

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SPECIFIKA KLIENTŮ
POBYTOVÝCH SLUŽEB
STŘEDISKA VÝCHOVNÉ PÉČE

SPECIFICS OF CLIENTS WHO STAY AT THE
EDUCATIONAL CARE CENTRE



Magisterská diplomová práce

Autor: **Mgr. Věra Stránská**

Vedoucí práce: **Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.**

Olomouc

2021

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Miroslavu Charvátovi, Ph.D. za trpělivý a laskavý přístup a za cenné rady. Dále děkuji pracovníkům Střediska výchovné péče ve Zlíně za pomoc při sběru dat a také samotným klientům za ochotu podělit se se mnou o své prožitky a zkušenosti. A velký dík patří mé rodině, která mě podporovala a držela mi palce.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „Specifika klientů pobytových služeb střediska výchovné péče“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 25. 2. 2021

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD.....	5
	TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1	Střediska výchovné péče	7
	1.1 Střediska – historie a současnost	7
	1.2 Klienti střediska pohledem legislativy.....	10
	1.2.1 Zákonné normy	10
	1.2.2 Podzákonné normy	12
	1.3 Nástin péče o děti s psychosociálním narušením v některých státech Evropy.....	12
2	Charakteristiky klientů středisek	17
	2.1 Vývojová období v dětství a dospívání.....	17
	2.1.1 Vývojová období v dětství.....	18
	2.1.2 Rizikové momenty v období vývoje a psychická deprivace	20
	2.2 Psychodiagnostické kategorie klientů.....	23
	2.2.1 Poruchy chování: etopedické, psychologické a psychiatrické hledisko.....	24
	2.2.2 Hyperkinetická porucha a syndrom ADHD	28
	2.2.3 Poruchy osobnosti.....	34
3	Vybrané specifické charakteristiky klientů středisek.....	37
	3.1 Úzkost a úzkostnost	39
	3.2 Depresivita	43
	3.3 Impulzivita	49
	3.4 Sebepojetí (identita).....	51
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	56
4	Výzkumný problém.....	57
5	Typ výzkumu a použité metody	59
	5.1 Metody získávání dat	59
	5.1.1 Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal (SUDS).....	60
	5.1.2 Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS)	60
	5.1.3 Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS)	61
	5.1.4 Dotazník sebepojetí Piers-Harris 2 (PHCSCS-2)	61
	5.1.5 Interview	62
	5.1.6 Analýza dokumentů	63
	5.1.7 Pozorování	63

6	Sběr dat a výběrový soubor.....	64
	6.1 Charakteristika výběrového souboru	65
	6.2 Etické hledisko a ochrana soukromí	66
7	Analýza dat	68
	7.1 Příprava záznamu dat.....	68
	7.1.1 Záznam SUDS, SDDSS, SIDS a PHCSCS-2	68
	7.1.2 Transkripce a záznam interview	69
	7.1.3 Záznam dat z analýzy dokumentů	70
	7.1.4 Záznam dat z pozorování.....	70
	7.2 Analýza dotazníkových metod.....	70
	7.3 Analýza interview	71
	7.4 Analýza dokumentů	71
	7.5 Analýza pozorování	72
8	Deskripce dat a její výsledky.....	73
	8.1 Výsledky metod SUDS, SDDSS, SIDS, PHCSCS-2.....	73
	8.2 Odpovědi na hypotézy	74
	8.3 Jednotlivé případové studie	76
	8.4 Marek	76
	8.5 Jana	83
	8.6 Matouš	90
	8.7 David.....	96
	8.8 Adam.....	101
	8.9 Vojtěch.....	106
	8.10 Šimon	110
	8.11 Výsledky společné analýzy dat.....	115
	8.12 Odpovědi na výzkumné otázky a soulad s cíli.....	127
9	Diskuze	132
10	Závěry.....	141
11	Souhrn	142
	LITERATURA.....	147

ÚVOD

Od roku 2011 pracuji jako asistent pedagoga ve středisku výchovné péče ve Zlíně (dále jen „středisko“) a v již obhájené bakalářské diplomové práci jsem se zaměřila právě na klientelu této služby (Stránská, 2019). Nyní předkládaná magisterská diplomová práce pak navazuje na práci předchozí, zejména pak na výzkum věnovaný charakteristikám klientů střediska.

V minulé kvalifikační práci jsem se zabývala charakteristikami klientů opakovaně využívajících pobytových služeb střediska. Součástí práce byl rovněž výzkum, díky kterému jsme získali odpověď na otázku, jací jsou klienti, kteří se opakovaně vracejí na pobyt ve středisku – kdo jsou klienti, pro které je jeden pobyt nedostatečný. S tím však vyvstaly otázky další a odkryla se témata, týkající se této klientely, která stojí za objasnění a zkoumání. Dané téma si pozornost zaslouží pro praktické výstupy z výzkumu, které, jak věřím, mají svoji relevanci a užitečnost pro denní praxi odborných pracovníků středisek. Předchozí výzkum tak může být prostřednictvím této práce finalizován a při praktické reflexi může přinést i konkrétní žádoucí efekt.

O obsahu a zaměření práce čtenáře obvykle informuje její název. Po přečtení označení *specifické charakteristiky* může však čtenář zůstat v napětí, která ona specifika to jsou. To je konečně dobře, neboť až četba sama čtenáře uvede do plnosti předkládaného textu, a název nemusí vždy vyzradit vše: konkrétně se zaměřuji na úzkostnost, depresivitu, impulzivitu a sebepojetí u klientů pobytových služeb střediska. Teoretická část přináší informace o specifických, ozřejmuji, kdo je klientem střediska a zejména pak, kdo služeb využívá opakovaně a jaké „psychologické“ kategorie byly doposud u této klientely popsány.

V empirické části popisuji nové informace o specifických charakteristikách klientů, v tomto případě o úzkostnosti, depresivitě, impulzivitě a sebepojetí, k jejichž zjištění jsem použila metody vytvořené či přepracované pro českou populaci na katedře psychologie mé almae matris: konkrétně se jedná o Škálu úzkostnosti Dolejš a Skopal (SUDS), Škálu depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS), Škálu impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS) a Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2). Dále přináším srovnání výsledků úzkostnosti, depresivity, impulzivity a sebepojetí s normální populací a v neposlední řadě u vybraných klientů obsahovou analýzou, rozhovorem a pozorováním zjišťuji, jakou mají tito klienti zkušenost s tím, co bylo na základě dotazníkového šetření zjištěno u nich samotných a přináším srovnání výsledků z jednotlivých metod získávání dat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STŘEDISKA VÝCHOVNÉ PÉČE

S ohledem na zaměření práce, jakož i na skutečnost, že práce navazuje na předchozí výzkum, pracujeme od začátku s jistým předpokladem alespoň elementární obeznámenosti s problematikou středisek a jejich klientely, neboť podrobný rozbor by byl nad rámec zadání.

V následující kapitole, která je věnována pojednání o existenci a funkci středisek, navážeme z části rovněž na předchozí bakalářskou práci, neboť v oblasti pojednávané preventivně-pedagogické péče, jak ji střediska v koncepci českého školského systému představují, se toho v posledních letech mnoho nezměnilo. Avšak s ohledem na vytvoření teoretické báze a předpolí pro výzkum a z důvodu logické konzistence a návaznosti textu je třeba se alespoň v krátkosti zastavit u této problematiky a reflektovat současnou situaci.

1.1 Střediska – historie a současnost

V literatuře se běžně setkáváme s údajem, že první středisko výchovné péče na území naší republiky bylo založeno v roce 1984 v Praze na Klíčově jako výchovná skupina a integrální součást výchovného ústavu pro mládež. V dalších letech přibývalo ještě detašované pracoviště ústavu středisko v Praze-Řevnicích, které bylo určeno pro mládež s drogovou závislostí (Matoušek & Kroftová, 2003).

V případě střediska na Klíčově se nejednalo ještě v pravém slova smyslu o středisko, jak jej známe dnes. Následně od roku 1991 byla zakládána další střediska, a tak v roce 1993 již fungovalo 6 středisek (Vocilka, 1997) a postupem času přibývala další. V současnosti je na území České republiky dle informací ministerstva školství (na webu prezentovaných) funkčních 43 středisek (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2020) a spolehne-li se na tuto informaci z webu ministerstva, pak můžeme konstatovat, že od roku 2018 nedoznal počet středisek změn (Stránská, 2019). Zde je třeba se pozastavit nad skutečností, že výroční zpráva České školní inspekce za roky 2018/2019 uvádí počet středisek výchovné péče zásadně jiný, a sice praví, že v České republice bylo v danou chvíli v provozu 31 středisek, přičemž 16 zajišťovalo internátní péči a 8 celodenní péči, celkem střediska pečovala o 13 838 klientů a meziročně klesl počet klientů o 180 (Zatloukal et al., 2019).

Právě nejednoznačné a protichůdné údaje o počtu středisek, prezentované ministerstvem školství či školní inspekcí, podnítily autorku k vlastnímu zjištění přesných

dat. Na základě zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím byla autorce ministerstvem školství sdělena v listopadu 2020 aktuální data za léta 2018–2020 o počtu středisek, poskytovaných službách a další informace. Ze sdělení ministerstva školství vyplývá, že v roce 2018 bylo činných 31 středisek, v letech 2019–2020 to bylo již 33 středisek. Ambulantní formu péče poskytovala střediska v roce 2018 6225 klientům, v roce 2019 7298 klientům a 2020 pak 6774 klientům (data vždy k 30. 9. daného roku). Internátní formou byla péče poskytnuta v roce 2018 210 klientům, v roce 2019 215 klientům a v roce 2020 pak 205 klientům (data vždy k 30. 9. daného roku). Ve střediscích pak bylo zaměstnáno (při přepočtu na celé úvazky) v roce 2018 409,4 pedagogických pracovníků, v roce 2019 pak 435,8 a v roce 2020 448,7 pedagogických pracovníků (J. Nebřenský, osobní sdělení 30. listopadu 2020).

