěl uznat. I když slíbené bylo splněno později. Domnívám se, že byl příliš často vystaven pouhým slibům, které nikdo neplnil, proto také on sám pouze sliboval a nikdy neplnil. Dalším důkazem jeho negativního vztahu k biologické matce je i reakce na zaslání fotografie matky, o kterou dříve projevil zájem, protože měl potřebu dozvědět se po kom je, komu je podobný. Když jsem chtěla, aby mi fotografii ukázal, řekl, že ji vymazal. Odůvodnil to slovy: „*Ta „fetka“ mne už vůbec nezajímá.*“ M. též, dlouhodobě odmítal kontakt se sestrou. Vše, co připomínalo minulost, bylo pro něj velice bolestivé. M. se obviňoval ze situace, která vznikla jejich odebráním. Když k nám přišli, říkal, že jeho vinou se ocitli v DD, protože se nedokázal postarat o sestru, která plakala. Z dopisu, který matka chlapcům zaslala, bylo též jasně patrné že, na něj matka kladla neadekvátní nároky. I v dopise po něm žádala, aby se staral o P. Zdá se, že P. protěžovala. Přitom právě pěstounka sestry, paní od které byli chlapci odebráni, říkala, že více o sestru pečoval P. Při setkání v minulém roce tedy po devíti letech, se jako více pečující a akceptující ukázal M. Sára je postižená lehčí formou DMO s typickými příznaky této nemoci. P tento stav nebyl schopen akceptovat. Při dotazu, proč se sestře při návštěvě více nevěnovat odpověděl: „*Já ji neznám, je to pro mne cizí člověk a je divná.*“ M. se sestře obětavě věnoval po celý den. Obdivovala jsem jeho trpělivost. Ani jednou ji neodmítl, ačkoli na něm byla již patrná značná únava.

M. vždycky odmítal výlety. Pokud jsme řekli, jedeme tam a tam bylo vše v pořádku. Na slovo „výlet“, které se vyskytovalo zejména ve školním prostředí, M. reagoval odmítavě. Od pěstounky sestry jsem se loni dozvěděla, že je na jejich odebrání připravovala tak, že pojedou na výlet. M. doposud toto trauma nezpracoval a slovo „výlet“ v něm vyvolává panickou reakci.

Z M. reakcí na minulost a z neustálého odmítání tuto minulost otevřít je patrná jeho značná vnímavost a citlivost již od útlého dětství. U obou chlapců nadále přetrvává obranný mechanismus, bránící vzniku trvalého a hlubokého citového vztahu. Ačkoli je jasně patrná touha takovýto vztah mít. P si musí neustálým napadáním a osočováním vztahových lidí dokazovat, že tento vztah je trvalý a že je přijímán i se svými nežádoucími vlastnostmi. M. se snaží vyhýbat přílišné vázanosti, která pro něj představuje problém. Bojí se být příliš vázán, proto mu vyhovují vztahy povrchní, ze kterých může kdykoli odejít a které po něm nepožadují reciprocitu v jeho vlastním chování vůči vztahovým osobám.

To může být i důvodem v jeho problému požádat kohokoli o pomoc. Potřebuje si dokazovat svoji absolutní samostatnost a nezávislost na druhých. Pokud se s ním jedná v těchto intencích, je vše v pořádku. Pokud mu ovšem začne někdo projevovat citovou náklonnost a podobnou reakci požadovat po něm, znejistí a ze vztahu odchází. Proto se náš vztah dnes více podobá vztahu mezi dvěma spolupracujícími osobami než vztahu mezi „rodičem a dítětem“. M. poskytujeme oporu a podporu a neustále se snažíme mu poskytnout i citové zázemí. Ví, že jej může kdykoli využít, ale nesnažíme se vnucovat mu lásku a požadovat ji po něm. V době puberty je na to již pozdě. Alespoň pomocí dotyků, se v něm snažíme probudit pozitivní citové reakce. Dotyky ve formě položení ruky na rameno či na koleno, případnou masáž zátylku dnes bez problémů přijímá, dříve byla jeho reakce poplachová. Problém nastává, pokud jej chceme obejmout, tomu se brání (dnes již nevím zda, kvůli citové deprivaci či kvůli pubertě). Pozitivní je, že dokáže pomocí dotyků přijmout dnes i útěchu, pokud se mu stane příkoří.

7 Analýza autobiografického designu

Pro vyhodnocení autobiografického designu a interpretaci poznatků o projevech následků rané deprivace u našich chlapců jsem si zvolila jednoduché kódování. Jednotlivé projevy jsem zařadila do oblastí, ve kterých se vyskytovaly nebo dosud vyskytují. Zároveň jsem se zaměřila na konkrétnější popis jejich řešení. Projevy jsem zpracovala pomocí tabulky. Konkrétním projevům jsem přisoudila číselné hodnoty podle jejich závažnosti.

7.1 Výzkumná otázka č. 1 a č. 2. Konkrétní projevy deprivace a jejich řešení

Raná deprivace postihuje osobnost ve všech jejích složkách. Pro vyhodnocení jsem se rozhodla pro následující dělení podle oblastí, ve kterých probíhá vývoj a utváření osobnosti.

1. Poruchy somatického rázu, jako následek zanedbávání péče.
2. Poruchy motorického a kognitivního vývoje, jako následek podnětové deprivace.
3. Poruchy emocionality, jako následek citové deprivace.
4. Poruchy v oblasti sociálních vztahů, jako následek citové deprivace.
5. Poruchy chování, jako následek změny behaviorálních systémů.

7.1.1 Projevy rané deprivace somatického rázu

1. Předškolní věk

P.: Oční tik, pomočování.

M: Svalová tenze, zvyšující se při tělesném kontaktu, neustálá reaktivní pohotovost.

Oba: Protrahované a opakované záněty horních cest dýchacích, podvýživa, zkažený chrup.

Řešení: V první řadě léčba onemocnění, oprava chrupu, tak aby chlapci mohli jíst (příčina nechutenství, neschopnosti kousat jídlo, bolest při jídle). Pomočování, psychická potřeba mít pleny (fyzická potřeba nebyla) se podařilo odstranit úpravou pitného a spánkového režimu, společně se získáním jistoty udržení čistoty.

2. Mladší školní věk

M.: Přetrvávání svalové tenze. Napětí bylo psychického rázu. Vzhledem k neustálé reaktivitě a úzkostnosti se nedařilo jej odstranit. K uvolnění tenze docházelo zejména v klidových obdobích (prázdniny). Svalová ztuhlost při tělesném kontaktu se postupně zeslabovala.

3. Starší školní věk

M.: Tělesná tenze se silně zvýšila v době psychických propadů. V období následujícím po příchodu ze SVP se postupně snižovala.

4. Současnost:

M.: Mírné zvýšení svalové tenze v náročnějších situacích (písemky, řešení problémů).

7.1.2 Poruchy motorického a kognitivního vývoje

1. Předškolní věk

Celkové opoždění mentálního vývoje, školní nezralost.

M.: Narušení hrubé motoriky a koordinace pohybu. Řešení: sportovní a pohybové aktivity v přírodě.

Oba: Opoždění vývoje jemné motoriky a grafomotoriky. Neschopnost v sebeobsluze. Řešení: Návčik pomocí jemných rukodělných činností (trhání, stříhání, modelování, keramika, navlékání korálek, vázání tkaniček atd.), návčik grafomotoriky pod vedením pedagogicko-psychologické poradny.

Oba: Narušení vývoje řeči. Dyslálie, agramatismy, malá slovní zásoba, řazení slov bez návaznosti. Nesrozumitelná řeč. Řešení: logopedická péče, rozvoj slovní zásoby, oprava gramatiky, poslech četby, vyprávění přečtených příběhů, povídání o událostech dne atd.

Oba: Narušená komunikační schopnost vázaná na situaci. Neschopnost vyjádřit přání. Komunikovat v různých situacích. Neschopnost vyjádřit pocity, myšlenky a přání. Řešení: Trénink komunikace v různých situacích.

Oba: Opoždění vývoje zrakového, sluchového a prostorového vnímání. Řešení: Práce na úkolech zadaných v pedagogicko-psychologické poradně, práce na pracovních listech Šimon, úkoly z časopisu Sluníčko.

Oba: Poruchy pozornosti jejího zaměření a udržení. Neschopnost vnímat detaily, z detailů složit celek. Soustředit se po dostatečně dlouhou dobu. Trénink pomocí výše zmiňovaných úkolů.

Oba: Poruchy paměti. Zapamatování a udržení vnímaných podnětů a jejich vybavení. Řešení: trénink pomocí paměťového učení (básničky, písničky), povídání o vnímaných podnětech (co se událo během dne, o čem se četlo). Balení batůžku (sluchové zapamatování a zopakování), paměťové doplňovačky, Pexeso aj.

P.: Neschopnost vybavit si minulé zážitky. Nevěděl, kde jsme byli na výletě, koho jsme potkali, co jsme dělali včera atd. Opakování zážitků a upevňování vzpomínek.

2. Mladší školní věk

M.: Dysgrafie, opožděný vývoj logického a systematického myšlení, problémy se zapamatováním. Řešení: pokračování v rozvoji jemné motoriky, uvolnění ruky. Trénink postupů, používání grafických tabulek s postupy. Trénink systematického postupování. Co jako první, co bude následovat atd.

Věkově nepřiměřená potřeba stálosti, neměnnosti objektů a situací. Řešení: stabilní prostředí, pravidelnost denního režimu, příprava na jakoukoli změnu v denním řádu.

P.: Dyslexie, nepochopení čtenému, poruchy v zapamatování a uchování v paměti. Řešení: Četba s porozuměním, kontrola porozumění přečtenému, oprava dyslektických chyb, snaha o zapamatování pomocí zrakového vnímání, vyhotovování paměťových map.

3. Starší školní věk

P.: Přetrvávající problémy s uchováním naučeného učiva, výbavnost. Řešení barevné zvýraznění podstatných věcí pro zapamatování.

M.: Výbavnost matematických postupů. Řešení: možnost ve škole používat názorné grafické tabulky s postupy.

4. Současnost

Oba: Potíže přetrvávají.

7.1.3 Poruchy emocionality

1. Předškolní věk

Oba: Emoční labilita, afektivita, úzkostnost (strach ze zvířat, z trestu), nízká frustrační tolerance

Citová oploštělost: neschopnost pojmenovat vlastní emoce. Vyjádřit je společensky přijatelným způsobem a ovládat je. Neschopnost vyjádřit vlastní potřeby a vnímat potřeby druhých. Neschopnost odložit uspokojení. Řešení: Z počátku okamžité uspokojování zejména potřeby sociálního kontaktu. Zbytečné neodkládání uspokojování jiných potřeb a zároveň s tím trénink odložení uspokojení zbytných potřeb. Zrcadlení emocí. Vysvětlování co momentálně cítím a proč.

M.: Projevy depresivity vyjádřené kresbou (hroby, kříže, černá nebo tmavé barvy). Řešení: cílené kroky ke zlepšení nálady (malování sluníček – žlutá, srdíček – růžová úsměv do zrcadla apod.)

2. Mladší školní věk

M.: Deprese až stereotypní činnosti (kývání, bouchání míčkem o zeď trvající hodiny, vymizení úsměvu, neschopnost vykonávat jakoukoli činnost). Zvýšená úzkostnost, výkyvy nálad, pesimismus, nízká frustrační tolerance, afektivita. Neschopnost o cokoli požádat. Řešení: Snížení frustračního zatížení, farmakologická léčba, uvolňování napětí běháním, podpora a kladné ocenění, změna školy.

Oba: Citová oploštělost. Neschopnost vyjádřit pocity, přijímat pozornost a lásku. Neschopnost empatie, vyjádření náklonnosti a pochopení druhých. Řešení: Pokračování v zrcadlení emocí a prožitků. Projevování náklonnosti a lásky, snaha o příjemné prožití společných chvil, náhodné příjemné dotyky, cílené tělesné kontakty (masáž). Společné oslavy (příjetí gratulací a pobídky k nápodobě).

3. Starší školní věk

M.: Psychická labilita, afektivita, zvýšená úzkostnost, depresivita. Strach ze selhání. Poruchy emocionálního prožívání vedoucí k agresivnímu reagování

a sebepoškození. Řešení: umístění na psychiatrickém oddělení, farmakologická léčba antidepressivy, psychoterapie, nácvik komunikace. Úprava našich reakcí ve směru většího pochopení. Bezpodmínečné přijetí. Stejně tak se musel naučit přijímat sám sebe a vnímat se pozitivně.

P.: Celkem stabilní – občasné afektivní výbuchy, při ohrožení sebepojetí, jeho psychika se zhoršila v období M. problémů, na základě připomínky minulé deprivací situace.

Oba: Citová oploštělost. Řešení pokračování terapie uvedené výše.

4. Současnost

M.: Emočně stabilní, projevuje se jen větší úzkostnost v případě možného selhání. Zmírnila se i citová oploštělost, je schopen vnímat a vyjadřovat své pocity, adekvátně reagovat na emoce druhých, přijímat náklonnost a vyjadřovat vstřícnost.

P.: Přetrvává citová oploštělost. Neschopnost empatie a účasti.

7.1.4 Poruchy v oblasti vztahů

1. Předškolní věk

Oba: Narušená citová vazba. Vzájemná rivalita, nevyhledávání naší společnosti, vynucování si pozornosti zlobením. Řešení: Snaha o vzájemnou spolupráci, sdílení prožitků, navození příjemných tělesných pocitů (hlazení, chování na klíně) – chlapci se většinou aktivit urputně bránili.

M.: Sebeobviňování. Řešení: Posilování sebevědomí.