V legislativě nachází střediska poprvé oporu v zákoně č. 390/1991 Sb., České národní rady o předškolních zařízeních a školských zařízeních, a sice s účinností této právní normy od 4. října 1991.

V zákoně č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů se nacházejí další ustanovení, týkající se právní úpravy fungování středisek a jimi poskytovaných služeb, přičemž pro účely této práce vyjímáme pouze některá ustanovení zásadního významu.

Střediska ve smyslu zák. č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních poskytují své služby těmto klientům:

- I. dětem, případně mladým dospělým do 26 let, kteří jsou v riziku rozvoje poruch chování, či už u nich k poruchám chování došlo,
- II. osobám zodpovědným za výchovu dítěte, tedy zřejmě nejhojněji rodičům či jiným osobám stojícím na jejich místě a dále pedagogickým pracovníkům,
- III. dětem, o jejichž svěřeni do péče střediska rozhodl soud nebo orgán sociálně-právní ochrany dětí (§ 16 odst. 1 písm. a), b), c) zák. č. 109/2002 Sb.).

Hlavní funkcí středisek je poskytování celé skupiny služeb ve prospěch jejich klientů, přičemž, jak již bylo naznačeno výše, nejde jen a pouze o děti s poruchami chování nebo s rizikem jejich vzniku, nýbrž služby středisek jsou poskytovány rovněž školám, respektive

učitelům a také rodičům a zákonným zástupcům dětí s poruchami chování či rizikem jejich vzniku. Tyto služby mají charakter poradenství, terapie, diagnostiky, dále pak vzdělávání, služby v oblasti speciálně pedagogické a psychologické a další, přičemž přístup ke službám je možný v rámci ambulance nebo prostřednictvím internátního pobytu dítěte či terénní formou. Zákon rovněž upravuje spolupráci středisek s pedagogicko-psychologickými poradnami, speciálně pedagogickými centry a konečně také s orgány sociálně-právní ochrany dětí (§ 16 odst. 2–4 zák. č. 109/2002 Sb.).

V souladu se schváleným Záměrem koncepce řízení a rozvoje školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a preventivně výchovné péče zřizovaných ministerstvem školství na období 2014–2020 je rok 2020 věnován zejména posilování prevence rizikového chování, s cílem snížení počtu dětí v ústavní péči. Cílem je rovněž destigmatizace obrazu těchto školských zařízení ve společnosti. Záměr rovněž počítá s rozšiřováním středisek pro poskytování ambulantních služeb a poskytování celodenních programů v podobě denních stacionářů. Dlouhodobě je představen záměr postupně snižovat množství sekundárně a terciárně zaměřených preventivních programů a děti ponechávat co nejvíce v rodinném prostředí, které je pro ně místem známým a přirozeným. Záměr stanoví jako žádoucí, aby děti ze svého přirozeného prostředí byly vytrhávány a směřovány do institucionální péče, pokud možno, co nejméně (MŠMT, nedatováno).

Prospěšnost úsilí o destigmatizaci těchto zařízení, věnujících svoji pozornost dětem v ohrožení, potvrzují zjištění publikovaná ve studii z roku 2015, neboť děti i jejich rodiče jsou často stresováni nálepkováním v souvislosti se spácháním prvního, často nahodilého a nepromyšleného jednání, které je vyhodnoceno okolím jako protispolečenské. Následné stigma vnímají jako obtížně zvladatelné a tato situace vytváří prostor pro sekundární deviaci, která vyrůstá právě z rychlého odsudku společnosti. Naproti odsudku se pak jeví jako perspektivnější konfrontace mladistvého přestupce s jeho jednáním a posilování dodržování pravidel a dohod (Inderbitzin, Bates, & Gainey, 2015).

Při tom je možné konstatovat, že střediska, jakkoli se věnují problematice klientele, zachovávají náročné standardy a jsou podrobována kontrole nejen resortním kontrolním orgánem, kterou je Česká školní inspekce, ale rovněž Veřejným ochráncem práv (ombudsmanem), který ve své zprávě konstatuje, že v žádném zařízení, která byla ombudsmanem navštívena, nedochází ke špatnému zacházení (Varvařovský, 2013), což může rozptýlit poněkud pochmurnou představu zařízení s kasárenským režimem.

1.2 Klienti střediska pohledem legislativy

Hovoříme-li o dětech a mladistvých jako klientech středisek a používáme-li k vystižení problému, který stojí za jejich svěřením do péče střediska, termín psychosociální ohrožení a narušení, je třeba porozumění tohoto pojmu opřít o současnou odbornou diskusi a termín šířeji reflektovat. Nově ustavený termín vychází ze vzniku podoboru speciální pedagogiky, který je běžně nazýván etopedií (výchovou mravně narušených osob) a v současné době hovoříme rovněž o speciální pedagogice osob s psychosociálním ohrožením a narušením. Zejména těmto dětem a mladistvým je tedy určena péče středisek (Hutyrová, Růžička, & Spěváček, 2013).

Tuto skutečnost reflektuje i současná právní úprava existence a funkce středisek, když vyjmenovává, jakým klientům jsou služby střediska určeny. Jelikož náš zájem směřuje k dětským a mladistvým klientům, je pro nás zásadní ustanovení § 16 zák. č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy, jenž jako klienty označuje děti a mladistvé do 26 let, kteří jsou v riziku rozvoje poruch chování, či už u nich k poruchám chování došlo (Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních).

1.2.1 Zákonné normy

Činnost středisek specifikuje zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, jak bylo uvedeno již výše. Pokud jde o vymezení klienta, který se může ucházet o služby střediska a jemuž služby mohou být poskytnuty, pak zákon stanoví několik okruhů klientů, kteří jsou adresáty jeho služeb.

§ 1 odst. 1 citovaného zákona stanoví:

... ve školských zařízeních pro preventivně výchovnou péči, kterými jsou střediska výchovné péče (dále jen „středisko“), musí být zajištěno základní právo každého dítěte na výchovu a vzdělávání v návaznosti na ústavní principy a mezinárodní smlouvy o lidských právech a základních svobodách, jimiž je Česká republika vázána, vytvářeny podmínky podporující sebedůvěru dítěte, rozvíjející citovou stránku jeho osobnosti a umožňující aktivní účast dítěte ve společnosti. S dítětem musí být zacházeno v zájmu plného a harmonického rozvoje jeho osobnosti s ohledem na potřeby osoby jeho věku.

Z uvedeného je tedy na první pohled patrné, že primárním klientem střediska je dítě, a zároveň zákon klade zásadní požadavky na respektování práv dítěte, které se nachází

v mimořádné situaci, často odloučeno od rodičů a vytrženo ze svého běžného sociálního prostředí, a důraz je kladen na výchovu a vzdělání – tedy nikoli na nějaké prepenitenciární opatření mírného typu, nýbrž jde o skutečně výchovný a vzdělávací proces. S ohledem na filozofii zákona, která bývá vyjádřena slavnostněji v preambuli, jindy v úvodních ustanoveních zákona, je třeba tuto skutečnost zdůraznit: výchova a vzdělání, podpora sebedůvěry, rozvíjení citové stránky; to vše za účelem aktivní účasti dítěte ve společnosti.

Následující ustanovení, které se váže k charakteristice klientely středisek, se nachází v § 16 odst. 1 citovaného zákona, kde nalézáme výčet typů klientů: děti s rizikem poruch chování, děti s rozvinutými projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji, eventuálně i zletilé osoby v době přípravy na budoucí povolání do maximálně 26 let věku. Dalšími klienty pak jsou osoby odpovědné za výchovu, tedy zpravidla rodiče nebo ti, kdo stojí na jejich místě a pedagogičtí pracovníci, tedy z většiny učitelé. A konečně poslední skupinu klientely utváří děti, o jejichž svěření do péče střediska rozhodl soud a děti, kterým bylo soudem uloženo výchovné opatření ve smyslu zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí v § 13a stanoví:

vyžaduje-li to zájem dítěte a výchovná opatření podle § 13 odst. 1 nevedla k nápravě, může soud dočasně odejmout dítě z péče rodičů nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte; přitom dítěti nařídí nejdéle na 3 měsíce pobyt ve středisku výchovné péče nebo v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Abychom vyčerpali všechny okolnosti, za kterých je možné dítě svěřit do péče střediska, respektive abychom v plnosti reflektovali celou šíři klientely, zbývá uvést ustanovení zákona č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže, které v § 93 upravuje opatření, dle kterého

dopustí-li se dítě mladší patnácti let činu jinak trestného, může mu soud pro mládež uložit, a to zpravidla na základě výsledků předchozího pedagogicko-psychologického vyšetření, tato opatření... zařazení do terapeutického, psychologického nebo jiného vhodného výchovného programu ve středisku výchovné péče.

Z tohoto vyplývá, že dítě, které se dopustilo činu, který by byl běžně souzen jako trestný čin, ať už jde o krádež, násilí, hospodářský delikt a tak podobně, ale pro nedostatek věku není trestně odpovědné, může být zařazeno do péče střediska.

1.2.2 Podzákonné normy

Nemnohé podzákonné normy, vyhlášky a jiné právní akty, upravují činnost středisek, avšak nikterak výrazně nedefinují jejich klientelu. Z nich vybíráme pouze ty zásadní, které se činnosti středisek bezprostředně týkají.

Vyhláška č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče upravuje, jak už sám název napovídá, organizaci výchovně vzdělávací péče a rovněž stanoví vzorový vnitřní řád střediska.

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních stanoví pedagogicko-psychologickým poradnám a speciálně pedagogickým centrům povinnost spolupracovat se středisky a rovněž zakotvuje spolupráci školských výchovných poradců a metodiků prevence se středisky.

Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti středisek z roku 2007 precizuje terminologii a příkaz ministryně školství, mládeže a tělovýchovy č. 21/2007 k činnosti středisek upravuje náležitosti individuálního vzdělávacího plán, ošetřuje oblast hrazení služeb poskytovaných střediskem a upravuje ochranu dokumentace střediska. Dokument obsahuje důležitý požadavek, a sice, aby alespoň část pedagogických pracovníků střediska měla odpovídající terapeutické vzdělání v podobě absolvování systematického výcviku v některém z terapeutických směrů, který je vhodný pro poskytování péče ve středisku, ať už formou individuální, skupinové či rodinné terapie (MŠMT, 2007).

V podrobnostech k otázkám legislativy je možno odkázat na předchozí práci autorky, kde je této oblasti věnován podstatně větší prostor, než jak bylo účelné nyní, když navazujeme na již zjištěné a pojednané (Stránská, 2019). V tuto chvíli zároveň nenacházíme v oblasti legislativy středisek žádné podstatné změny, které by byly publikovány od roku 2019, které by byly pro naši práci relevantní a jejichž reflexe by byla podstatná.

1.3 Nástin péče o děti s psychosociálním narušením v některých státech Evropy

Při pohledu na situaci v zahraničí máme k dispozici jednak zdroje českojazyčné, jednak můžeme nahlédnout do některých publikací cizojazyčných, abychom se seznámili s formami péče o delikventní děti a mládež, které vychází ze zahraničních zkušeností. Informace v této podkapitole vychází zčásti z poznatků publikovaných ve studii vzniklé na půdě dnes již neexistujícího Národního ústavu pro vzdělávání, která vyšla v roce 2017. V této studii jsou

komparovány systémy péče o tyto děti na území České republiky a dále Německa, Velké Británie, Francie a Chorvatska a dále pak vycházíme ze zahraničních publikací.

Pro krátké srovnání byla záměrně vybrána Velká Británie, coby představitelka tradice anglosaského práva, dále Francie, země se silnou republikánskou tradicí a důrazem na všeobecná práva a konečně Slovensko, země geograficky a kulturně České republice nejbližší: tedy rozdílné země, avšak podobný cíl, tedy péče o ohroženou mládež. Jde tedy o výběr úzký a záměrný, přičemž lze předpokládat, že bude možné pozorovat významné rozdíly, respektive shody v péči o delikventní mládež, neboť sondu činíme do oblastí kulturně a jazykově naší zemi vzdálených (Velká Británie, Francie) a zároveň blízkých (Slovensko).

V českém kontextu preventivních aktivit pro ohroženou mládež se nehovoří o delikventní mládeži, nýbrž o rizikovém chování dětí a mládeže, přičemž zvolený termín (rizikové chování) nahrazuje dříve užívané označení sociálně patologické jevy. Toto označení je dnes již vnímáno jako stigmatizující, stavící zejména důraz na sociální normu. Prevence pak směřuje k přijetí opatření, která minimalizují nežádoucí rizikové chování a ruku v ruce s tím snižují jeho negativní následky. Střediska coby zařízení preventivně výchovné péče patří v systému řízení státních institucí pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Těžiště práce středisek se nachází v působení na posílení rodinných vazeb klientů a úpravu jejich intrafamiliárních vztahů (Baltag, Hochlová, & Myšková, 2017).

Při srovnání situace se zahraničím může mást už jen terminologie, neboť národní státy stanoví výši věku trestní odpovědnosti výrazně rozdílně a aktivují rozdílné funkční mechanismy v oblasti prevence nežádoucího (rizikového) jednání, tak i v oblasti soudnictví ve věcech mládeže a v oblasti sankční, přičemž tyto mechanismy také různě nazývají. Co je někde nazýváno jako zločinné či delikventní chování, jinde bude nazýváno jako rizikové chování. Například Belgie má věk trestní odpovědnosti stanoven na 18 let, Francie pak postavila rehabilitaci a vzdělání do centra své reformy soudnictví ve věcech mládeže či Nový Zéland zavedl systém rodinných konferencí, které mají za cíl snížit pravděpodobnost uvěznění dítěte a obnovit mezilidské vazby. Vedle toho existují státy s nízkým věkem trestní odpovědnosti, jako jsou historicky Spojené státy americké s hranicí 10 let (v některých státech je trestní odpovědnost již od 6 let věku) nebo Velká Británie, která stanoví počátek trestní odpovědnosti na 10 let věku. Organizace spojených národů proto užívá již několik let termín „dětí v konfliktu se zákonem“ (children in conflict with the law) pro popis dětského

nežádoucího jednání, ať už má charakter trestného činu podle zákona nebo jde o porušení jiných společenských norem (Young, Greer, & Church, 2017).

Velká Británie

Oproti situaci v České republice nezná systém ve Velké Británii internátní službu v podobě střediska výchovné péče. Pobyt v institucionálním zařízení je vyhrazen pro pobyt v dětském domově nebo v zařízení pro delikventní mládež, která mají podobný charakter jako vězení, s vyšší mírou zásahu do osobních svobod zde umístěných osob. Tamější preventivní programy jsou realizovány na bázi místní komunity. Jde o několik preventivních programů, přičemž stěžejní jsou týmy pro mladistvé pachatele (YOT, Youth Offending Team). Tyto týmy jsou součástí zastupitelstva obce a jsou nezávislé na policii a dalších institucích. Cílem činnosti týmů je zaměření na sociální situaci rizikové mládeže a minimalizace příležitostí ke spáchání protispolečenského přestupku. Participace dítěte či mladistvého na programu týmu je dobrovolná. Systém se od českého výrazně liší rovněž rolí mentora čili zkušeného a proškoleného dobrovolníka, který věnuje svůj čas ve prospěch dítěte, pomáhá mu se zvládnutí školních povinností, v přípravě na střední školu, se zvládnutím šikany a podobně. Mentori přitom nejsou nijak propojeni s policií ani školou dítěte. Velký problém pak ve Spojeném království představují dětské gangy v okolí velkých průmyslových měst a těmito gangy páchaná kriminalita. Sem také směřují různé preventivní programy (Baltag, Hochlová, & Myšková, 2017).

Francie

Ve Francii je systém péče o rizikovou mládež postaven na principu restorativní justice, jak bylo uvedeno již výše. Princip restorativní justice spočívá spíše v důrazu na obnovení poměrů dítěte a mladistvého než na jeho sankcionování formou represe v podobě aktuálně praktikované státní trestní politiky. Od 80. let 20. století se ve Francii tento systém dostává do popředí zájmu, včetně zdůraznění role oběti a péče o ni, jakož i ve vztahu k pachatelům protiprávního a protispolečenského jednání. Zásadní roli hraje mediace mezi obětí a pachatelem (Cario & Dünkel, 2015).

Obdobně jako v Británii je i ve Francii primární a sekundární prevence v rukou místní komunity. Programy mají za cíl upevňování pozice místních autorit, důraz je kladen na vysvětlení povinností, které pro děti a mládež vyplývají ze zákona. Francouzský systém zná trestní i netrestní opatření; zde zmiňme, neboť to zaměření práce odpovídá, možnosti netrestního charakteru, kterými jsou vzdělávací a výchovná opatření, mezi které patří mj.

rovněž možnost dítě svěřit službě péče o děti nebo umístění ve výchovně-vzdělávacím zařízení. Studie bohužel nereflektuje, nakolik jsou tyto instituty podobné našemu systému preventivně výchovné péče ve středcích. Studie rovněž zmiňuje velký problém, obdobně jako ve Spojeném království, který se pojí s dětskými gangy, jejichž počet převyšuje 200 a které mají přibližně 2500 stálých členů (Baltag, Hochlová, & Myšková, 2017).

Francouzská úprava pro děti s rizikem vzniku poruch chování prosazuje co nejvyšší míru integrace dětí do hlavního vzdělávacího proudu, s minimalizací vytržení dítěte do institucionální péče. Není-li integrace aktuálně možná, jsou k dispozici zařízení léčebně-výchovného charakteru, která mají formu dětského domova pro děti v náročné a obtížné situaci, kde je jim zajištěna diagnostická a terapeutická péče a následně je rozhodnuto o jejich další institucionální výchově, nebo návratu do rodiny. Pro děti s poruchami chování jsou to pak léčebná psycho-výchovná centra (Peutelschmiedová et al., 2006). Kde intervence selhává, nastupují soudy pro mládež, které rozhodují o dalších opatřeních (Hutyrová, Růžička, & Spěváček, 2013).

Slovensko

Kus společné historie, jakož i kulturní a jazyková blízkost se zřejmě promítají do úpravy péče o děti v riziku poruch chování na Slovensku. Tamější právní úprava, ačkoli nepoužívá v České republice zaužívanou terminologii (středisko výchovné péče), je v mnoha ohledech podobná. Ke střediskům výchovné péče zde existují analogické instituce s názvem léčebno-výchovné sanatorium (liečebno-výchovné sanatórium). Zřízení a funkce je upravena ve slovenském školském zákoně a v příslušné vyhlášce o speciálně výchovných zařízeních. Tato sanatoria poskytují péči v ambulantní i internátní formě a na rozdíl od situace v České republice je možný pobyt v zařízení až po dobu jednoho roku. Program v zařízení je uskutečňován v podobě výchovných skupin o maximálním počtu 8 účastníků, což odpovídá i české situaci. V současné době je na Slovensku 7 takových zařízení. Ve Slovenské republice rovněž fungují diagnostické ústavy (diagnostické centrá) a výchovné ústavy (reedukačné centrá) (Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov).

Ve slovenském kontextu se péči o děti, která v českém systému realizují střediska, věnuje obor léčebná pedagogika (liečebná pedagogika), který má základní průnik s oborem speciální pedagogika, jenž je vyučován v České republice. Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie predstavuje obor jako pedagogiku, která se zabývá výchovou,

2 CHARAKTERISTIKY KLIENTŮ STŘEDISEK

Nejobecnější charakteristika klienta střediska vychází jednak z právních norem, jednak z obrazu psychopatologie, jak jej podává odborná literatura z oblasti etopedie, psychologie a psychiatrie. V mnoha ohledech jde o klientelu, která vykazuje jisté nápadnosti a zároveň vyžaduje zvláštní péči, neboť tyto děti a dospívající mládež se vinou podob svého prožívání a chování často dostávají do konfliktu se všeobecným očekáváním svého okolí a často porušují sociální i právní normy, které ostatní lidé považují za užitečné a jimiž se většina společnosti řídí. Právě s těmito normami se klienti středisek dostávají do konfliktu už na začátku své deviantní dráhy, neboť jejich chování vykazuje taková schémata, která jsou nežádoucí, nechtěná až nepřijatelná (Fischer & Škoda, 2008).