2. Mladší školní věk

Oba: Narušená citová vazba: Problémy obdobné jako v předchozím vývojovém období. Vzájemné rozbroje, (hádky, rvačky) neschopnost vzájemné komunikace, spolupráce. Ve vztahu k autoritám se u obou začalo objevovat odmítání. Řešení jako v předchozí fázi, behaviorální terapie s psycholožkou. Postupně jsme na vzájemnou spolupráci rezignovali a soustředili se alespoň na úpravu vztahu tak aby směřovala k vzájemné akceptaci. (Úprava společně tráveného času, časový rozvrh u počítače, televize, rozdělení úklidu pokoje atd.)

M.: Negativní sebepojetí, sebeobviňování, vztahovačnost. Řešení: posilování sebevědomí (prožitky úspěšnosti, pochvaly, kladné hodnocení), úprava komunikace tak, aby ji nemohl na sebe vztahovat.

3. Starší školní věk

Oba: Sourozenecké rozbroje (hádky), neschopnost vzájemné spolupráce. Řešení: stejné jako v předchozím vývojovém období. Zaměření na budování vztahů, komunikaci a vzájemnou toleranci.

M.: Negativismus, odmítání jakéhokoli zavazujícího vztahu, vztahy s rizikovými jedinci. Negativní sebehodnocení, nízké sebevědomí. Řešení: SVP, psychoterapie, změna komunikace, posilování sebevědomí a kladného sebehodnocení. Hodně nám pomohl také syn a jeho kamarádi.

4. Současnost

Oba: Vzájemný respekt, nadále neschopnost vzájemné spolupráce. Doposud ne zcela jistá citová vazba. Řešení: Momentálně posilujeme vzájemný respekt a snažíme se dosáhnout spolupráce. Bohužel vzhledem k velké rozdílnosti zájmů a deprivacním následkům (neschopnosti spoléhat se na druhého) se nám zatím nedaří tento problém vyřešit. Hoši ochotně spolupracují s druhými, vzájemná spolupráce je ovšem nulová, stejně tak jako ochota jeden druhému pomoci, byť jen zapůjčením sešitu pro doplnění zameškané látky.

7.1.5 Poruchy chování

1. Předškolní období

Oba: Lži, drobné krádeže sladkostí, afektivní reakce (vztek), rvačky, chybějící svědomí. Řešení: projevy nesouhlasu s chováním, konfrontace se lží a objasňování nesprávnosti jednání.

M.:Neschopnost poučit se z následků, křčkování jídla, vzpurnost, urážlivost, vztahovačnost. Řešení: Zákazy, tresty, poučování, snaha ovládnout vzpurnost (období kdo z koho). Při afektech jsme jej museli nechat vyvztekat. Nepomáhalo zklidnění objetím, které afekt zesilovalo. Posilování správných reakcí a jednání.

P.: Provokace, přehnaná poslušnost, dumlání palce. Řešení: usvědčování v případě provokací, konfrontace s nesprávným jednáním. Nařízení a rozkazy udílené s předchozím rozmyslem a následným ověřením jejich správného pochopení.

2. Mladší školní věk

Oba: Impulsivita, pudovost, krádeže, lhaní, afektivita. Řešení: Vedení k rozmyslu, negativní hodnocení lhaní, krádeží a nepřiměřených reakcí. Tabulka hodnocení s následnou materiální odměnou v případě dosažení úspěchu.

M.: Nepořádnost, odmítání pracovat na úkolech, řešit problémy, komunikovat. Neschopnost nést zodpovědnost, udržet se v nastavených hranicích, neschopnost sebeovládat se, nutkavé jednání, vztahovačnost a opoziční chování. Řešení: farmakologická léčba ADHD, nastavení hranic, pozitivní (materiální) hodnocení a motivace ke zlepšení chování. Míjeli se účinkem.

P.: Puntičkářství (až na úkor výsledku), ke konci období agresivní útoky na bratra, dumlání palce. Řešení: Odmítání a negativní hodnocení útoků na bratra, léčba vzájemných vztahů. Vedení k tomu, aby palec nedumlal na veřejnosti.

3. Starší školní věk

M.: Rizikové chování, porušování norem, lži, podvody, krádeže, toulky, útěky. Útočné afekty zaměřené proti nám a sobě, zhoršení školního výkonu. Odmítání komunikace. Celkové zhoršení chování – odmítání poslušnosti. Neschopnost dodržet slib, manipulativní jednání. Řešení: Domluvy, zákazy, tresty nepomáhaly. Spolupráci s kurátorem odmítl – nespolupracoval. Umístění v SVP. Úprava našich reakcí v momentě, kdy M. nechce řešit problém.

P.: Zhoršení chování v rámci získání určité jistoty, bezpečnosti a trvalosti vztahu. Opozice. (Vzdor v rámci nástupu puberty? Projevení jeho temperamentu, spojené zároveň s odmítáním pevného vazebného připoutání? Řešení: Domluva vždy na chvíli pomůže.

4. Současnost

M.: Celkové zlepšení chování, ale tzv. „pohyb na hraně“.

P.: Přetrvávání předchozího stavu.

7.2 Vyhodnocení, sestavení do tabulek a grafů

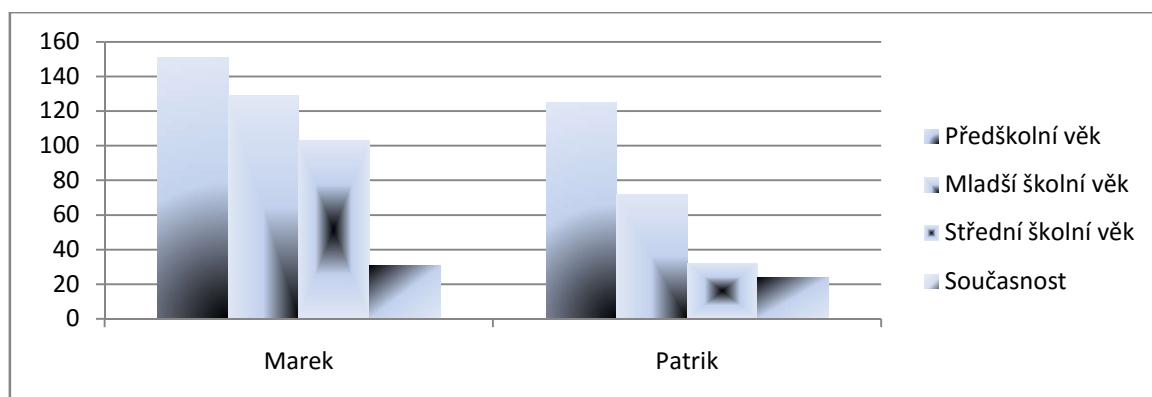
Zjištěné projevy jsem sestavila do tabulky č. 1 a každému projevu přisoudila určitou hodnotu na škále její intenzity. Škála: žádné obtíže – 0, mírné – 1, velké – 2 a závažné 3.

Tabulka1: Intenzita projevů poruch v jednotlivých obdobích a oblastech a jejich vytrvalost

Oblast	Porucha	M					P				
		Předškolní věk	Ml. Školní věk	St. Školní věk	Současnost	Celkem	Předškolní věk	Ml. Školní věk	St. Školní věk	Současnost	Celkem
Somatika	Oční tik	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Pomočování	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Sv. tenze	3	2	2	1	8	0	0	0	0	0
	Nemocnost	3	0	0	0	3	3	1	0	0	4
	Podvýživa	3	2	1	1	7	3	2	0	0	5
	Celkem	9	4	3	2		8	3	0	0	
Motorika	Hrubá	2	1	0	0	3	1	0	0	0	1
	Jemná	3	2	1	0	6	1	0	0	0	1
	Grafomotorika	3	2	1	1	7	3	1	0	0	4
	Celkem	8	5	2	1		5	1	0	0	
Kognitivní oblast	Dyslálie	2	0	0	0	2	3	0	0	0	3
	Slovník	3	1	0	0	4	3	3	1	1	8
	Agramatismus	2	1	0	0	3	3	1	0	0	4
	Kom. Neobrat.	2	2	0	0	4	3	2	0	0	5
	Percepce	2	1	1	1	5	2	1	0	0	3
	Pozornost	2	2	0	0	4	3	2	1	0	6
	Paměť	2	2	0	0	4	3	3	2	1	9
	Poruchy učení	0	2	1	1	4	0	2	1	1	4
	Logika systematika	3	3	2	2	10	2	0	0	0	2
	Celkem	18	14	4	4		22	14	5	3	
Emocionalita	Em. Labilita	3	3	3	1	10	2	1	0	0	3
	Afektivita	3	3	3	0	9	2	1	1	1	5
	Úzkostnost	3	2	2	1	8	2	1	0	0	3
	Frustr. Tol.	3	3	3	0	9	3	1	0	0	4
	Cit. Oploštělost	3	3	2	1	9	3	3	2	2	10

	Depresivita	2	3	3	0	8	0	0	0	0	0
	Pesimismus	0	2	3	1	6	0	0	0	0	0
	Celkem	17	19	19	4	12	7	3	3		
Vztahy	Rivalita	1	1	0	0	2	3	3	2	1	9
	Izolace	3	1	3	0	7	3	2	2	2	9
	Vynucování pozornosti	3	3	2	1	9	3	1	0	0	4
	Vztah k sobě	3	3	3	1	10	0	0	0	0	0
	Sebeobviňování	3	3	2	0	8	0	0	0	0	0
	K autoritám	0	1	3	0	4	0	1	2	1	4
	Celkem	13	12	13	2	9	7	6	4		
Chování	Asociální	1	2	3	1	7	1	1	0	0	2
	Poučení z následků	3	3	1	0	7	2	1	0	0	3
	Křečkování, dumání	3	2	0	0	5	3	2	0	0	5
	Vzurnost	2	3	3	1	9	0	0	1	1	2
	Urážlivost, vztahovčnost	3	3	3	1	10	0	0	0	0	0
	Provokace	1	1	0	0	2	3	2	1	0	6
	Impulsivita	3	2	2	0	7	1	2	0	0	3
	Sebeovládání	3	3	3	0	9	3	0	1	1	5
	Opoziční chování	2	2	3	1	8	0	0	1	1	2
	Rizikové chování	0	0	3	1	4	0	0	0	0	0
Celkem	21	21	21	5	13	8	4	3			
Celkem	151	129	103	31	125	72	32	24			

Graf 1: Celková závažnost v jednotlivých vývojových obdobích



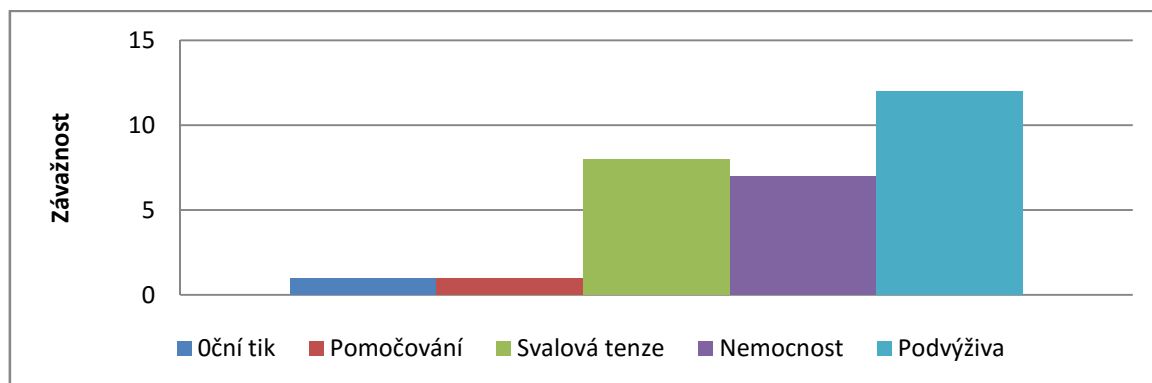
Nejvíce a nejzávažnějších poruch se projevovalo v předškolním období u M. celkem 151 bodů, u P. celkem 125 bodů. Poruch s přibývajícím věkem ubývalo. V mladším školním věku poklesl počet a intenzita poruch u M. celkem na 129 bodů, u P. celkem na 72 bodů, ve starším školním věku u M. na 103 body, u P. na 32 bodů. Zlomovým obdobím pro M. byl pobyt v SVP. Od jeho návratu se stav výrazně zlepšil a nyní je dosahuje bodové hodnocení poruch pouze 31 bodů. P. se zlepšoval kontinuálně v posledním období pouze o 7 bodů na celkových 24 bodů. Vývoj obtíží naznačuje graf 1: Celková závažnost v jednotlivých obdobích.

V oblasti somatiky se u M. výrazně projevovala svalová tenze dosahující celkem 8 bodů a podvýživa (BIM pod 18) dosahující 7 bodů, v mírné formě přetrvávající do dnešní doby. U P. byla výraznější zvýšená nemocnost dosahující 4 body a podvýživa dosahující 5 bodů, tyto problémy přetrvávaly ještě v mladším školním věku. Závažnost projevů rané deprivace naznačuje tabulka 2 a graf 2. Vytrvalost naznačuje graf 3.