2.1 Vývojová období v dětství a dospívání

V očekávání, která mají rodiče od dětí, se toho během času mnoho nezměnilo. O tom nás přesvědčí, nahlédneme-li do Komenského Informatoria školy mateřské, publikované poprvé v roce 1632, ve kterém autor vypočítává, jaké dovednosti by měli rodiče v dětech pěstovat a které jejich návyky by měli podporovat: střídmost, aby se děti nepřejídaly, dobré způsoby, aby si děti osvojily správné chování u stolu a péči o hygienu, úctu ke starším a respekt k autoritám, pravdomluvnost a spravedlnost, aby nelhaly, nekradly a nebyly vzdorovité, rodiče je mají učit pracovitosti, aby děti neholdovaly zahálce, mají je učit nejen mluvit, nýbrž i mlčet, dále si mají osvojit trpělivost, učit se pomáhat starším lidem, mají zdvořile jednat, umět podat ruku a poděkovat a konečně nemají být drzé a splašené, nýbrž rozvážné, zdrženlivé a umírněné (Komenský, 2020). Právě s většinou těchto ideálů se dostávají klienti středisek do vážného konfliktu.

Běžný, můžeme říct normální vývoj dítěte má své popsané fáze, ve kterých se odehrávají žádoucí vývojové kroky, nebo ve kterých hrozí rizika a krize, jakkoli je každý jedinec originální individuum a jeho vývoj neprobíhá šablonovitě. Odborná literatura nám prostředkuje souhrn vývojových stádií a zákonitostí, které jsou reflexí ověřených teorií a výzkumů. Než zaměříme svoji pozornost na problematický, deviantní a patologický vývoj dítěte, krátce pojednáme o obecných principech psychického vývoje dětí.

2.1.1 Vývojová období v dětství

Individuální vývoj člověka probíhá jako změna struktury biologické, sociální a psychické a je charakteristické, že a) změna je nevratná – vývoj jde kupředu, výjimkou může být patologický regres, b) změna je ovlivněná zevnitř i zvenčí – vývoj je souhrnem všech determinantů, ať už mají svůj původ ve vnějším prostředí, nebo jsou odrazem například hereditárně podmíněných vývojových změn a c) změna probíhá od méně dokonalého k dokonalejšímu – malé dítě, které je odkázáno na druhé, se vyvine v dospělého jedince s mnoha kompetencemi. Vývoj člověka nespočívá pouze v rozvoji kvantitativním (tělesný růst), nýbrž i v rozvoji kvalitativním (kognitivní i manuální schopnosti, kupříkladu rozvoj řeči, schopnost práce apod.) (Říčan, 2006).

Individuální vývoj mívá trend progresivní, stagnující nebo regredující. Za fyziologický je považován harmonicky progresivní vývoj, naopak vývojová retardace (zpomalení), vývojové stagnování nebo regres či naopak zrychlený, nerovnoměrný nebo disharmonický vývoj jsou považovány za nežádoucí. Stagnace ve vývoji nemusí nutně znamenat patologii, může jít o fyziologický vývojový postup, jakési sbírání času a energie před další vývojovou fází; zároveň může signalizovat vývojovou poruchu, přičemž, pomineme-li fyziologickou stagnaci, mohou být determinanty negativní, například nemoc, úraz nebo vedlejší léčebné příznaky (Thorová, 2015).

Základní psychologické vývojové teorie jsou spjaty se jmény významných autorů z oblasti psychologie a psychiatrie. Sigmund Freud (1856–1939) a jeho pokračovatelé spatřovali významný determinant rozvoje dítěte v konceptu dětské sexuality (Kocourková, 2000). Z psychoanalýzy vychází rovněž Erik Erikson (1902–1994), který pozornost zaměřil k životním sekvencím, v jejichž průběhu jsou zdolávány mety psychického vývoje – dosažení základní důvěry, posléze autonomie, následně fáze iniciativy, období pracovitosti a konečně fáze identity a posléze další stádia v dospělosti až stáří, která nyní blíže nereflektujeme. Podle Eriksona je rizikové nenavázání bazální důvěry k pečující osobě. Pokud této důvěry nedosáhne, je jedinec do budoucna vystaven riziku neschopnosti blízkých, na důvěře založených vztahů (Erikson, 1963).

I mimo psychoanalytickou školu bychom našli řadu dalších a podobných vývojových teorií. Mezi teoriemi a přístupy existuje shoda, že vývoj člověka je průběžné kontinuum, sestávající z jednotlivých vývojových stádií, v rámci kterých dochází k postupnému získávání zralosti a v nichž se odehrávají rovněž kritické momenty, jejichž řešení je

rozhodné pro fyziologické pokračování zrání a jejichž nezvládnutí může být ohrožující pro zdravý celostní rozvoj jednotlivce.

Vývoj zdravého člověka je determinován potřebami, které se v různých etapách liší a jejichž uspokojení je pro rozvoj klíčové. Znamé hierarchizované motivační schéma, nazývané později populárně rovněž pyramidou lidských potřeb – ačkoli autorovo dílo toto pyramidální uspořádání neobsahuje – představil v roce 1943 americký psycholog Abraham Harold Maslow (1908–1970) v Psychologické revue v článku Teorie lidské motivace a posléze v knize Motivace a osobnost z roku 1954 (Maslow, 1943). Podle Maslowa jsou potřeby člověka organizovány v pomyslné struktuře od nižších k vyšším a sám využívá nikoli znázornění formou diagramu, nýbrž procentuální vyjádření (Eaton, 2018). Maslow sám pak uvádí pět hierarchických stupňů: 1) základní fyziologické potřeby, 2) potřeba bezpečí a jistoty, 3) potřeba lásky a přijetí, 4) potřeba uznání a úcty a 5) potřeba seberealizace (Maslow, 1943). Pozdější rekonstrukce Maslowovy teorie pak uvádí ještě 6) potřebu sebetranscendence, s vědomím, že do původního schématu nepatří historicky, nýbrž jde o dopracování předložené škály v duchu Maslowových pozdějších studií a vyjádření. Oproti původnímu Maslowovu pojetí, že totiž člověk postupně prochází od nižších potřeb k uspokojování vyšších a že pro postup je třeba, aby byly nižší potřeby uspokojeny, aby člověk mohl postoupit na další vývojový stupeň, dnešní odborná diskuse už toto schematické fázování opouští (Koltko-Rivera, 2006).

Uvedené teorie pracují s reflexí normálního průběhu individuálního vývoje člověka, tak i s riziky, které se s jednotlivými kroky pojí. Právě děti, které se dostanou do péče střediska, mají v těchto vývojových obdobích specifické obtíže v oblasti emocí a chování, v důsledku kterých je indikována etopedická, psychologická a psychiatrická péče, ať už navzájem v provázaných souvislostech a profesní kooperaci zainteresovaných odborníků, či izolovaně. Zejména období puberty je často kritickým momentem, ve kterém dochází ke zvýšenému výskytu problémů nebo k akcelerovanému rozvoji již dříve detekovaných nežádoucích projevů dospívajícího člověka. Jestliže sociální psychologie pracuje s ideálními normami, které vycházejí z optimálních vlastností lidí, stávají se tyto normy, s ohledem na disponovanost klientů středisek, normami utopickými, přičemž mladí lidé často zažívají frustrace, které pramení z neschopnosti ideálním normám dostat nebo se jim alespoň blížít (Jedlička, 2015).

2.1.2 Rizikové momenty v období vývoje a psychická deprivace

Od narození je nesporně důležité připoutání dítěte k osobě, která kontinuálně zajišťuje něžnou, láskyplnou a citlivou péči a která je v důsledku zárukou pocitu bezpečí – toto je předpoklad pro pozdější zdárný duševní vývoj jednotlivce i v dalších letech. Právě v tomto období může nastat, například v důsledku nutné hospitalizace, mezera v uspokojování této potřeby ze strany pečující osoby, kterou je zpravidla matka. I proto je žádoucí, aby v případě pobytu dítěte v nemocnici s ním mohl být některý z rodičů a pobyt v nemocnici byl omezen jen na nezbytně nutnou dobu. Není-li tomu tak, bývají u dětí pozorovány separační reakce, které sestávají z fáze 1) protestu, během které dítě křičí a volá matku, 2) zoufalství, kdy dítě postupně ztrácí naději, že matku přivolá a konečně 3) odpoutání od matky, kdy dítě potlačí své city vůči matce a pokusí se připoutat k jiné pečující osobě – pokud se to nepodaří, dítě ztrácí svůj vztah k lidem a do budoucna se spíše bude vztahovat k věcem než osobám (Langmeier & Krejčířová, 2013).

Pro výraznou část klientely střediska je typické selhávání v době takzvané adolescentní krize, která úzce souvisí s krizí vlastní identity dospívajícího člověka. Sama adolescentní krize je fyziologický vývojový proces, který však nese jistá rizika a kde jeden dospívající krizi neregistruje, druhý může výrazně selhávat. Projevy selhání pak mohou mít podobu neurotických onemocnění, psychóz nebo se demonstrují skrze delikventní projevy. Právě zachycení delikventních projevů stojí často za umístěním dítěte do péče střediska (Jedlička, 2015; Polínek, 2014).