Tabulka 2: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti somatiky

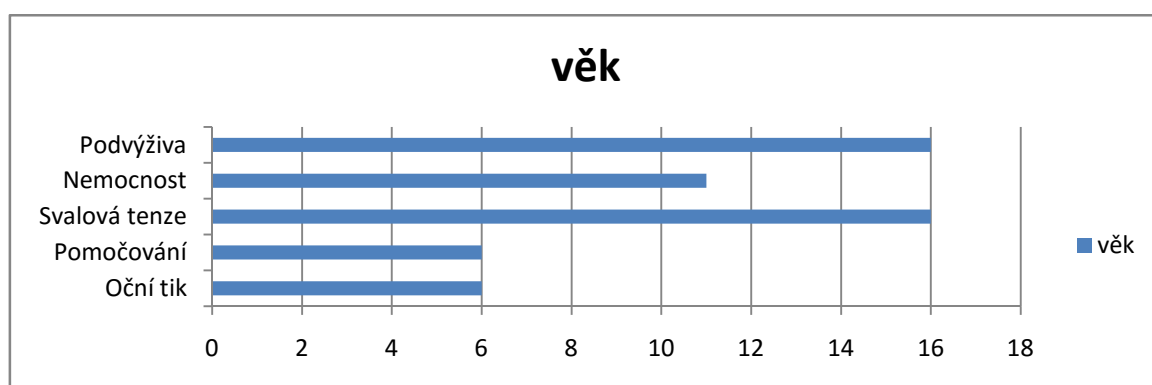
		M				P				
Oblast	Porucha	Předškolní věk	Ml. Školní věk	St. Školní věk	Současnost	Předškolní věk	Ml. Školní věk	St. Školní věk	Současnost	Celkem
Somatika	Oční tik	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Pomočování	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Sv. tenze	3	2	2	1	0	0	0	0	8
	Nemocnost	3	0	0	0	3	1	0	0	7
	Podvýživa	3	2	1	1	3	2	0	0	12

Graf 2: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti somatiky



V oblasti motoriky měl výraznější problémy M. a to ve všech třech oblastech. Výrazné problémy měl v oblasti grafomotoriky, celkem 7 bodů, mírnější obtíže přetrvávají doposud a mohou být spojeny se svalovou tenzí, problémy v oblasti jemné motoriky – celkem 6 bodů odezněly v posledním období. Problémy se zlepšovaly postupně z výchozích 8 bodů na dnešní 1 bod. P. měl pouze mírné obtíže s motorikou celkem 4 body, závažné obtíže se vyskytly pouze v předškolním období v oblasti grafomotoriky – 3 body. Problémy vymizely ve středním školním věku. Závažnost projevů naznačuje tabulka 3 a graf 4, graf 5 ukazuje vytrvalost problému.

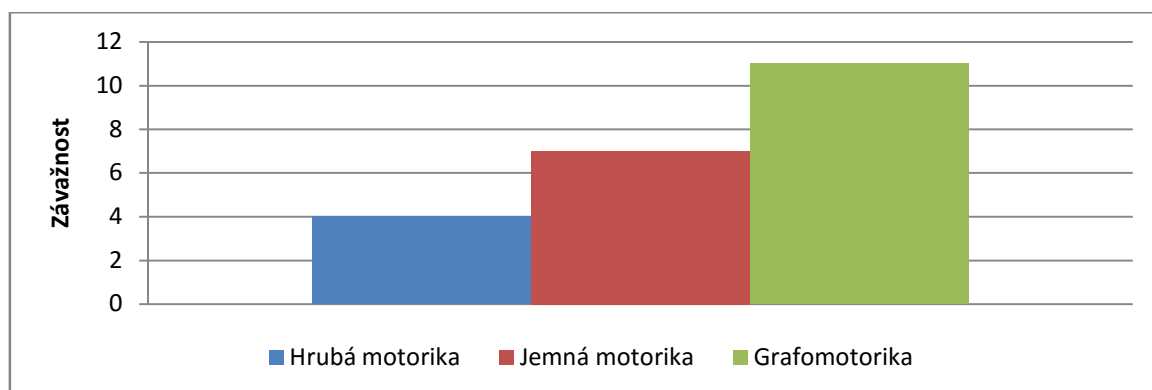
Graf 3: Vytrvalost projevů rané deprivace v oblasti somatiky



Tabulka 3: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti motoriky

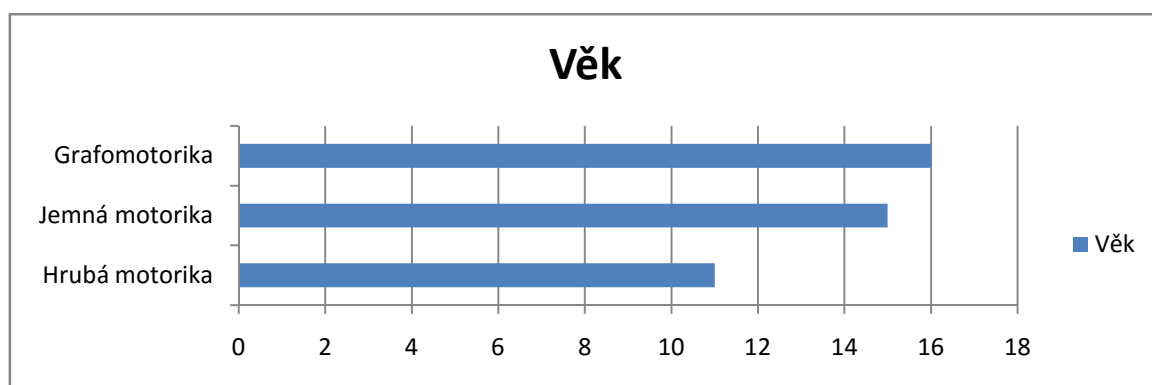
		M				P				
Oblast	Porucha	Předškolní věk	ML. Školní věk	St. Školní věk	Současnost	Předškolní věk	ML. Školní věk	St. Školní věk	Současnost	Celkem
Motorika	Hrubá	2	1	0	0	1	0	0	0	4
	Jemná	3	2	1	0	1	0	0	0	7
	Grafomotorika	3	2	1	1	3	1	0	0	11

Graf 4: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti motoriky



V kognitivní oblasti měl M. nejzávažnější obtíže v předškolním věku 18 bodů, v průběhu mladšího školního věku se jen nepatrně zmírnily na 14 bodů, ke zlomu došlo přechodem na jinou školu do Speciální třídy pro děti s poruchami učení – pokles na 4 body, tento stav nadále přetrvává. Nejzávažnější byly problémy zejména v logice a systematicke (10 bodů). Velké obtíže se projevují doposud (2 body). Větší obtíže se objevují i v percepci 5 bodů. Oba problémy mají vliv na poruchy učení (5 bodů) a celkově snížený výkon oproti možnostem. Ostatní potíže vymizely během středního školního věku.

Graf 5: Vytrvalost projevů rané deprivace v oblasti motoriky



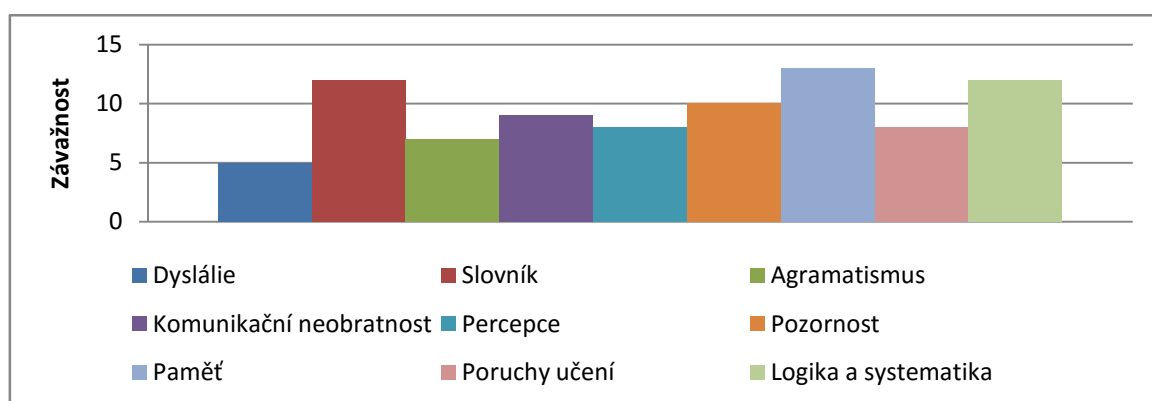
Tabulka 4: Závažnost projevů rané deprivace v kognitivní oblasti

Oblast	Porucha	M				P				Celkem
		Předškolní věk	Ml. Školní věk	St. Školní věk	Současnost	Předškolní věk	Ml. Školní věk	St. Školní věk	Současnost	
Kognitivní oblast	Dyslálie	2	0	0	0	3	0	0	0	5
	Slovník	3	1	0	0	3	3	1	1	12
	Agramatismus	2	1	0	0	3	1	0	0	7
	Kom. neobrat.	2	2	0	0	3	2	0	0	9
	Percepce	2	1	1	1	2	1	0	0	8
	Pozornost	2	2	0	0	3	2	1	0	10
	Paměť	2	2	0	0	3	3	2	1	13
	Poruchy učení	0	2	1	1	0	2	1	1	8
	Logika systematicke	3	3	2	2	2	0	0	0	12

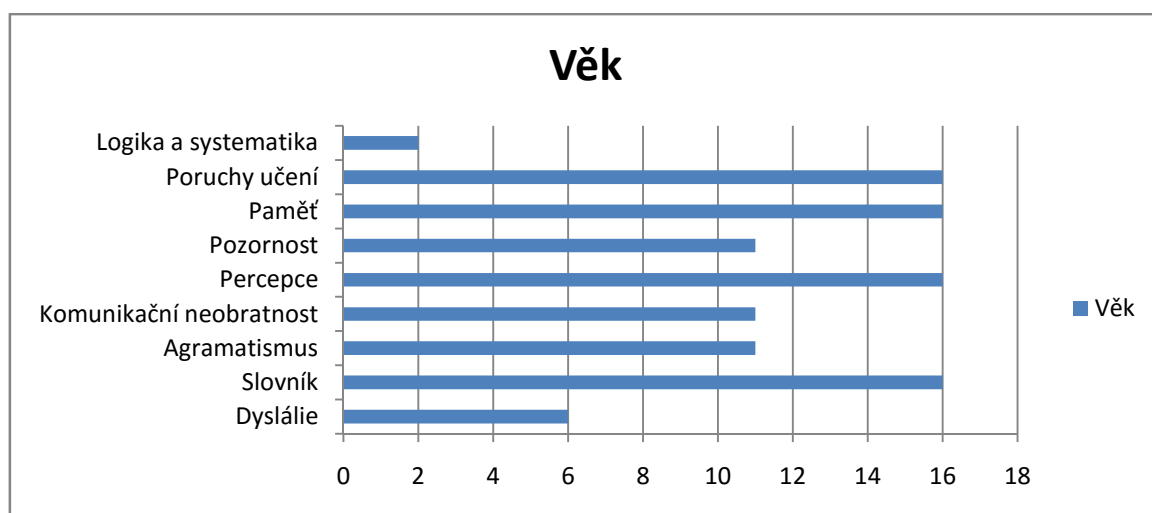
U P. se opoždění kognitivního vývoje projevovalo nejvíce v předškolním věku (22 bodů), postupně docházelo k rychlému snižování obtíží. V ml. školním věku na 14 bodů, ve středním školním věku na 5 bodů. Následně dochází ke zpomalení a v nynější době se již jedná o mírnější obtíže dosahující pouhých tří bodů. Nejzávažnější obtíže byly

v oblasti paměti a v rozsahu slovní zásoby v obou jejích složkách (pasivní i aktivní). Domnívám se, že oba problémy souvisejí s horšími čtenářskými schopnostmi danými dyslektickými obtížemi (4 body). Tyto problémy přetrvávají do dnešní doby. Výrazné obtíže (9 bodů) byly i v oblasti pozornosti a přetrvávaly do středního školního věku. Ostatní obtíže vymizely v tomto období. Závažnou formu dyslalie se podařilo odstranit v předškolním období. Závažnost a vytrvalost projevů ukazuje tabulka 4. Graf 6 ukazuje závažnost jednotlivých projevů rané deprivace v kognitivní oblasti a graf 7 ukazuje jejich vytrvalost.