Psychická deprivace (z angl. deprivation – zbavení, strádání) je stav, který nastává v důsledku nepříznivých životních okolností, jež brání v uspokojení základních psychických potřeb v dostatečně široké míře a po dostatečnou dobu (Langmeier & Matějček, 1974). V českém prostředí se deprivací zabývali rovněž Koukolík a Drtilová (2006) v knize *Vzpouza deprivantů*, kteří poměrně ostře vymezují pojmy deprivant a deprivantství a hovoří o jednotlivcích, kteří z biologických, psychologických či sociokulturních důvodů nedosáhli lidské normality nebo o ni přišli. Jde osoby, které jsou jaksi nepovedené, zmrzačené a jejich postižení se týká citové a hodnotové oblasti než intelektu, což reflektuje rovněž Krejčířová (1997), která uvádí, že k poruchám chování často dochází v reakci na deprivaci či disharmonický vývoj osobnosti, přičemž těmto dětem je upřeno zažívat lásku, absentuje u nich schopnost zakoušet vlastní vinu, jakkoli dokážou svým okolím manipulovat a emoce předstírat. Právě děti s těmito projevy chování a charakterovými specifiky se často ocitají v péči střediska.

Otázkou psychické deprivace v dětství se v českém prostředí zabývali Zdeněk Matějček (1922–2004) a Josef Langmeier (1921–2007) a v roce 1963 tuto problematiku tematizovali ve své knize *Psychická deprivace v dětství*, ve které mezi základní psychické potřeby řadí potřebu vnější stimulace, která spočívá v dostatečném množství podnětů na všech vývojových stupních. Jednotlivé stimuly musí být v dostatečném a zároveň přiměřeném množství dávkovány, aby nedocházelo ke strádání (deprivaci) a zároveň aby podnětů nebylo nadlimitní množství, což by vedlo k podnětovému přesycení. Podněty je třeba zprostředkovávat v rámci vnější struktury, které bude dítě rozumět. Dítě potřebuje postupně vrůstat do známého prostředí, ve kterém se orientuje, učit se, osvojovat si dovednosti, a tím získávat orientaci ve vnějším prostředí. Od začátku lidského života je žádoucí, aby se dítě mohlo vztahovat ke specifickému sociálnímu objektu. Tím bude zpravidla matka nebo jedna jiná pečující osoba, která pro dítě v danou chvíli představuje celý svět. Tato potřeba je popisována různě jako potřeba lásky, závislosti, připoutání se. Postupem času ustupuje do pozadí role jedné pečující osoby, a to v souvislosti s rozvojem vlastního já dítěte, vůči kterému se nově začne vztahovat a jím poměřovat sebe a okolní svět. Dítě již dosahuje samostatných výkonů a zažívá úspěch. Tato potřeba se demonstruje zejména v období mezi 2.–3. rokem věku. A konečně potřeba otevřené budoucnosti a životní perspektivy. V případech, kdy není tato potřeba naplněna, dochází k zoufalství, neboť život se jeví jako neperspektivní a bez naděje (Pugnerová, 2016).

Deprivace přitom nemusí mít nutně pouze podobu neuspokojování psychických potřeb, ale může jít rovněž o zanedbávání dítěte v oblasti výživy a spánku, tehdy hovoříme o deprivaci biologických potřeb. Hatem et al. (2020) publikovali výsledky výzkumu, z nichž vyplývá, že nejistota stran dostatku jídla a zajištěného bydlení měla podstatný vliv na výskyt úzkostnosti a depresivity mezi dětmi a zároveň byla zjištěna vyšší depresivita matek. Tato zjištění mohou být využita sociálními úřady při vyhledávání potřebných matek, které se potýkají s nedostatkem potravin a zajištěného bydlení pro sebe a děti a opatření mohou vhodně snížit výskyt úzkostnosti a depresivity v této skupině.

Další z deprivací je senzorická deprivace, tedy nedostatek stimulace a podnětů, což je častý fenomén zejména u dětí s postižením. Dále hovoříme o kognitivní deprivaci, pokud je u dítěte zanedbávána potřeba učení a dítě se v důsledku toho nemůže rozvíjet přiměřeně svému věku a dispozicím. Sociální deprivace vyplývá z nedostatečné interakce se sociálním okolím, které dítěti prostředkují přiměřené mezilidské kontakty a konečně citová deprivace,

kteřá je dŮsledkem nezájmu pečující osoby, když matka neprojevuje o dítě zájem, má vůči němu ambivalentní či dokonce hostilní postoj (Pugnerová, 2016).

Samostatnou kapitolou je soubor příznaků, které se projevují u dítěte, které je zanedbáváno ze široka v několika oblastech a navíc týráno. Typické projevy pro toto hostilní jednání vůči dítěti jsou nazývány syndromem CAN (child abuse and neglect), který zahrnuje týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte, jež se děje ze strany jeho nejbližších osob a spočívá v krutém zacházení, nedostatku zdravotní péče, absenci starosti o jeho výchovu a vzdělávání, přičemž může mít podobu aktivní (záměrné fyzické ubližování) nebo pasivní (nedostatečné uspokojování životních potřeb). Podle Vágnerové (2014) trpí syndromem CAN 5 % dětí, přičemž fyzickému týrání bývá vystaveno 5–10 % dětí, zanedbáváním a psychickým týráním je postiženo 6–10 % a 15 % dívek a 6 % chlapců zažilo nějakou formu sexuálního zneužívání.

Týrání, zanedbávání a zneužívání se následně projeví v životě dítěte a mají výrazně negativní vliv na jeho vývoj, uplatnění a postavení ve společnosti. Sem patří rovněž nepatřičné sexuální jednání s dítětem, při kterém dospělý zneužívá dítě pro své sexuální uspokojení, ať už formou nepenetrativních či penetrativních sexuálních aktivit. Reakcí na dlouhodobé zanedbávání a zneužívání může být vedle psychické deprivace rovněž rozvoj posttraumatické stresové poruchy, jež zpravidla vzniká v průběhu posttraumatického procesu, při němž dochází k traumatické sexualizaci dítěte, které svoji sexualitu začíná chápat jako nástroj k ovládnutí druhých. K tomu přistupuje u dětí pocit zrady, typicky jsou-li zraňováni někým, na kom jsou životně závislí. Vedle toho zažívají bezmocnost, neboť situaci nemají pod kontrolou a nemohou ji efektivně zvrátit. V důsledku dlouhodobého negativního sebehodnocení zažívají stigmatizaci a cítí odlišnost od druhých, kteří vyrůstají v uspořádaných poměrech. Tyto děti do budoucna často trpí depresemi, jsou promiskuitní, nejsou schopny navazovat stabilní vztahy, bývají závislé nebo agresivní, častěji páchají sebevraždy. Častým projevem jsou pak poruchy chování v dětském věku a rozvoj poruch osobnosti v dospělosti (Malá, 2000).

Důsledky psychické deprivace, týrání, zanedbávání a zneužívání mají mnohohozačné důsledky pro vývoj dítěte, manifestují se již během dospívání a následky přetrvávají do dospělosti. V prvních letech života vede deprivace k redukci možnosti navázat spolehlivou vazbu k pečující osobě, což má neblahé důsledky pro schopnost navazovat vřelé, pozitivní a trvalé vztahy s druhými lidmi. Takto postižené děti mají problémy s orientací ve vlastních emocích, jakož i problémy s regulací vlastních emočních prožitků. Mívají nízkou frustrační

toleranci, jsou výbušné, vykazují se jako impulzivní, trpí poruchami pozornosti, navazují jen povrchní mezilidské vztahy, jsou zaměřeny pouze na uspokojování svých potřeb. V dospělosti pak problémy přetrvávají, tito lidé jsou nespokojeni se svým životem, mají partnerské i profesní konflikty, neboť nedokážou navazovat harmonické vztahy, okolím jsou hodnoceni jako sobečtí, nestálí a konfliktní a mají tendenci k asociálnímu až kriminálnímu chování (Vágnerová, 2014).

Na dalekosáhlé negativní důsledky psychosociální deprivace dětí upozorňují ve své nedávné studii rovněž Nelson, Zeanah & Fox (2019), kteří publikují zásadní zjištění, opřené o testy s deprivací laboratorně chovaných zvířat a upozorňují na následky deprivace, jež se projevuje následně nejen v chování dětí a mladých dospělých, ale obsahuje rovněž oblast kognitivních deficitů v oblasti paměti, zájmu o dění a novinky. Deprivované děti vykazují zvýšené problémy v oblasti připoutání k pečující osobě (porucha attachmentu) a následně se toto projevuje v nežádoucím sociálním chování, ale také v osvojení jazyka a komunikaci.

Maladaptivní chování a poruchy emocí, ADHD nebo rizikové počínání, to vše tak typické pro klienty středisek, jsou běžné projevy dětí po prožití traumatu, zejména vývojového či komplexního traumatu, jaké představují emoční traumata do 6 let věku, ztráta blízké osoby, odebrání z rodiny, dlouhodobá šikana, týrání, nepřiměřené trestání, sexuální zneužívání, domácí násilí nebo válečná traumata. Tyto zážitky představují rizikové faktory pro pozdější vznik poruchy osobnosti, závislostní problémy, poruchy příjmu potravy, narušení identity a sebepoškození (Jochmannová, 2019). Výskyt šikany u klientů střediska byl zjištěn i v dřívějším výzkumu, přičemž bylo poukázáno na podceňování vyšetřování a řešení tohoto problému (Stránská, 2019).

2.2 Psychodiagnostické kategorie klientů

Termín poruchy chování zahrnuje konglomerát projevů, které mají výraznou negativní závažnost pro dítě a dospívajícího a rovněž pro jeho okolí. Nad to poruchy chování představují typický mezioborový problém, na jehož řešení se vedle zdravotnických disciplín (psychiatrie, klinická psychologie) podílejí rovněž sociální pracovníci (orgány sociálně-právní ochrany dětí, kurátoři pro mládež apod.) a resort školství, ať už jde o hlavní vzdělávací proud (výchovní poradci, školní metodici prevence) nebo o speciálně pedagogický segment se specializací etopedie (střediska výchovné péče, diagnostické ústavy, výchovné ústavy).

2.2.1 Poruchy chování: etopedické, psychologické a psychiatrické hledisko

Speciálně pedagogické (etopedické) hledisko

Polínek (2014, 132) definuje poruchy chování jako „*opakující se a trvalý (v trvání nejméně šest měsíců) vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte*“. Tato definice se kryje s diagnostickými znaky pro F91 Poruchy chování podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. revize (MKN-10, 2017).