Graf 6: Závažnost projevů rané deprivace v kognitivní oblasti



Graf 7: Vytrvalost jednotlivých projevů v kognitivní oblasti



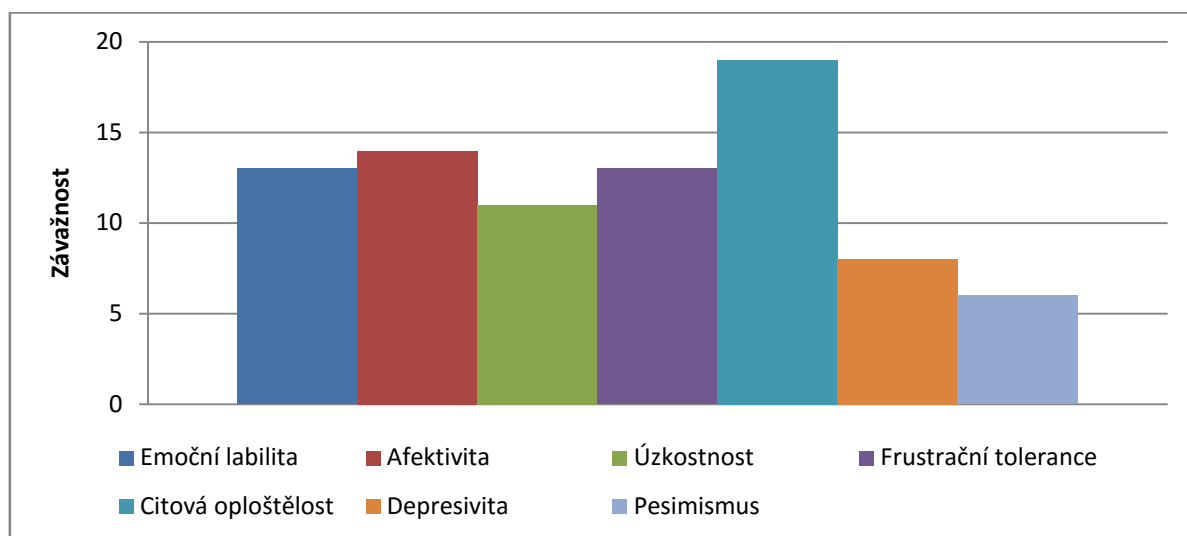
V emoční oblasti měli oba chlapci závažné obtíže v předškolním období (M. 17 bodů a P. 12 bodů). U M. se obtíže v průběhu školního věku zhoršily (19 bodů), zlomovým obdobím byly opětovně obtíže vedoucí do SVP s následným poklesem na nynější 4 body. Emoční problémy M. provázely po celý jeho vývoj a působily nejzávažnější a nejhůře zvládnutelné obtíže, které korespondovaly s jeho negativním

sebepojetím, negativním vnímáním světa na základě narušené citové vazby a změny behaviorálních systémů. Největší obtíže činila právě jeho psychická labilita (10 bodů). Ke stabilizaci došlo až v posledním období. Vzhledem k cykličnosti vzestupů a propadů, které se udávaly během jednotlivých období, lze jen doufat, že tento stav není pouze jedním z vrcholů. U P. dochází k plynulému poklesu během školního věku (7 a 3 body) a stabilizaci stavu na těchto 3 bodech. Z celkového pohledu se jedná o zanedbatelné obtíže. U P. se jako nejzávažnější ukazuje citová oploštělost (10 bodů) a mírné obtíže v oblasti afektivity. Obojí přetrvává do dnešní doby. Závažnost a vytrvalost projevů rané deprivace v emocionální oblasti ukazuje tabulka 5. Závažnost je graficky znázorněna v grafu 8 a vytrvalost v grafu 9.

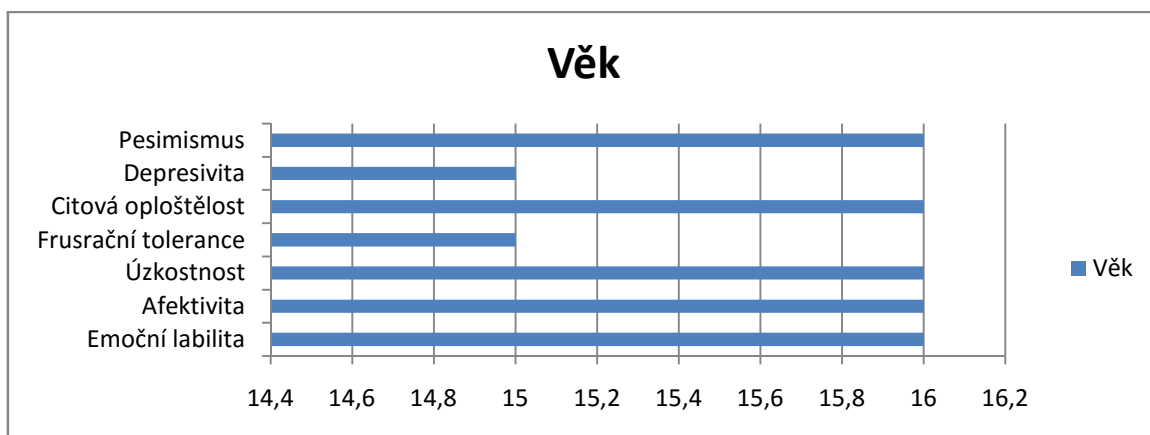
Tabulka 5: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti emocionality

Oblasť	Porucha	M				P				Celkem
		Předškolní věk	MI. Školní věk	St. Školní věk	Současnost	Předškolní věk	MI. Školní věk	St. Školní věk	Současnost	
Emocionalita	Em. Labilita	3	3	3	1	2	1	0	0	13
	Afektivita	3	3	3	0	2	1	1	1	14
	Úzkostnost	3	2	2	1	2	1	0	0	11
	Frustr. Tol.	3	3	3	0	3	1	0	0	13
	Cit. Oploštělost	3	3	2	1	3	3	2	2	19
	Depresivita	2	3	3	0	0	0	0	0	8
	Pesimismus	0	2	3	1	0	0	0	0	6

Graf 8: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti emocionality



Graf 9: Vytrvalost projevů rané deprivace v oblasti emocionality



V oblasti vztahů postupuje vývoj zřetelně pomalým tempem. Závažnost projevů rané deprivace a jejich vytrvalost v oblasti vztahů ukazuje tabulka 6. Závažnost je graficky znázorněna v grafu 10 a vytrvalost ukazuje graf 11.

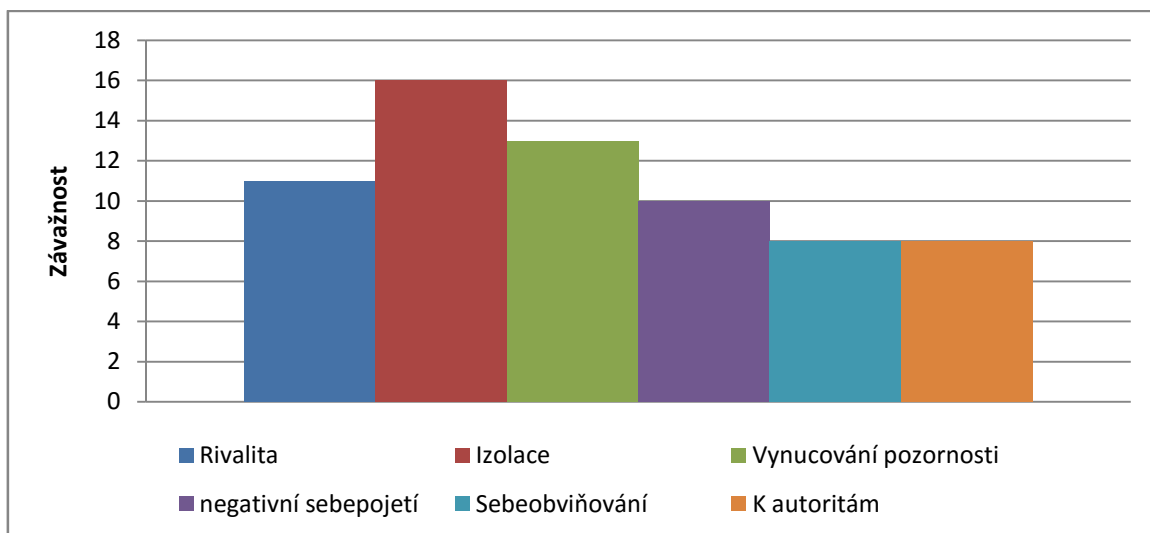
Tabulka 6: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti vztahů

Oblast	Porucha	M				P				Celkem
		Předškolní věk	Ml. Školní věk	St. Školní věk	Současnost	Předškolní věk	Ml. Školní věk	St. Školní věk	Současnost	
Vztahy	Rivalita	1	1	0	0	3	3	2	1	11
	Izolace	3	1	3	0	3	2	2	2	16
	Vynucování pozornosti	3	3	2	1	3	1	0	0	13
	Negativní sebepojetí	3	3	3	1	0	0	0	0	10
	Sebeobviňování	3	3	2	0	0	0	0	0	8
	K autoritám	0	1	3	0	0	1	2	1	8

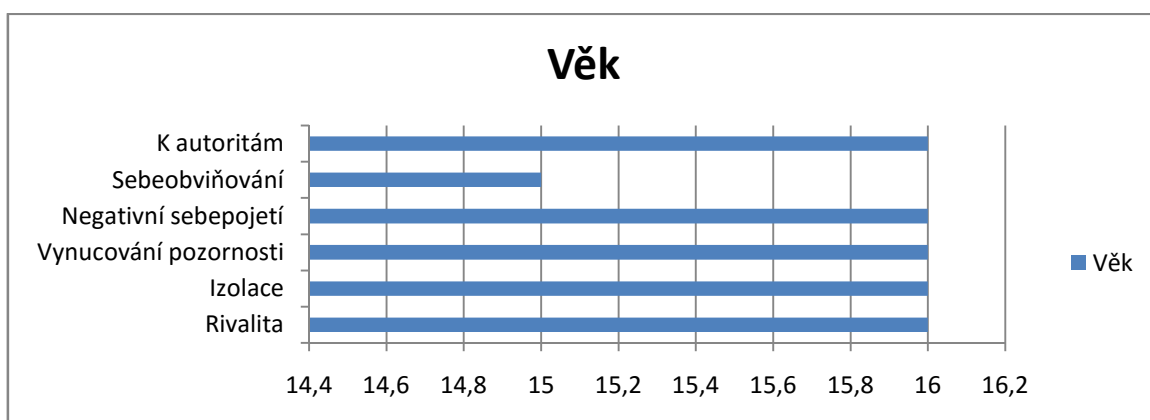
U M. je stav poměrně stabilní (13,12 a 13 bodů) a následuje prudký pokles na nynější 4 body. Souvisí to opět s jeho citovou vazbou, kdy na základě vlastní zkušenosti dokázal nabýt jistoty a bezpečí v oblasti sociálních vztahů. Největší obtíže měl ve vztahu k sobě (10 bodů) zapříčiněné pocity viny (8 bodů). Vynucování pozornosti (9 bodů) souvisí rovněž s narušenou citovou vazbou. Obtíže v sebeizolaci souvisí s citovou vazbou taktéž. Předškolní období – narušená citová vazba, mladší školní věk – získání určitého pocitu bezpečí a stálosti a opětovný pokles korespondující se zhoršením vzájemných vztahů v době M. celkového propadu spojeného s pohybem v rizikové partě. Následuje

zlomové období po návratu ze SVP a vymizení tohoto projevu. Doposud přetrvávají ještě mírné obtíže s vynucováním pozornosti a ve vztahu k sobě.

Graf 10: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti vztahů



Graf 11: Vytrvalost projevů rané deprivace v oblasti vztahů



U P. se projevy v oblasti vztahů stabilně mírně zlepšují (9, 7, 6, 4 body). Největší a nejvytrvalejší obtíže se vyskytují v sourozenecké rivalitě a v sebeizolaci. Rivalita je spojena s P. sebepojetím, sebeizolace je ovlivněna jeho introvertismem a změnou behaviorálního systému na základě narušené citové vazby. P. často říká, že nikoho nepotřebuje. Nechce být na nikom závislý, k nikomu připoutaný, protože další zklamání by bylo příliš bolestné. V Předškolním věku se vyskytovaly obtíže s vynucováním pozornosti, ve středním školním věku vážnější obtíže ve vztahu k autoritám, které přetrvávají v mírnější formě do dnešní doby.

V oblasti poruch chování se u M. ukazuje stabilita projevů v celém období (21 bodů) a opětovně jejich prudký pokles v posledním období (4 body). Zřetelně se tak

ukazuje, že poruchy chování plně korespondují s citovou vazbou. Jejich zlepšení koresponduje se získáním jisté citové vazby. Poruchy chování plně korespondují se změnou behaviorálních systémů na základě negativních zkušeností. Jejich trvalost je dána neschopností poučit se z následků. Příčinou je opět raná deprivace a odolnost maladaptivních vzorců chování. Ovlivňuje je i značná impulzivita (7 bodů). Vztahovačnost a urážlivost souvisí s předpovědí chování druhých a s vlastním negativním sebepojetím (10 bodů). Na to se váží poruchy sebeovládání (9 bodů), vzpurnost (9 bodů) a opoziční chování (8 bodů). Deprivace v oblasti vztahů se projevuje i rizikovým chováním, které se objevilo ve středním školním věku a do dnešního dne se projevuje jako neustálé atakování hranic (pohyb přesně na hraně).