Projevy typické pro poruchy chování jsou nerespektování sociálních norem, neschopnost navazovat a udržet kvalitní mezilidské vztahy, bezohlednost a egocentrismus se zaměřením na vlastní uspokojení a konečně absence svědomí a pocitů viny (Fischer & Škoda, 2008).

Při diagnostice poruch chování je třeba opatrnosti a diagnostické erudice, neboť projevy poruch chování se mohou krýt s diagnostickými znaky pro hyperkinetickou poruchu či pro ADHD a zároveň je třeba je diferencovat od chování, se kterým se setkáváme během vývojových stádií (období vzdoru, puberta, adolescence) (Slowík, 2016).

Dřívější pojetí poruch chování se vztahovalo k porušování sociálních norem, přičemž typickými znaky byla obtížná vychovatelnost, neochota respektovat sociální normy a v důsledku toho chování narušující obecně platné normy. Takové projevy byly chápány jako defektní ve vztahu k socializaci dítěte a dítě bylo rovněž označováno jako defektní. Defektologie coby nauka o defektních jedincích byla etablována na krátký čas i v našich akademických podmínkách, zejména vlivem těsného napojení Československa na Sovětský svaz, přičemž defektologie nahradila dříve užívaný termín pedopatologie (Sovák & Edelsberger, 2000).

Současné pojetí poruch chování se ve speciální pedagogice vyhýbá slovu defekt, defektní a usiluje o minimalizaci společenské stigmatizace dítěte s poruchou chování. Speciálně pedagogické odvětví, nazývané etopedie, se vyčlenilo ze speciálně pedagogické disciplíny psychopedie od konce 60. let 20. století a navazuje na disciplíny pedopatologie (zabývající se nápravou mravně vadných) a defektologie (viz výše). Od studia a popisu funkčních defektů je v duchu celostního pojetí člověka pohled přeměřován na jedince v jeho současné situaci, a zároveň s vědomím minulosti a s výhledem k co možná nejvyšší životní perspektivě, s využitím potenciálu, který dítě má. Etopedie využívá

primárně formativní prostředky k ovlivnění chování dětí a dospívajících a směřuje k jejich efektivní edukaci – tedy edukaci jedinců s poruchami chování a emocí (Vojtová, 2006).

Psychiatrické a psychologické hledisko

Snaha etopedické intervence, jak je patrné z výše uvedeného, směřuje zejména k efektivní edukaci dětí s poruchami chování a emocí – jde tedy o pohled primárně pedagogický, respektive speciálně pedagogický. Vedle toho jsou poruchy chování předmětem reflexe psychologie a psychiatrie. Vágnerová (2014) popisuje poruchy chování z hlediska psychiatrie coby odchylku v oblasti socializace, přičemž poruchy chování vidí jako porušování sociálních norem, kdežto termín delikvence vyhrazuje pro porušování právních norem. Jedinec s poruchami chování normy chápe, ale nepodřizuje se jim. Jde tedy o jasné odlišení od mentální retardace, kdy jedinec dané společenské normy nechápe a jeho chování, ačkoli jde přes mez společensky přípustného, není diagnostikováno jako porucha chování. Vágnerová rovněž uvádí, že poruchy chování se vyskytují u 5–10 % dospívajících, častěji u chlapců; etiologii spatřuje v kombinaci biologických a sociálních faktorů, přičemž reflektuje i fenomén biologického znevýhodnění, spočívající v genetické zátěži, kterou si jedinec nese z výbavy svých pokrevních předků.

Právě rizikovní rodiče jsou významně znevýhodňující faktor stran rozvoje poruch chování a celkové prognózy. Mezi rizikové rodiče lze zařadit ty, u kterých se objevily projevy poruchy osobnosti, poruch chování, abúzus návykových látek, hyperkinetické poruchy (ADHD) aj. Tento koktejl, sestávající z genetických (biologických) faktorů a nevhodného rodičovského působení může ukazovat k infaustní prognóze ve smyslu zvládnutí projevů poruch chování v dětství a adolescenci a může představovat kontinuální přechod do poruchy osobnosti (Kvintová, 2016), přičemž praxe často neumožňuje kvantifikovat významnost vlivu genetické predispozice a výchovných vlivů.

Hrdlička a Dudová (2015) pak prevalenci poruch chování uvádějí na hodnotě 5 % v populaci, podle Drtílkové (2001) je to dokonce 15 %, přičemž uvádí, že jde o nejužívanější diagnózu v dětské psychiatrii, s etiologií multifaktoriální, která zahrnuje biologické, rodinné a sociální determinanty. Jde především o genetickou zátěž, nízkou porodní hmotnost, mužské pohlaví, agresivitu, narušenou pozornost, antisociální chování a abúzus návykových látek u rodičů, rozvod rodičů, nedostatečný dohled ze strany pečujících osob, nízký socioekonomický status a rovněž nadměrné vystavení násilí v médiích. Klinicky se poruchy chování demonstrují výbuchy zlosti, porušováním pravidel, obviňováním okolí

a svalováním viny za své jednání na druhé, agresí a šikanózními projevy, používáním zbraní vůči druhým lidem, agresí a hrubostí ke zvířatům, krádežemi a vynucováním sexuálních interakcí. Diagnostika vedle psychiatrického a psychologického vyšetření vyžaduje získání informací z okolí dítěte. První výskyt poruchy chování se objevuje před 10. rokem věku, zcela vzácně po 16. roku věku. Předpokládá se sukcesivita F91.3 Opoziční vzdorovité chování → F91.1 Nesocializovaná porucha chování → disociální porucha osobnosti. K léčbě poruch chování jsou užívány prostředky psychologické, behaviorální a farmakologické (Hrdlička & Dudová, 2015).

Pro farmakologickou léčbu poruch chování Drtílková (2001) uvádí symptomatologickou farmakoterapii, s cílem působit na zvládnání agresivity, dráždivosti a impulzivity klasickými neuroleptiky v nižších dávkách než na psychotické pacienty. Cílem je útlum a potlačení agresivity, nikoli antipsychotické působení medikamentů. Hrdlička a Dudová (2015) pak uvádějí antipsychotika a stabilizátory nálady a rovněž stimulantia a antidepresiva. Theiner (2007) volí zprvu metody nefarmakologické, doporučuje rodičovský trénink k edukaci zvládnání problémového chování dítěte a rodinnou terapii. Rovněž reflektuje pozitivní roli psychofarmak, nicméně zároveň konstatuje, že ačkoli jsou různé preparáty užívány, o jejich účinnosti a bezpečnosti nejsou dosud k dispozici spolehlivé studie a neexistuje ani žádný specifický lék pro poruchy chování.

Z psychologických nástrojů se nabízí psychoterapie. Pro poruchy chování se jeví jako vhodná volba kognitivně behaviorální terapie, která chápe maladaptivní chování jako zakořeněné vzorce jednání, které jsou naučené. Prostřednictvím kognitivně behaviorální terapie dochází k učení adaptivnějším způsobům chování, které vedou ke zvládnání obtíží daných poruchou (Praško & Možný, 2010). Pro potřeby terapie se díky svým specifickým jeví kognitivně behaviorální terapie vhodná pro klienty střediska, neboť skrze nácvik žádoucího chování směřuje k určenému cíli ve stanoveném čase, který je ohraničen dvěma měsíci pobytu. Svoji roli samozřejmě hraje i erudice terapeutů ve středisku a výcvik, který, pokud vůbec, absolvovali. Vhodnost volby kognitivně behaviorální terapie pro poruchy osobnosti, respektive poruchy chování potvrzuje rovněž Kratochvíl (2017) a ve zlínském středisku je tato terapeutická metoda preferována.

Medicínské diagnostické manuály, ať už jde o MKN-10 nebo systém DSM-5, obsahují diagnostická kritéria pro diagnostiku poruch chování. Jde o široký okruh poruch s obvyklým počátkem v dětství, které narušují školní a pracovní výkony a výrazně zasahují do vztahů s vrstevníky a autoritami. V případě MKN-10 jde o skupinu F90–F98 Poruchy

chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání (MKN-10, 2017). U manuálu DSM-5 jde o diagnostické jednotky 312.81 Porucha chování s nástupem v dětském věku, 312.82 Porucha chování s nástupem v adolescenci (American Psychiatric Association, 2015). V dalším popisu se přitom primárně budeme držet diagnostických jednotek uvedených v MKN-10, neboť tento manuál je u nás rozšířený.

Duševní poruchy a poruchy chování (2006, 205) k poruchám chování uvádí:

Poruchy chování jsou charakterizovány opakovaným a přetrvávajícím agresivním asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle). Tento druh poruch chování však může být projevem i jiné psychiatrické poruchy a v takovém případě má být preferována příslušná diagnóza. Chováním, na němž je diagnóza založena, je například nadměrné praní se nebo týrání, krutost k lidem nebo ke zvířatům, závažné destrukce majetku, zakládání požárů, krádeže, opakované lži, záškoláctví a útěky z domova, neobvykle časté a silné výbuchy vzteku a nekázeň. Pro diagnózu postačuje jeden z těchto typů chování, pokud je výrazný, nestačí však ojedinelý disociální čin.

V tuto chvíli necháváme stranou samostatnou kapitolu MKN-10 s označením F90 Hyperkinetické poruchy, kterým budeme věnovat samostatnou podkapitolu. Další v pořadí jsou F91 Poruchy chování. Pro správnou diagnostiku a odlišení od projevů například poruch přízpusobení, poruch sociálních vztahů nebo projevů jiných duševních poruch, je třeba uvažovat o samostatném výskytu poruch chování, bez zřejmé provázanosti s jinou poruchou.