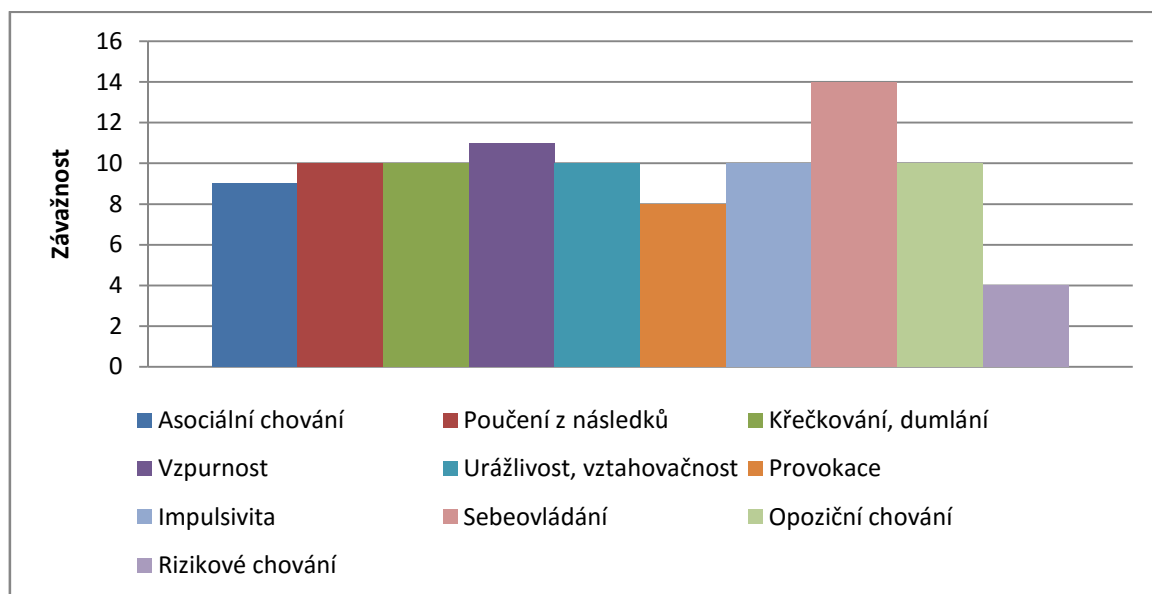
Tabulka 7: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti chování

Oblas t	Porucha	M				P				Celkem
		Předškolní věk	Ml. Školní věk	St. Školní věk	Současnost	Předškolní věk	Ml. Školní věk	St. Školní věk	Současnost	
Chování	Asociální	1	2	3	1	1	1	0	0	9
	Poučení z následků	3	3	1	0	2	1	0	0	10
	Křečkování, dumlání	3	2	0	0	3	2	0	0	10
	Vzpurnost	2	3	3	1	0	0	1	1	11
	Urážlivost, vztahovačnost	3	3	3	1	0	0	0	0	10
	Provokace	1	1	0	0	3	2	1	0	8
	Impulsivita	3	2	2	0	1	2	0	0	10
	Sebeovládání	3	3	3	0	3	0	1	1	14
	Opoziční chování	2	2	3	1	0	0	1	1	10
	Rizikové chování	0	0	3	1	0	0	0	0	4

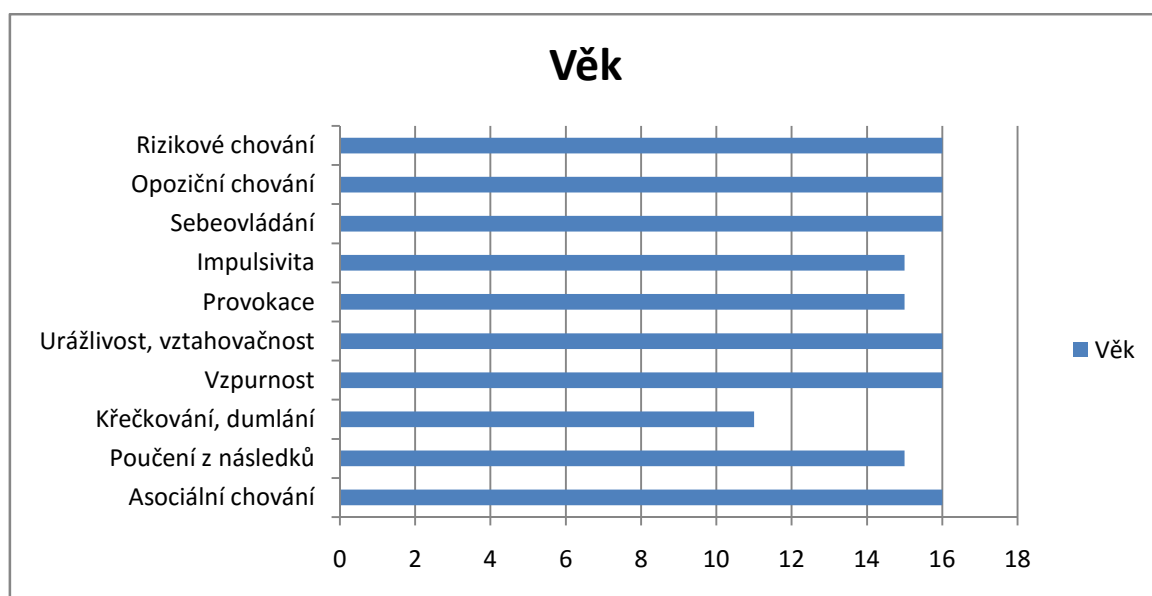
U P. bylo zlepšování poruch chování plynulé. Jako nejzávažnější problém se jevílo sebeukájení (nahrazování nedostatku citové vazby) dumláním palce (5 bodů), které přetrvávalo zejména v době klidu a v samotě ještě na hranici mladšího a středního školního věku. Dalším závažným projevem svědčícím o rané deprivaci byla sociální provokace (6 bodů), která vymizela teprve v posledním období. Neschopnost poučit se z následků se projevovala pouze v prvních dvou obdobích. Obtíže v sebeovládání byly závažné

v předškolním období a souviseli zejména s neschopností zklidnění. V mladším školním věku vymizely a znovu se objevili jako mírné obtíže v období puberty, které plně korespondují s mírným opozičním chováním. To může být projevem získání jistoty ve stálost a bezpečnost vztahů a potřebou si tento stav náležitě prověřit. Společně s opozicí se objevuje i vzpurnost. Na závažnost a vytrvalost projevů rané deprivace ukazuje tabulka 7. Graf 12 znázorňuje závažnost obtíží a Graf 13 poukazuje na jejich odolnost.

Graf 12: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti chování



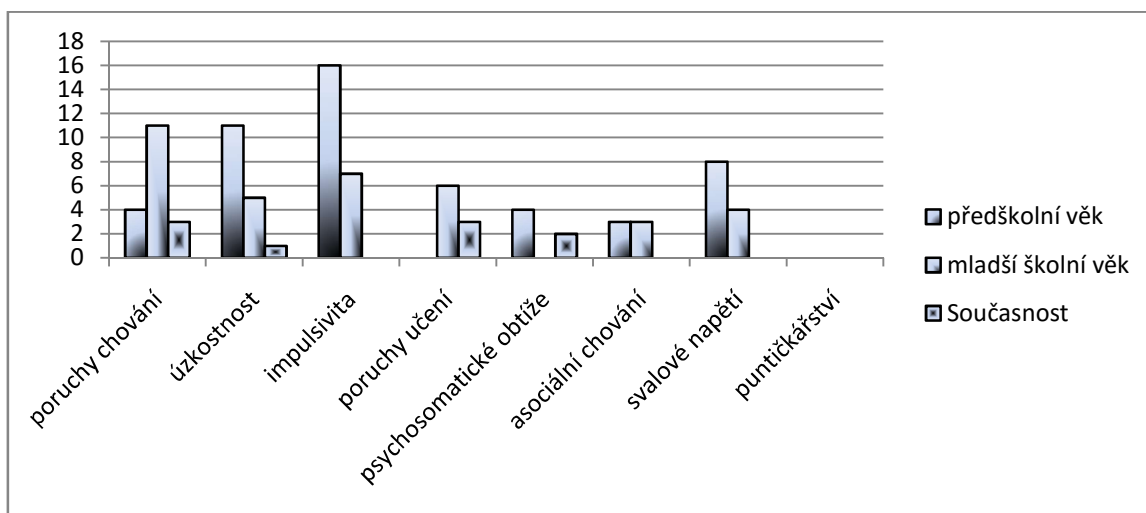
Graf 13: Vytrvalost projevů rané deprivace v oblasti chování



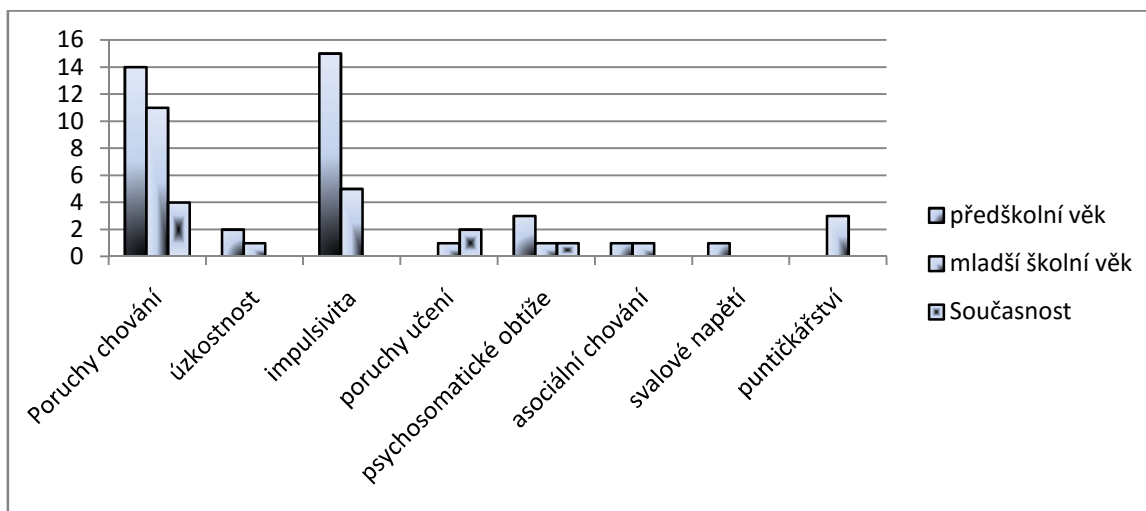
7.3 Posouzení intenzity projevů rané deprivace podle škály Connersové

Pro posouzení intenzity projevů rané deprivace jsem doplňkově zvolila ještě škálu Connersové (<http://www.ppp-olomouc.cz>). Dotazník hodnocení chování dětí pro rodiče jsem vyplnila na období předškolního věku, mladšího školního věku, aktuální stav a pro přehlednost graficky znázornila.

Graf 14: Intenzita projevů rané deprivace dle škály Connersové pro M.



Graf 15: Intenzita projevů rané deprivace dle škály Connersové pro P.



Pro první období je jasně patrná porucha impulzivita, která vypovídá o patologických hodnotách ve smyslu hyperaktivity, zvýšená je také hodnota ve smyslu psychosomatických obtíží. U P. jsou velmi výrazné poruchy chování. U M. zvýšená úzkostnost a na ni se vážící zvýšené svalové napětí. Zvýšená je také hodnota ve smyslu

asociálního chování. Celkově se jedná o zvýšené hodnoty ve všech oblastech svědčící o patologii dosavadního vývoje.

V období mladšího školního věku u M. dochází k prohloubení poruch chování, nově se s nástupem do školy objevují poruchy učení. V ostatních oblastech dochází ke stagnaci (asociální projevy) a ke zmírnění poruch. Míží psychosomatické obtíže. U P. se objevují mírné obtíže na základě poruch učení, nově se objevuje puntičkářství, svědčící o P. touze po dokonalosti. Nadále přetrvávají velice vysoké hodnoty v oblasti poruch chování. V ostatních oblastech dochází k výraznému zlepšení.

Nyní u M. přetrvávají pouze mírné obtíže v chování, učení a úzkostnosti. Nově se opět objevují psychosomatické obtíže (občasné bolesti hlavy a zad). Ostatní problémy již vymizely. U P. přetrvávají mírnější obtíže s chováním a učením. Psychosomatické obtíže zůstávají beze změn.

Celkově se jedná o výrazně pozitivní vývojový trend od patologie směrem ke zdravé osobnosti.

7.4 Pohled klíčové pracovnice NRP a třídních učitelek na projevy chlapců

Autobiografický design poskytuje čistě subjektivní pohled na projevy a chování chlapců. Adekvátnost svého pohledu na současný stav chlapců jsem se rozhodla podpořit pohledem jiných autorit zabývajících se výchovou a vzděláváním chlapců.

Oslovila jsem třídní učitelky, klíčovou pracovnici NRP, která zároveň pracovala s chlapci i ve volném čase a koordinátorku programu, kterého se chlapci zúčastnili v minulém roce. Klíčová pracovnice se s chlapci setkává jednak jako koordinátorka náhradní rodinné péče a zároveň je první člověk, se kterým jsou řešeny vážnější problémy. V případě M. funguje jako druhá osoba, které se může M. svěřit a prodiskutovat s ní věci, které z nějakého důvodu nechce řešit s námi pěstouny. S chlapci také pracovala v rámci letního pobytu. Třídní učitelky jsou s chlapci v denním kontaktu ve školním prostředí v posledních čtyřech letech.

Jako metodu dotazování jsem si zvolila dotazník. První část dotazníku se zaměřuje na adaptační předpoklady (postavení v kolektivu, chování v kolektivu, vztahy s vrstevníky a k autoritám), dále na výkonnost oproti možnostem, motivaci, vztah k vlastní osobě. Druhá část čerpá z dotazníku zaměřeného na projevy poruch pozornosti, chování a neurotických poruch – CPQ – Škála Connersové pro učitele (<http://www.ppp->

olomouc.cz). Dotazníky jsem zpracovala podle hodnocení projevů a vynechala otázky, kde se náhled na poměry diametrálně rozchází (ani jedna shoda). Posuzovatelé byli tři, proto jsem zvolila pro vyhodnocení medián (nejčastěji se vyskytující hodnotu). Hodnoty jsem sestavila do tabulek.

Tabulka 8: Projevy rané deprivace v oblasti výkonu, sociální adaptability a reakcí

P		M	
Projev	Hodnocení	Projev	Hodnocení
Výkon oproti možnostem	spíše horší	Výkon oproti možnostem	trochu horší
Změna celk. chování	nezměnilo	Změna celk. chování	mnohem lepší
Změna chování ve skupině		Změna chování ve skupině	
Změna v podílení na činnostech sk.		Změna v podílení na činnostech sk.	trochu lepší
Postoj k autoritě	nezměnilo	Postoj k autoritě	
Postavení v kolektivu	celkem oblíbený	Postavení v kolektivu	oblíbený
Dominance		Dominance	neutrální
Hloubka vztahů	přiměřené mn. a hloubka	Hloubka vztahů	přiměřené mn. a hloubka
Vztah k autoritě	neutrální	Vztah k autoritě	neutrální
Oblíbenost u autorit	méně oblíbený	Oblíbenost u autorit	celkem oblíbený
Reakce na výtku	přijímá, ale nereaguje	Reakce na výtku	přijímá, ale nereaguje
Reakce na pochvalu	přijímá a potěší ho	Reakce na pochvalu	přijímá a potěší
Reakce na úspěch	motivuje	Reakce na úspěch	potěší, ale nemotivuje
Reakce na neúspěch	je mu to jedno	Reakce na neúspěch	vlastní selhání
Upravenost	upravený	Upravenost	upravený
Sebehodnocení	spíše negativní	Sebehodnocení	spíše negativní
Přiznání viny	nepřiznává	Přiznání viny	přizná

Pro ranou deprivaci svědčí snížení výkonu oproti možnostem, které se vyskytuje napříč prostředím. V oblasti změn v chování se vyskytují neshody napříč prostředím (nevyplněná okénka). Celkové chování u M. je posuzováno jako mnohem lepší, u P. se v posledním období nezměnilo. Oba chlapci jsou v kolektivu oblíbeni. M. je z hlediska dominance posuzován různě (nevyplněno kvůli nulové shodě). P. je posuzován jako neutrální. Oba mají přiměřenou sociální síť s přiměřenou hloubkou vztahů. Ve vztahu k autoritám se chovají neutrálně. P. je u autorit méně oblíbený, M. je celkem oblíbený. V oblasti reakcí a motivace se ukazuje, že oba výtku přijímají, ale nijak ni nereagují. Pochvalu přijímají a potěší je. Úspěch P. motivuje, M. sice potěší, ale nijak nemotivuje. Neúspěch P. neovlivňuje, ale M. ho pokládá za vlastní selhání. M. je schopen přiznat vinu. P. vinu nepřizná.

Tabulka 9: Negativní projevy chování

P		M	
Negativní projevy	Hodnocení	Negativní projevy	Hodnocení
Chování	6	Chování	6
Účast na skup. činnostech	2	Účast na skup. činnostech	2
Ve vztahu k autoritě	11	Ve vztahu k autoritě	7

Společenské chování obou chlapců zaznamenává doposud mírné obtíže. Určité nedostatky jsou patrné i v účasti na skupinových činnostech. Mírné obtíže má M. i ve vztahu k autoritám. P. již v tomto směru vykazuje potíže závažnější.

Vyhodnocení:

Celková adaptabilita je na poměrně dobré úrovni – přiměřenost vztahů, obliba v kolektivu vrstevníků a schopnost adekvátního reagování v interakci s vrstevníky i autoritami. U P. se ve vztahu k autoritám projevuje opozice.

Poměrně závažnější obtíže se ukazují v možnostech motivace, která souvisí také s úrovní výkonu oproti možnostem. Výtku sice přijímají, ale nereagují na ni pokusem zlepšit se, pochvala je potěší, ale nezmotivuje. Obdobné je to s úspěchem, který je potěší, ale nijak nevede ke zvýšení výkonu. P na neúspěch nijak nereaguje „*Je mu to jedno.*“ M. jej považuje za vlastní selhání s tendencí vzdávat se.

V oblasti jáství se u M. ještě projevuje zhoršené sebehodnocení, které potřebuje nadále posilovat. Pro tento fakt svědčí i jeho reakce na pochvalu, která jeho sebevědomí posiluje, potřeba kladného ohodnocení a celkového přijetí. Svědomí má M. vytvořené a dokáže své chování korigovat na jeho základě. Dokáže se obhájit, pokud je nevinný. U P. nadále přetrvávají jeho obranné reakce, jeho sebehodnocení je spíše negativní, přiznání vlastního zavinění jej atakuje. Domnívám se, že proto zatím není P. schopen přiznat vinu a vymlouvat se.

Z dalších trvale se projevujících rysů u M. se jedná o vychytralost (manipulant), trochu přetrvává výbušnost, ovlivnitelnost ze strany vrstevníků, snížený smysl pro fair play, tvrdohlavost, neschopnost požádat o pomoc. M. potřebuje vše zvládnout sám (podporuje to jeho sebevědomí), přiznání si že potřebuje pomoc, snižuje jeho vlastní sebehodnocení. Tato vlastnost přehnané samostatnosti může být následkem rané deprivace a nedůvěry v okolní svět. M. sám druhým rád pomůže, ale pomoc od druhých nepřijímá.

V M. podvědomí je zakódováno, že se musí spolehnout jen sám na sebe, kdyby spoléhal na druhé, mohlo by ho to ohrozit.

M. vystupování a chování je téměř stabilní ve všech třech prostředích a poměrně vyzrálejší oproti P. U P. se projevuje obdobně v prostředí rodiny a školy, výrazně horší je v prostředí volnočasových aktivit. Může to být dáno také jeho negativním postojem k těmto aktivitám. Jeho účast v nich byla nedobrovolná na úkor jeho vlastních zájmových aktivit. Pro něj znamenala ztrátu času.

7.5 Výzkumná otázka č. 3 a č. 4. Úskali pěstounské péče – výchovné chyby a pomoc organizací

Jako úskali nepříbuzenské výchovné péče se ukazuje zejména neznalost prostředí biologické rodiny, potažmo prostředí, které na děti v jejich vývoji působilo. Z této neznalosti plynou možné výchovné chyby. V našem případě jsme byli informováni pouze o nepéči matky, o její drogové závislosti, o ADHD, a vývojovém opoždění. Neměli jsme ani tušení o syndromu týraného dítěte.

Na hloubku zanedbání poukazovala mentální zaostalost a značná podvýživa. Jejich reakce na zvýšení hlasu, direktivní omezující zásahy jsme si neuměli vysvětlit. Dlouhou dobu jsme tápali a nevěděli si rady. O možnosti léčby poruch rané citové vazby a následků citové deprivace nás nikdo s odborníků neinformoval. Proto jsme se pohybovaly dlouhou dobu v cyklech zlepšení a relapsů.

Sami jsme trpěli pocitem vlastní nedostačivosti a pocity neschopnosti do té doby, dokud jsme se nezačali pod vedením z počátku OSPOD a později organizace Střed z.ú., scházet s ostatními pěstouny. Společné sdílení problémů a jejich řešení posilovalo naši důvěru ve vlastní schopnosti a kompetence. Vědomí toho, že problémy s výchovou se vyskytují i v jiných pěstounských rodinách ulehčilo naši práci zejména v posílení naší sebedůvěry a víry ve zlepšení.

Chápali jsme, že chlapcům chyběl dostatek lásky a bezpečí a snažili jsme se jim to vynahradiť. O možných následcích citové deprivace a jejího trvalého působení na dětskou psychiku jsme v počátcích naší pěstounské péče neměli povědomí. Pocitovaná vlastní neschopnost účinně chlapcům pomoci mně přivedla ke studiu. Příčinu výchovných problémů jsem pochopila teprve tehdy, až jsem začala studovat. Nejprve Asistenta pro pedagogii ve školství a dále při studiu Sociální pedagogiky.

Velice nápomocné nám bylo též Středisko výchovné péče, které nám pomohlo odhalit M. myšlenkové pochody a způsoby jeho reagování. Odhalilo příčiny jeho neustálého selhávání a dalo nám potřebné rady jak s nimi zacházet. Konečně jsme se začali více posouvat a přestali se pohybovat v kruhu zlepšení a relapsů.

V této souvislosti musím vyzdvihnout velikou pomoc a oporu v pedagogickém sboru ZŠ Bartuškova. Vzájemná komunikace, informovanost, včasné jednotné řešení všech problémů, které se při výchově a vzdělávání vyskytli a oboustranná spolupráce znamenala velké posuny v oblasti výchovy. Tolerance, pochopení a uzpůsobení výchovného vedení potřebám chlapců jim poskytli možnost prožívat úspěch a zvyšovat sebehodnocení a tím také otevřeli cestu k přijímání výchovných zásahů způsobem, který v chlapcích konečně přestal vyvolávat negativní reakce a začal zanechávat trvalé pozitivní stopy.

V neposlední řadě musím, vyzdvihnou pomoc klíčových pracovníků NRP, kteří nám byli vždy nápomocni radou i psychickou oporou.

8 Shrnutí výzkumu a diskuse k výsledkům

Raná deprivace poškozuje dítě v jeho vývoji, to jaké zanechá stopy je otázkou jednak podoby deprivace (podnětová, citová, výchovná atd.) a jednak doby trvání deprivace.

Nejistá citová vazba, zanedbávání a týrání dítěte s následnou ztrátou vazebných postav je jednou z nejzávažnějších deprivace a traumatických situací ovlivňující dítě ve všech jeho složkách vývoje.

Podle Vrtbové (2010) lze u takto postižených dětí vysledovat milé a okouzlující, ale nepřírozené chování, vyhýbání se očnímu kontaktu, nerozlišování mezi osobami, nedostatek citu, kruté a destruktivní chování, lhaní, uplatňování požadavků, udělování příkazů, impulzivitu, poruchy příjmu potravy, nenormální sexuální chování, obsedantní zájem o oheň. V kognitivní oblasti poruchy pozornosti, nesmyslné otázky a příběhy, neobvyklý způsob mluvy, poruchy učení, neschopnost poučit se na základě příčin a následků, nerozvinuté vědomí, sebereflexi a vhléd. Slabé vztahy s vrstevníky, rodiči (pečovateli) a nerespektování autorit. Všechny tyto potíže jsou způsobeny změnou behaviorálních systémů na základě nepříznivé rané zkušenosti s vazebnou postavou. Závažná forma rané deprivace i subdeprivace může zanechat trvalé stopy v osobnosti takto postiženého dítěte.

Naši chlapci byli vystaveni závažné formě rané deprivace. Mimo citovou deprivaci se jednalo také o deprivaci v oblasti naplňování smyslových potřeb, stálosti prostředí, deprivaci v oblasti tělesných potřeb i výchovy. Chlapci byli tělesně týráni a zanedbávání. Vystaveni domácímu násilí. Několikanásobná separace od vazebných postav se podílela na zhoršení jejich citové deprivace.

Narušený tělesný a kognitivní a emocionální vývoj je příčinou jejich obtíží v oblasti učení, poruch chování a narušení sociálních vztahů.

Naše neznalost a neinformování od patřičných institucí o deprivacím stavu a situacích, kterým byli chlapci vystaveni, přičítání jejich obtíží syndromu ADHD a léčba jeho příznaků nám zabránila v možnosti vytvoření pevné vzájemné citové vazby v období, kdy to bylo ještě relativně možné. Naše neodborné snahy o citové připoutání, o respektování chlapců v odmítání tělesných kontaktů a mazlení, o přísné dodržování pravidel a nastavených hranic, které chlapci nechápali, znamenaly obrovské obtíže pro

jejich úzdravu. Docházelo cyklickým stavům vzestupů a propadů, dlouhodobému působení spíše ve směru zhoršování nejvážnějších deprivacních následků a jejich projevů.

Nejsnáze odstranitelné byly obtíže v oblasti somatiky. V této oblasti přetrvávají již pouze u M. následky podvýživy. V oblasti motoriky doposud přetrvávají obtíže v grafomotorice, které jsou ovlivněny zejména svalovou tenzí, způsobenou emočním napětím.

V kognitivní oblasti se jako nejzávažnější ukázaly obtíže v nedostatečné slovní zásobě (pasivní i aktivní), které u P. přetrvávají do dnešní doby. U M. byly nejzávažnější obtíže v percepci, logice a systematice, které rovněž přetrvávají do dnešní doby. Jsou také příčinou M. školních obtíží.

Jako nejzávažnější a nejrozsáhlejší se ukázalo narušené emoční prožívání. Jeho náprava je základem odstranění veškerých ostatních obtíží a počala teprve ve středním školním věku. Tedy zhruba od dvanáctého roku. Některé obtíže se již podařilo vyléčit, doposud přetrvává myšlenkový pesimismus, ovlivňující zejména motivaci k seberealizaci, citová oploštělost působící potíže v sociálním kontaktu a interakci, zvýšená úzkostnost, afektivita a emoční labilita.

Citová oploštělost vzniklá na základě citové deprivace způsobuje potíže zejména v oblasti vztahů. I v této oblasti se projevuje účinnost léčby až v posledních dvou obdobích. Z poruch v oblasti vztahů se jako nejzávažnější jevila sebeizolace (nevyhledávání společenských kontaktů). K jejímu zlepšení došlo zejména v oblasti vrstevnických vztahů. Oba chlapci mají kamarády, se kterými se stýkají a tráví s nimi svůj volný čas. M. má větší síť kamarádů, ale ne přátelství – jedná se o volnější vztahy. P. si kamarády vybírá, nemá jich tolik, ale jdou do větší hloubky (přátelství). Má jednoho přítele, který je ochoten snášet P. neustálé ověřování si trvalosti vztahu, které působí negativně na udržení vztahu. M. má dnes adekvátní vztahy i v rámci rodiny, zajímá se o dění v rodině a účastní se ho. P. je jakoby schován v ulitě, nevyhledává komunikaci a interakci, o dění se sám nezajímá. Pokud bychom s ním aktivně nekomunikovali, sám by s komunikací nezačal. Komunikuje, pouze pokud něco potřebuje.

Jako další závažný projev citové deprivace se jeví narušení jejich vzájemného vztahu. Vzájemná rivalita a neobvyklá touha odlišit se jeden od druhého, projevující se zejména u P. Vztah se vyvíjel z neustálých rvaček o cokoli, přes hádky, nevraživost až

nenávisť k dnešní vzájemné akceptaci. Problematická je do dnešního dne vzájemná spolupráce a neochota jeden druhému pomoci. Jako další závažný a přetrvávající problém se ukazuje negativní vztah k sobě. Vlastní negativní sebepojetí získané na základě raných zkušeností a v mladším školním věku posilované dalším negativním hodnocením ze strany školy, ale i nás (nutnost nápravy projevů chování, porušování norem a nastavování hranic) brání jejich dalšímu rozvoji, touze po seberealizaci a snaze dosahovat lepších výsledků. V posledním období se zdá, že je uzdravování v tomto směru na dobré cestě, závažnost již nedosahuje takové intenzity. Plného vyléčení dosáhl M. v případě vlastního sebeobviňování a v dnešní době dokáže posoudit co je jeho vlastní zavinění a obhájit se pokud vinen není.