F91 Poruchy chování se rozlišují dle závažnosti na lehké, střední a těžké. V mimořádně je u těžkých projevů poruch chování nutná i hospitalizace a izolace. MKN-10 rozlišuje F91.0 Porucha chování vázaná na vztahy v rodině – projev je vázán pouze na rodinné vztahy a domov; F91.1 Nesocializovaná porucha chování – spojena s disharmonickým rozvojem osobnosti, chybí zvnitřnění morálky, jedinec je samotářský, často násilnický a krutý – patří k poruchám s nejhorší prognózou; F91.2 Socializovaná porucha chování – narušený vztah k autoritám a pravidlům, typická je integrace v partě nebo gangu s vlastními pravidly a rituály a delikventními aktivitami; F91.3 Opoziční vzdorovité chování – objevuje se u dětí do 10 let, charakteristické je extrémní vzdorovitostí, absencí respektu k autoritám a lhaním a bývá předstupněm k F91.1 Nesocializovaná porucha chování. F91.8 Jiné poruchy chování a F91.9 Porucha chování nespecifikovaná jsou

vyhrazeny pro případy, kdy je průběh poruchy chování atypický nebo nejsou k dispozici bližší údaje, které by umožňovaly poruchu zařadit k jiným jednotkám (MKN-10, 2017).

2.2.2 Hyperkinetická porucha a syndrom ADHD

Klienty středisek se velmi často stávají děti, které mají v anamnéze diagnózu hyperkinetická porucha nebo ADHD. Aniž jsme nyní schopni kvantifikovat, jaký je podíl dětí s poruchou chování a s hyperkinetickou poruchou, je tato diagnostická jednotka z hlediska zaměření této práce významná.

Podle Příhodové (2011) porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) je vývojová porucha centrální nervové soustavy, která se projevuje již v časném dětském věku a v 60 % přetrvává do dospělosti. Podkladem jsou strukturální a funkční odchylky různých mozkových oblastí, především frontální kůry a bazálních ganglií, spojené s narušenou rovnováhou některých neurotransmiterů (zejména dopaminu a noradrenalinu).

Jak uvádějí Hrdlička & Dudová (2015), diagnostika hyperkinetických poruch, respektive poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) si prošla během 20. století dynamickým konsekutivním vývojem. Zatímco v konceptu DSM byl zvolen termín porucha s deficitem pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), MKN-10 ještě v 90. letech 20. století pracovala s pojmem lehká mozková disfunkce. Právě časté změny diagnostických konceptů mohou, mimo jiné, za nedostatečnou diagnostiku a léčbu hyperkinetické poruchy. Na insuficientní léčbě se podílí nejednoznačně ohraničená diagnostika, svěřená do kompetence několika profesí: někdy ji provádějí psychiatři, jindy pediatři, psychologové, školní psychologové či speciální pedagogové. Diagnostiku komplikují rovněž změny názvů a konceptů této poruchy, zátěž vycházející z dřívějšího názvu lehká mozková disfunkce, vliv komorbidních diagnóz a rovněž komerčně nabízené alternativní léčebné metody.

Při diagnostice ADHD je třeba brát v úvahu rovněž skutečnost, že *„odlišení od emoční poruchy je jasné, odlišení od hyperaktivity je méně jasné a porucha chování se s ní často překrývá“* (Duševní poruchy a poruchy chování, 2006, 205).

Hyperkinetické poruchy F90 jsou v MKN-10 řazeny pod Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání F90–F98. Hyperkinetické poruchy představují skupinu poruch, které se obvykle u dítěte objeví v průběhu prvních 5 let života. Jsou charakteristické *„nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena,*

spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou“ (MKN-10, 2017, 252). Chování takových dětí bývá z pohledu dospělých vnímáno jako neukázněné a impulzivní a porušování pravidel se jeví jako bezmyšlenkovité. Dochází častěji ke konfliktům a ve vztahu k dospělým se projevuje sociální disinhibice. Ani mezi vrstevníky nejsou projevy dětí s hyperkinetickou poruchou přijímány bez potíží a kvůli svému nestandardnímu chování se pak ocitají na okraji skupin či v izolaci. Sekundárně se pak u dětí projevuje snížené sebehodnocení a disociální chování, zároveň jsou náchylnější k úrazům. MKN-10 rozlišuje tyto formy poruch: Porucha aktivity a pozornosti (F90.0), Hyperkinetická porucha chování (F90.1), Jiné hyperkinetické poruchy (F90.8) a Hyperkinetická porucha nespecifikovaná (F90.9) (MKN-10, 2017). Americký diagnostický manuál psychiatrických poruch DSM-5 pro označení Hyperkinetické poruchy užívá označení Porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder – odtud zkratka ADHD) avšak nejedná se o synonymní pojmy. Porucha aktivity a pozornosti obsahově koresponduje s diagnózou ADHD, ale ve srovnání s ADHD je vymezena úžeji a zahrnuje jen pacienty s nejtěžší formou poruchy; jedná se tedy spíše o podskupinu poruchy ADHD. ADHD vymezuje DSM-5 jako neurovývojovou poruchu definovanou snížením úrovně nepozornosti, dezorganizace, a /nebo hyperaktivita-impulzivita (American Psychiatric Association, 2015).

Toto užší vymezení pak vysvětluje epidemiologické rozdíly v prevalenci, kdy u Hyperkinetické poruchy (dále jen HKP) v dětství se uvádí prevalence okolo 1 % a u ADHD 6–12 % (Hrdlička & Dudová, 2015). DSM-5 uvádí prevalenci ADHD syndromu u 5 % dětské populace a 2,5 % u dospělých (American Psychiatric Association, 2015). Biederman a Faraone (2005) pak uvádějí, že ADHD postihuje 8–12 % dětí na světě, přičemž ½ si problémy nese do dospělosti.

HKP i ADHD patří mezi neurovývojové poruchy, na jejichž vzniku se podílí mutace více genů a dle dosavadních zjištění byla dědičnost u ADHD stanovena na 77 %. Vliv mají zejména dopaminové receptory a serotoninový receptor. Z negenetických faktorů se na vzniku poruchy podílí užívání alkoholu, drog nebo tabáku matkou v době těhotenství, vystavení olovu, nízká porodní váha dítěte či traumatické poranění mozku. Podíl na vzniku má také škodlivé rodinné prostředí a nepříznivé životní události (Hrdlička & Dudová, 2015). Vliv negenetických faktorů na vzniku HKP dle Malé (2000) představuje 20–30 %.

Hyperkinetické poruchy se objevují v dětství, doprovázejí člověka v průběhu dospívání a dospělosti zcela nekončí. Častěji se vyskytují u chlapců (Orel & Facová, 2016)

a nejčastěji udávaný poměr je 6:2 či 8:1 (Malá, 2000). Strukturální zobrazovací metody dokládají, že objem mozku dětí s diagnózou ADHD je o 3–4% menší než u intaktní populace. Rozdíly v objemu byly zjištěny u mozečku, který dozrává až okolo 20. roku života a jeho velikost se normalizuje ve střední adolescenci v prefrontálním kortexu, globus pallidus a corpus callosum. Nižší objem prefrontálního kortexu vede k dysfunkcím exekutivních funkcí (podobně jako u HKP), jedná se o narušení aktivace, soustředění, výkonu, emocí, paměti a akce, kdy je narušeno sebepozorování a sebeovládání (Hrdlička & Dudová, 2015). Jak dokládá Malá (2000), neurovývojový proces mění konfiguraci neurální mapy v pravé hemisféře, a dochází tak k asymetrii hemisfér (ve prospěch pravé) a cerebelární atrofii, a to ve 25 % případů. Pro deficity ve funkcích pravé mozkové hemisféry svědčí výzkum Corbett a Glidden (2000), dle něž se dysfunkce pravé mozkové hemisféry podílí na problémech s pozorností, vykazuje se motorickou roztržitostí a špatným zpracováním emočních podnětů, což svědčí pro mírné až střední deficity ve vnímání afektů a porucha pozornosti může zkreslovat vnímání emočních stimulů.

Dle Malé (2000) je hyperkinetické poruchy možno diagnostikovat ve všech věkových kategoriích, tedy nejen v dětství, ale i v dospělosti, přičemž v každém věkovém období dítěte se porucha demonstruje skrze jiné symptomy. V kojeneckém období se projevuje poruchami základních biorytmů, batolecí a předškolní věk zase dezinhibicí a v období školního věku jsou to pak kognitivní dysfunkce. Mezi základní symptomy hyperkinetické poruchy řadí: poruchy kognitivních funkcí (porucha pozornosti – distraktibilita, neschopnost selekčního procesu usměrnit pozornost, porucha analýzy a syntézy, porucha exekutivních funkcí, porucha motivace, úsilí a vytrvalosti, vizuospaciální porucha), porucha emocí a afektů, impulzivita a sociální maladaptace (absence stenické reakce, neschopnost kontroly reakce k okolí).

Při stanovení diagnózy Porucha aktivity a pozornosti je dle Hrdličky a Dudové (2015) nezbytné, aby byly zjištěny abnormality ve třech základních symptomatických okruzích: nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Tyto projevy musejí přetrvávat minimálně 6 měsíců, musejí být maladaptivní a nekorespondovat s aktuální vývojovou úrovní dítěte a má-li být stanovena diagnóza, měla by se porucha objevit před 7. rokem života a zároveň se zmíněné projevy musejí vyskytovat více než v jedné situaci, jako například ve škole, ale i doma. Nepozornost se projevuje zejména ve škole a následně i doma při plnění úkolů, které vyžadují soustředění. Obtížně se tyto děti soustředí na činnosti nudné,

opakující se nebo dítěti nepřinášející pocit uspokojení. Naopak, u činností, které děti baví a ve kterých jsou úspěšné, se dokážou soustředit i hodiny.

Obvykle se děti nesoustředí na okrajové detaily a práce je provedená s chybami a jakoby ledabyle. Obtížně udrží pozornost při úkolech i hře, neumí si zorganizovat školní práci a neudrží pořádek na pracovním místě, neumí si naplánovat úkoly a rozložit práci na etapy. Dítě není schopno poslouchat někoho jiného, neposlouchá zadávané instrukce a následně obtížně plní školní úlohy či běžné pracovní činnosti, ztrácí pomůcky do školy, hračky, jakož i své osobní věci. Na podněty z vnějšku okamžitě reaguje a opakovaně zapomíná na aktivity, které v průběhu dne má splnit (Malá, 2000).