V oblasti chování se jako nejzávažnější projevy rané deprivace ukazuje neschopnost seberegulace, vzpurnost a v její návaznosti ve středním školním věku se objevující opoziční chování. Tak jako u předchozích projevů vázaných na emoční prožívání dochází k nápravě poruch chování až ve středním školním věku. Asi od 11 let se daří odstranit obtíže v poruchách vázaných k rané citové deprivaci projevující se náhradním způsobem uspokojování potřeb (dumláním palce a křečkování jídla). Impulsivitu, sociální provokaci a neschopnost poučit se z následků se podařilo vyléčit až v patnácti letech. Ostatní projevy zasahující seberegulaci a sebeřízení, opoziční chování a vzpurnost, urážlivost a vztahovačnost, lhaní se doposud podařilo pouze zmírnit. Nově se také v období středního školního věku objevilo rizikové chování, které ve formě pohybu těsně na hraně přetrvává do dnešní doby.

Posouzení chlapců v jiném prostředí ukazuje na doposud přetrvávající obtíže projevující se stabilně napříč prostředím. Jasně ukazuje na snížený výkon oproti jejich možnostem, narušenou sebeakceptaci, seberegulaci, sebemotivaci a volní vlastnosti bránící vlastnímu seberozvoji. Doposud přetrvávají obtíže projevující se v chování a ve vztahu k autoritám. Toto zjištění potvrzuje zjištění na základě autobiografického designu.

Z úskalí, které přináší nepříbuzenská pěstounská péče je nejzávažnější nedostatek informací o biologické rodině a zejména o deprivaci situaci, kterou si děti prošly. Na základě této neznalosti, dochází k dalším připomínkám těchto situací a deprivaci poruchy se místo léčby prohlubují.

Z nedostatků přípravy pěstounů (dnes je již jiná) bych vyzvedla zejména chybějící informace o citové deprivaci a způsobech její léčby. Tyto chybějící informace nám bránili v porozumění chlapcům a chybějící léčba attachmentu prodloužila dobu uzdravování.

Diagnostika jejich poruch jako ADHD a léčba klasickými behaviorálními metodami působila spíše ve směru prohlubování poruch a v návaznosti na neodbornou (intuitivní) léčbu attachmentu způsobovala cykličnost v zlepšeních a propadech.

V našem snažení nám byla nápomocná zejména organizace Střed z.ú., která nám pomáhala řešit nejpálčivější projevy a nejobtížnější situace. Pomáhala nám také ve směru zvyšování sebehodnocení tím, že chlapci mohli alespoň o prázdninách zažívat kladné hodnocení vedoucími táborů – tedy ostatními autoritami, které neměli možnost zažívat ve školním prostředí. Velice nám pomohla paní psycholožka Nora Brádková z této organizace. Klíčové pracovnice NRP, které byly nápomocné radou, řešením v případě nejzávažnějších situací, zprostředkovali komunikaci mezi námi a M. v období, kdy byly naše vzájemné vztahy hluboce narušeny. Velkou pomoc nám poskytlo i SVP Help mě, které pomohlo odhalit M. myšlenkové pochody a příčiny jeho reakcí a navedlo nás tedy ke správnému směru řešení a léčby obtíží.

Největší a nejdelší pomoc nám poskytla ZŠ Bartušková. To že přijala takto problémové chlapce, komunikovala s námi a společně s námi se podílela na výchově a léčbě projevů rané deprivace u chlapců není samozřejmostí.

Musím také poukázat na pomoc organizace SPOD, její vstřícnost při řešení obtíží a plné pochopení naší situace. Jejich psychickou podporu a snahu nalézt ideální řešení problémů.

Léčba deprivčního syndromu je dlouhodobá a náročná, vyžaduje komplexní léčbu na profesionální úrovni. Nelze ji provádět pouze na základě intuitivního rodičovství.

Závěr

Práce se věnuje projevům rané deprivace a subdeprivace u dětí v pěstounské péči. Zabývá se teorií attachmentu a rané deprivace. Jejím úkolem je odhalit projevy rané deprivace u dětí, které máme v pěstounské péči a sledovat jejich vývoj v průběhu deseti let trvání této péče. Na základě analýzy autobiografického designu popsat jednotlivé projevy v osobnostech chlapců. Popsat použité metody, postupy, možnosti řešení a pomoci při jejich léčbě, popsat úskalí pěstounské péče a také nahlédnout na institucionální pomoc.

Práce by měla být přínosem zejména v oblasti rozšíření povědomí o následcích psychické deprivace, jejím vlivu na osobnost dětí. O obtížích provázejících jejich léčbu. Měla by umožnit pohlížet na tyto děti jako na děti se specifickými potřebami. Nikoli jako na děti nevychované a neschopné.

Každé dítě potřebuje ke svému zdravému vývoji láskyplnou, vstřícnou a dostupnou péči svých rodičů. Většina společnosti tento fakt pokládá za samozřejmost a předpokládá, že ji každé dítě má. V případě, že tuto láskyplnou péči nemá a přístup rodičů dítě ohrožuje, se většina společnosti domnívá, že k nápravě stačí přemístit děti do příznivějších podmínek. Což je také v takovýchto případech nutností a nezbytným předpokladem nápravy. Tím ovšem tato náprava teprve začíná.

Dítě si do nového prostředí přináší následky špatného zacházení – narušenou citovou vazbu. Ranou citovou vazbu lze definovat jako pouto, které se utváří během prvních let života mezi matkou a dítětem. Dítě má instinktivní snahu navazovat se symbioticky na osobu, která o něj pečuje. Tato pečující osoba na dítě určitým způsobem reaguje a vzniká buďto jistá a bezpečná citová vazba pokud je pečující osoba vstřícná a dostupná a reaguje přiměřeně a pohotově. V případě jiných (odlišných) reakcí nebo nedostupnosti pečující osoby se vytváří vazba úzkostná (nejistá).

U dítěte které si není jisté dostupností a reakcí pečující osoby dochází k deprivaci v uspokojování citové vazby a na základě negativních zkušeností dochází ke změnám behaviorálních systémů. Dítě si vytváří maladaptivní vzorce chování, které jsou ovšem funkční pro dosažení naplnění potřeb citové vazby. Tyto vzorce jsou následně zabudovány hluboko ve struktuře osobnosti dítěte a silně odolávají jakékoli změně. Stávají se základem osobnosti.

Stejně jako dům musí mít pevné základy zbudované na stabilním podloží, tak aby odolal vlivům prostředí (nevychýlil se, nepokřivil, nepopraskal a nezhroutil se). Stejně tak musí být vytvořen i základ osobnosti (attachment) zbudovaný jako pevný a bezpečný, stojící na stabilním podloží (rodině). Pokud tomu tak není, dochází k narušení vývoje osobnosti, která na těchto základech vyrůstá. Dochází k deformaci, která může končit rozpadem osobnosti. Obdobně jako se zřítí dům, který nemá pevné základy a je postavený na nestabilním podloží. Pokud dojde k poruše stability podloží, dům se zřítí. Stejně jako se zhroutí osobnost dítěte, pokud přijde o rodinu.

Na základě změny behaviorálních systémů a vzniku maladaptivních vzorců chování vznikají obtíže, které řadíme pod společný pojem deprivací syndrom. Zahrnuje velký rozsah různých symptomů. Nejzávažnější obtíže se projevují zejména v oblasti citového prožívání, v chování a v narušení citových vazeb.

Léčba těchto obtíží znamená kompletní rozboření narušených základů (vzniklé nezdravé citové vazby) a znovuvybudování nových pevných základů. Léčba je pro dítě velice náročná, protože se týká jediné jistoty, kterou toto dítě má, tedy vlastního já, které se urputně brání jakémukoli zásahu do jeho struktury. Toto je ovšem jediná cesta, která může vést k uzdravení. Dítě, které není zvyklé na projevy lásky, soucitu a vstřícné a citlivé zacházení, se těmto projevům velice brání (jsou pro ně ohrožující). Pocit ohrožení vzniká proto, že tyto projevy jsou pro ně neznámé.

Změnit citové vnímání, utvořit bezpečné prostředí a vytvořit jistou a bezpečnou citovou vazbu je prvořadým a zároveň nejtěžším úkolem náhradních pečujících osob. Toho lze dosáhnout pouze individuální péčí. V kolektivní péči, kde se střídají pečující osoby, nemůže být dosažené trvalé, bezpečné a jisté připoutání dítěte k pečující osobě.

Léčba deprivací syndromu musí začít právě léčbou attachmentu. Pouze změna prostředí a láskyplná péče a intuitivní rodičovství v případě dlouhodobé a závažné deprivace nepomohou. Léčba musí být komplexní a měla by probíhat s pomocí profesionálů. Jako účinná se dle Vrtbovské (2010) jeví Dyadická vývojová terapie. Nutná je komplexnost léčby zahrnující jednak změnu prostředí, psychoterapeutickou léčbu, profesionální vedení náhradních pečovatelů, znalost deprivací situace, citlivý přístup a metody řešení problémových projevů. Pouze takto komplexní péče může vést k vyléčení attachmentu a k následně postupné nápravě maladaptivních vzorců chování.

Pokud se nevytvoří alespoň relativně jistá a bezpečná citová vazba a nedojde ke změně vnímání okolí jako bezpečného a neohrožujícího, dítě se urputně bude bránit jakýmkoli výchovným zásahům. Výchovné zásahy mu budou nadále připomínat dřívější deprivací situace a prohlubovat jeho negativní sebepojetí a okolní svět bude dále vnímat jako nebezpečný a ohrožující. Teprve po vytvoření bezpečné citové vazby bude schopen přijímat od okolí kladné hodnocení a bude se léčit jeho sebepojetí. Na základě vytvoření kladného sebepojetí a bezpečného prostředí bude teprve schopen vstřebávat výchovné zásahy. Do této doby jsou veškeré behaviorální metody nápravy chování neúčinné a pouze prohlubují následky rané deprivace.

Vytvoření jisté a bezpečné citové vazby je základem pro vytvoření schopnosti přijímat a vnímat citovou náklonnost, která je základem pro vytvoření schopnosti tuto náklonnost projevat. Na základě jisté citové vazby se utváří rovněž schopnost vnímat a správně identifikovat vlastní citové vjemy a emoce. To je základem pro správné vnímání a identifikování emocí druhých a základem vytvoření správných reakcí na tyto vnímané podněty. (Vytvoření sociálně přijatelných reakcí).

Schopnost vnímat prostředí jako bezpečné umožňuje rozvoj prosociálního chování a vznik altruismu. Právě citová oploštělost vznikající na základě citové deprivace je nejzávažnějším a nejhůře léčitelným následkem rané deprivace. Její možnost odstranění plně koresponduje se schopností vzniku jisté citové vazby. Senzitivním obdobím pro její utváření je raný věk. Po pátém roce života tato schopnost pevného připoutání klesá a v pozdějším věku je takřka nemožná, proto si tento problém nesou děti většinou až do dospělosti. Následně pak na základě neschopnosti projevat city druhým dochází k mezigeneračnímu přenosu citové deprivace.

Úkolem pěstounů je přebudování základů osobnosti dítěte a znovuvybudování osobnosti nové a zdravé. Jedná se o nesnadný úkol a vyžaduje veškerou dostupnou pomoc okolí. Základem je kladné a bezpodmínečné přijetí dítěte takového, jaké je ve všech prostředích, které na dítě působí. Je to podmínkou k zamezení opakování deprivací situací, kterými si dítě prošlo. Nesmírně důležitá je jednotnost a vstřícnost přístupu jednotlivých prostředí. Odlišnost vlivu prostředí je běžná, každé prostředí má na dítě jiný vliv a jinak je posuzuje a jinak reaguje, pro zdravé dítě je tato vlastnost prostředí potřebná. Pro dítě, které prochází léčbou attachmentu se jeví jako kontraproduktivní. Tak jako novorozenec, kojeneček a batole potřebují pro pevné připoutání a získání jistoty a bezpečí

stabilní prostředí se stabilními a srozumitelnými reakcemi, potřebují léčené děti, aby toto prostředí odpovídalo prostředí raného věku. Aby zde byla jedna hlavní pečující osoba, prostředí bylo stálé a pokud možno neměnné a reakce na dítě byli pozitivní a stabilní. Tyto děti jsou ovšem starší a okolí a od nich požaduje, aby se pohybovali v prostředí s odlišným vlivem (školní docházka). Nejednotnost tohoto prostředí pak brání vzniku bezpečné a jisté citové vazby. Odlišnost v přístupu a reakcích vyvolává zmatek a aktivuje obranné mechanismy vytvořené na základě rané deprivace. Proto je tolik potřeba stálosti a jednotnosti prostředí (také naši chlapci takového prostředí preferovali a bránili se jakýmkoli změnám). K produktivnímu vystavení různorodosti vlivu jednotlivých prostředí může dojít teprve po získání a upevnění citového pouta a se změnou vnímání prostředí i sebe sama a získáním jistoty, bezpečnosti a stálosti.

Doba léčby a odolnost následků koresponduje s dobou a závažností vlivu deprivacních situací, ve kterých deprivace vznikla. Čím je tato doba delší, tím více dochází ke vlivu deprivacních situací a tím hlubší a odolnější následky vznikají. Doba léčby je dlouhodobá a ne vždy úspěšná. Někdy dojde pouze k obroušení hran a zmírnění jednotlivých obtíží. Léčba nekončí dosažením zletilosti, ale může pokračovat i mladé dospělosti, kdy ji může ovlivnit vznik partnerského vztahu nebo lze zachytit dítě v povolání, které je v souladu s jeho zájmy.

Pozdní následky neléčené deprivace se projevují v neschopnosti sociální integrace a v patologii osobnosti. Koukolík a Drtilová (1996) tyto jedince nazývají deprivanty. Následky se projevují v neschopnosti společenského uplatnění (nezaměstnanost, život v izolaci na úkor společnosti), v neschopnosti navázat a udržet pevné citové vztahy, v mezigeneračním přenosu citové deprivace. V negativním vnímání vlastního zdravotního stavu (hypochondrii), v celkové životní nespokojenosti. Nejzávažnější následky vznikají na základě citové zploštělosti spojené s poruchovým chováním vedoucí k delikvenci.

Práce poskytuje čistě subjektivní pohled na projevy následků rané citové deprivace. Nemá vědecký podklad, výzkumný vzorek je malý a jeho výsledky se nedají zevšeobecnit. Na základě srovnání s dosavadními zjištěními a vědeckými pracemi zabývajícími se citovou deprivací a jejími následky dochází k závěru, že děti, které si prošly deprivacní situací, si tyto projevy nesou a že tyto projevy jsou podobné popisovaným projevům a jdou napříč spektrem osobnosti a vývoje. Potvrzuje se i vliv osobnosti jednotlivého dítěte na to jaké reakce si na deprivacní situace vytvoří. Ukazuje se, že na stejnou deprivacní situaci

reaguje každé dítě jinak a vytváří si odlišné vzorce chování, které ovšem mají stejný základ a postihují stejnou oblast osobnosti.

Výzkum také ukazuje na důležitost prvotní léčby attachmentu a vytvoření jisté citové vazby jako základu pro ostatní edukaci. Na nutnost komplexního a profesionálního přístupu k léčbě. Ukazuje překážky bránící pozitivním účinkům terapií. Poukazuje na nutnost podpory pěstounů ze strany institucí. Na nutnost jednotných přístupů napříč prostředím.

Práce měla velký význam zejména pro mne. Hlubší studium teorií attachmentu a deprivace mi pomohla lépe pochopit problémy, se kterými se chlapci potýkali a doposud potýkají. Pochopit to, proč se nám nedařila úspěšná léčba, co bylo její překážkou a jakých chyb jsme se dopouštěli. Analýza hloubky a vývoje jednotlivých poruch mi poskytla komplexní náhled na projevy rané deprivace v osobnostech chlapců na jejich vývoj a vliv jednotlivých léčebných postupů. Analýza trvalosti poruch také ukázala, které projevy doposud nejsou zvládnuté, a je na nich potřeba dále pracovat.

Práce by mohla být přínosem pro ostatní pěstouny, kteří se s následky rané deprivace také potýkají. Může jim poskytnout náhled na projevy a reakce dětí a lépe jim porozumět. Může pěstounům poskytnout psychickou oporu a dodat jim jistotu, že v tom nejsou sami. Že podobné problémy řeší i jiní. Může jim umožnit dodat jistotu v tom, že problémy je možné řešit i s ostatními institucemi. Posílit jejich naděje v úspěšnost léčby.

Práce by mohla mít přínos také pro pedagogy, kteří v praxi tyto děti ovlivňují. Umožnit jim náhled na tyto děti, pochopit jejich situaci a reakce. Umožnit tak vzájemnou spolupráci a jednotnost řešení problémů dětí společně s pěstouny. Pěstouni se bez plného pochopení pedagogů, jejich vstřícné komunikace a vzájemné spolupráce neobejdou.

Každé dítě si zaslouží bezpečný a láskyplný domov. Děti, které jej v životě neměly, se ztratily nejen v okolním světě, ale i sami v sobě. Úkolem je pomoci jim se opětovně nalézt, nalézt své vlastní místo ve světě. Tento úkol na sebe přebírají náhradní pečující osoby a je velice důležité aby jim v této jejich nelehké úloze bylo okolí nápomocné. Výsledek léčby nezáleží pouze na jejich schopnostech, ale na vzájemné spolupráci všech zainteresovaných osob napříč prostředím, které tyto děti ovlivňuje.

Seznam použité literatury

- ARCHROVÁ, C. *Dítě v náhradní rodině*. Praha: Portál s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-578-4
- BOWLBY, J. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál s.r.o., 2010. ISBN 978-80-7367-670-4
- BOWLBY, J. *Odloučení: kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-262-0076-5
- BOWLBY, J. *Ztráta: smutek a deprese*. Praha: Portál s.r.o., 2013. ISBN 978-80-262-0355-1
- KOUKOLÍK, F.; DRTILOVÁ, J. *Vzpouřa deprivantů*. Praha: Makropulos, 1996. ISBN 80-901776-8-9
- LANGMEIER, J.; MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicenum, 1974. ISBN 735-21-80/20
- MATĚJČEK, Z. et al. *Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. Praha: Portál s.r.o., 1999. ISBN 80-7178-304-8
- MATĚJČEK, Z.; BUBLEOVÁ, V.; KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum, 1977. ISBN 80-85121-89-1
- PELIKÁN, J. *Výchova pro život*. Praha: ISV nakladatelství, 1997. ISBN 85-85866-23-4
- ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychický vývoj dítěte v náhradní rodinné péči*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče o.s., 2012. ISBN 978-80-87455-14-2
- VRTBOVSKÁ, P. *O ztraceném dítěti a cestě do bezpečí: Attachment, poruchy attachmentu a léčení*. Praha: Natama, 2010. ISBN 978-80-866620-20-6

Seznam internetových zdrojů

Škála Connersové pro rodiče: PPP Přerov [on line]. Olomouc: 2013 [cit. 22. 1. 2016].
Dostupné z WWW: < <http://www.ppp-olomouc.cz>>

Škála Connersové dotazník pro ZS: PPP Přerov [on line]. Olomouc: 2013 [cit. 22. 1. 2016]. Dostupné z WWW: < <http://www.ppp-olomouc.cz>>

VYSKOČIL, F. *Právní úprava náhradní rodinné péče v České Republice*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2014 [cit. 16. 12. 2015]. Dostupné z WWW: < <http://www.nahradnirodina.cz> >

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Intenzita projevů poruch v jednotlivých obdobích a oblastech a jejich vytrvalost

Tabulka 2: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti somatiky

Tabulka 3: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti motoriky

Tabulka 4: Závažnost projevů rané deprivace v kognitivní oblasti

Tabulka 5: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti emocionality

Tabulka 6: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti vztahů

Tabulka 7: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti chování

Tabulka 8: Projevy rané deprivace v oblasti výkonu, sociální adaptace a reakcí

Tabulka 9: Negativní projevy chování

Graf 1: Celková závažnost v jednotlivých vývojových obdobích

Graf 2: Závažnost somatických projevů rané deprivace

Graf 3: Vytrvalost projevů rané deprivace v oblasti somatiky

Graf 4: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti motoriky

Graf 5: Vytrvalost projevů rané deprivace v oblasti motoriky

Graf 6: Závažnost projevů rané deprivace v kognitivní oblasti

Graf 7: Vytrvalost projevů rané deprivace v kognitivní oblasti

Graf 8: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti emocionality

Graf 9: Vytrvalost projevů rané deprivace v oblasti emocionality

Graf 10: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti vztahů

Graf 11: Vytrvalost projevů rané deprivace v oblasti vztahů

Graf 12: Závažnost projevů rané deprivace v oblasti chování

Graf 13: Vytrvalost projevů rané deprivace v oblasti chování

Graf 14: Intenzita projevů rané deprivace dle škály Connorsové pro M.

Graf 15: Intenzita projevů rané deprivace dle škály Connorsové pro P.

Přílohy:

Dotazník – projevy rané deprivace

1. Uved'te jaký je Váš vztah ke zkoumané osobě.

Pracovní vztah

2. Existuje v současné době nějaký závažný problém, který působí rušivě k sociálnímu okolí. Pokud ano, prosím uveďte.

Neexistuje

3. Uved'te poměr reálného výkonu k potencionálním možnostem.

~~Výrazně horší~~—~~spíše horší~~—~~trochu horší~~—~~v souladu~~.

4. Pouze pro učitele. Pozorovala jste v poslední době změny ve školním výkonu?

Velké zhoršení – malé zhoršení – výkon se nezměnil – zlepšil se – výrazně se zlepšil.

5. Jaké změny v chování jste v poslední době pozorovala?

a) Celkové chování

~~Mnohem horší~~—~~trochu horší~~—~~nezměnilo se~~—~~trochu lepší~~—~~mnohem lepší~~

b) Ve třídě (ve skupině)

~~Mnohem horší~~—~~trochu horší~~—~~nezměnilo se~~—~~trochu lepší~~—~~mnohem lepší~~

c) Podílení na činnostech kolektivu

~~Mnohem horší~~—~~trochu horší~~—~~nezměnilo se~~—~~trochu lepší~~—~~mnohem lepší~~

d) Postoj k autoritě

~~Mnohem horší~~—~~trochu horší~~—~~nezměnilo se~~—~~trochu lepší~~—~~mnohem lepší~~

6. Postavení v kolektivu

~~Neoblíbený~~—~~málo oblíbený~~—~~celkem oblíbený~~—~~oblíbený~~—~~nejoblíbenější~~

7. Dominance v kolektivu

~~Dominantní~~—~~výrazný~~—~~neutrální~~—~~nevýrazný~~—~~submisivní~~

8. Hloubka vztahů

~~Mnoho povrchních~~ – **přiměřené množství a hloubka** – ~~málo, ale trvalých~~

9. Vztah k autoritě

~~Opoziční~~ – **neutrální** – ~~submisivní~~

10. Oblíbenost u autorit

~~Neoblíbený (potíživista)~~ – **méně oblíbený** – ~~celkem oblíbený~~ – **oblíbený**

11. Reakce na výtku

~~Nepřijímá (negativní reakce)~~ – **přijímá, ale nereaguje** – ~~přijímá a reaguje pozitivně~~

12. Reakce na pochvalu

~~Nepřijímá~~ – **přijímá, ale nereaguje** – ~~přijímá (potěší ho)~~

13. Motivace

a) Reakce na úspěch

~~Potěší a motivuje~~ – **potěší, ale nemotivuje** – ~~je mu to jedno~~ – ~~úspěch spíše odmítá, protože zavazuje~~

b) Reakce na neúspěch

~~Podnítí k větší snaze~~ – **je mu to jedno** – ~~vnímá jako vlastní selhání, ale nereaguje~~ – ~~odradí od dalšího snažení~~

14. Vztah k sobě

a) Upravenost

~~Hezky upravený~~ – **upravený** – ~~spíše neupravený~~ – ~~neupravený~~

b) Sebehodnocení

~~Vnímá se pozitivně~~ – ~~spíše pozitivně~~ – **spíše negativně** – ~~negativně~~

c) Vztah k vině

Pokud je vinen

~~Vinu přiznává~~ – ~~vymlouvá se~~ – **nepřiznává** – ~~lže a svaluje vinu na druhé~~

Pokud vinen není

~~Dokáže se obhájit~~ – **neobhájuje se a nechá vinu na sobě** – ~~reaguje negativně (nepřiměřeně)~~

15. Reakce a způsoby chování, které se v poslední době projevily a v jakém stupni.

Stupnice: 0 - vůbec, 1 - trochu, 2 - značně, 3 - velmi značně

Projevy chování

Je neklidný, do všeho se hrne	0	1	2	3
Dožaduje se okamžitého uspokojení	0	1	2	3
Je vznětlivý	0	1	2	3
Je nepozorný, nesoustředěný	0	1	2	3
Nedokončí, co začne	0	1	2	3
Citlivý ke kritice	0	1	2	3
Vážný nebo smutný	0	1	2	3
Zasněný, duchem nepřítomný	0	1	2	3
Zachmuřený, rozmrzelý	0	1	2	3
Je hlučný, křičí, povykje	0	1	2	3
Vyrušuje ostatní	0	1	2	3
Je hádavý	0	1	2	3
Rychle a dramaticky střídá nálady	0	1	2	3
Jedná vychytrale	0	1	2	3
Destruktivní a ničivé chování	0	1	2	3
Krade	0	1	2	3
Lže	0	1	2	3
Explozivní a nepředvídatelné chování	0	1	2	3

Účast na činnostech skupiny:

Izoluje se od ostatních	0	1	2	3
Zdá se, že ho kolektiv nepřijímá	0	1	2	3
Zdá se, že se snadno nechá vést jinými	0	1	2	3
Nemá smysl pro fair play	0	1	2	3
Zdá se, že mu schází někdo, kdo by ho vedl	0	1	2	3
Nevychází s příslušníky opačného pohlaví	0	1	2	3
Nevychází s příslušníky vlastního pohlaví	0	1	2	3
Dráždí ostatní děti nebo se míchá do jejich věcí	0	1	2	3

Postoj k autoritě

Je submisivní	0	1	2	3
Je vzdorovitý	0	1	2	3
Je nestydatý, drzý	0	1	2	3
Je nesmělý	0	1	2	3
Je ustrašený	0	1	2	3
Klade mimořádné nároky na učitelovu pozornost	0	1	2	3
Je tvrdohlavý	0	1	2	3

Je příliš úzkostlivý na to, aby požádal
o pomoc
Nespolupracuje s učitelem
Má problémy s pravidelnou
docházkou

0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3