Hyperaktivita je, jak ji popisují Hrdlička a Dudová (2015, 360), „*nevhodná nebo excesivní aktivita bez vztahu k aktuálnímu úkolu, která je obecně dotěrného nebo zlobivého charakteru*“. Hyperaktivita v sobě zahrnuje neklid a vrtění se a houpání na židli, vstávání z místa či pobíhání po třídě v průběhu vyučování. Dítě si hraje s prsty na ruce i na nohu, celková aktivita je provázena nepřiměřenou motorickou aktivitou a hlučností. Obtíže se projevují i u her, zejména těch, které vyžadují pozornost nebo klid. Impulzivita se pak u dítěte projevuje i potřebou stále mluvit a nebo se stále na něco ptát, odpovědi obvykle vyhrkne dřív, než tazatel dokončí otázku. Je u něj patrný neklid, nevydrží čekat (Malá, 2000). Výzkum Luoni et al. (2013), provedený v I. třídě základní školy, ukazuje na komorbiditu ADHD a vývojové poruchy čtení (dyslexie), přičemž 50 % dětí s ADHD vykazovalo potíže se čtením a u 41,9 % dětí s poruchami čtení se projevíly symptomy typické pro ADHD.

Jelikož v etiologii hyperkinetických poruch a ADHD figurují rovněž biologické (hereditární) příčiny, bývá v klinické praxi nesnadná léčba dítěte, jehož rodiče nesou podobnou zátěž a vykazují obdobné projevy, jakými jsou nepozornost, impulzivita, dezorganizovanost či nedůslednost (Stárková, 2016). Zároveň je třeba brát v potaz, že u této skupiny poruch existuje poměrně široká komorbidita a terapii je pak třeba vhodně zacílit. Sciberras et al. (2014) uvádějí, že pokud jsou u dětí přítomny úzkostné komorbidity, kvalita jejich života v běžném denním fungování je výrazně narušena. Zároveň 25 % dětí s ADHD má komorbidní úzkostnou poruchu a pokud jsou navíc senzorycky přecitlivělé, klinicky významně vzrůstá jejich úzkostnost (Reynolds & Lane, 2009).

Častá je rovněž komorbidita hyperkinetické poruchy a závislostí. Komplikace spojené s hyperkinetickou poruchou, jakými jsou nepozornost, impulzivita a dezinhibované chování, indukují u populace postižené projevy hyperkinetické poruchy vyšší prevalenci

závislostí, než je tomu u intaktní populace. Z výsledků metaanalýzy dat studií zabývajících se pacienty s ADHD vyplývá, že souhrnná prevalence výskytu závislostí na návykových látkách (s výjimkou tabáku) činí 23,1 %, přičemž u adolescentů je to 25,3 % a u dospělých 21 %, tedy až ¼ adolescentů, kteří mají problém s drogou jsou zároveň diagnostikováni na ADHD. Z hlediska pohlaví je pak ADHD shodně rizikovým faktorem ve vztahu k užívání drog (Kulhánek, 2018).

Jak uvádějí Čablová, Miovský, Kalina a Šťastná (2015), vedle komorbidity HKP/ADHD a závislostí se objevuje častá souvislost s poruchami osobnosti, které představují jednu z nejhojnějších komorbidit u uživatelů návykových látek. Zároveň poslední výzkumy ukazují na vysoké zastoupení ADHD u adiktologických pacientů. Jelikož jsou diagnostická kritéria pro ADHD v dospělosti a poruchy osobnosti podobná či překrývající se, je třeba jisté diagnostické ostražitosti při správné diferenciální diagnostice. Vedle jiných významných ukazatelů výzkumy ukazují na vyšší míru prevalence depresivních poruch u klientů s ADHD oproti klientům s poruchami osobnosti nebo vyhýbavost při zpracování úkolů kvůli „hrozícímu“ sociálnímu kontaktu, což je typické naopak pro osoby s poruchou osobnosti, na rozdíl od osob s ADHD, které se činností rovněž vyhýbají, ale nikoli z důvodů sociálního kontaktu.

Za pozornost rovněž stojí skutečnost, že mezi dospělou populací s ADHD je míra problematického pití alkoholu 17–45 %, tedy skoro až ½ dospělých s ADHD má problémy s pitím; u ostatních drog je to 9–30 %, tedy až ⅓ všech dospělých s ADHD problematicky zneužívá nealkoholové drogy. Zároveň se ukazuje, že včasná léčba ADHD má pozitivní vliv na vznik závislostního užívání drog, včetně závislosti na tabáku (Wilens & Biederman, 2005). To všechno jsou podstatné argumenty pro včasnou intervenci ze strany střediska u osob, které jsou zvláště zranitelné a s rizikem rozvoje nežádoucího chování.

Účelnost intervence již v raném věku osvědčuje rovněž výskyt rizikových komorbidit ve výzkumu Cumyn, French, a Hechtman (2009), dle kterého dospělí s ADHD měli ve srovnání s osobami bez ADHD vyšší pravděpodobnost projevů poruch nálady, úzkostí, poruch chování a abúzu návykových látek. Trpěli rovněž ve zvýšené míře obsedantně kompulzivní poruchou, pasivně agresivní poruchou, depresivní poruchou, narcistickou poruchou a hraniční poruchou osobnosti. Muži s ADHD měli vyšší pravděpodobnost asociální poruchy osobnosti a měli vyšší míru současného zneužívání drog než ženy s ADHD. Ženy s ADHD měly vyšší výskyt minulých a současných panických poruch a anorexie a bulimie v minulosti. Ženy s ADHD měly častěji hraniční poruchu než

muži s ADHD. Rovněž tak výzkum Yoshimasu et al. (2012) reflektuje častou komorbiditu ADHD s dalšími psychickými obtížemi, jako jsou poruchy přizpůsobení, poruchy chování, poruchy nálady, úzkosti, tiky, poruchy příjmu potravy a abúzus návykových látek.

Kódování F90.1 Hyperkinetická porucha chování je adekvátní tehdy, pokud jsou naplněna diagnostická kritéria pro hyperkinetickou poruchu a zároveň pro poruchy chování F90.– (MKN-10, 2017).

V léčbě hyperkinetické poruchy, respektive ADHD z hlediska psychoterapie je zpravidla první volbou kognitivně behaviorální psychoterapie, ke které patří systémový nácvik vizuomotorické koordinace a školních dovedností, včetně zapojení rodičů (Malá, 2000). Tuto volbu rovněž potvrzuje Kalina (2018), přičemž uvádí i další psychoterapeutické postupy, jako je využití dynamiky skupinové psychoterapie a rovněž se staví za případnou volbu psychodynamických přístupů, když behaviorální terapie ani farmakoterapie nepřinášejí kýžené výsledky, neboť standardní léčba může vykazovat slabá místa, která spočívají v opomenutí možných hlubších problémů klientů s ADHD a volba psychoanalyticky orientovaného terapeutického postupu tak může mít své oprávněné důvody a ukázat se jako efektivní a vhodná.

Podle Hrdličky a Dudové (2015) jsou v případě farmakoterapie hyperkinetické poruchy, respektive ADHD léčbou první volby psychostimulancia, a tato volba je stále aktuální, přičemž výzkumy ukazují na vysokou efektivitu psychostimulancií u prosté poruchy pozornosti, méně pak u přidružených poruch chování a agresivity. V Česku je pak jediným psychostimulanciem pro léčbu ADHD metylfenidát, který je preskribován, s omezením vlastním skupině léků s omamnými a psychotropními účinky, pod různými obchodními názvy, např. Ritalin, Concerta. Další látkou je atomoxetin, který nepatří do skupiny stimulancií a který u nekomplikovaných projevů hyperkinetické poruchy figuruje jako lék druhé volby. Lékem třetí volby jsou antidepresiva. Rezervu při rezistenci na výše uvedené léčivé přípravky představují neuroleptika, zejména pokud se k hyperkinetické poruše chování přidružuje zvýšená agresivita. Právě léčba atypickými antipsychotiky je v současnosti i ve světě více oblíbená, avšak Drtílková (2013) upozorňuje na možná rizika léčby metylfenidátem a risperidonem, přičemž uvádí, že nasazení atypického antipsychotika (risperidonu) by mělo být provedeno až po zvážení, respektive vyzkoušení jiné farmakologické léčby, neboť kombinace těchto látek představuje jisté riziko pro pacienta.

2.2.3 Poruchy osobnosti

Vágnerová (2014) uvádí, že poruchy chování, ačkoli mohou mít pouze přechodný charakter, mohou, v případě progresu, signalizovat rozvíjející se poruchu osobnosti, neboť asociální chování jen zřídka začíná až v dospělosti. Poruchy chování, které se projeví pouze v dětství a nepřetaví se do poruchy osobnosti se vyskytují často v souvislosti s nevýhodnými temperamentovými rysy dítěte a takto postižení v dospělosti trpí depresemi a úzkostmi.

Podrobný referát o poruchách osobnosti by byl nad rámec zaměření této práce, a tak se zastavíme pouze u těch poruch osobnosti, které bývají spojovány s iniciací v dětství a které mívají klinicky reflektovaný vztah k poruchám chování a hyperkinetické poruše, neboť přibližně 40 % hyperkinetických dětí zároveň vykazuje znaky typické pro poruchy chování, přičemž až 50 % poruch chování se v dospělosti projeví jako poruchy osobnosti, zejména disociální porucha osobnosti a emočně nestabilní porucha osobnosti (Malá, 2000)

Praško et al. (2003) představuje poruchy osobnosti jako varietu charakterových a temperamentových rysů, které se podstatně a zřetelně odlišují od těchto rysů většinové populace. Podle MKN-10 reprezentují poruchy osobnosti extrémní odchylky od běžného vnímání, myšlení a cítění a zejména podob realizace vztahů k druhým lidem v dané kultuře. Tyto vzorce chování tendují k fixování a stabilním projevům a často jsou sdruženy s prožíváním sociální tísně a narušením sociálního výkonu, přičemž jde často o těžká charakterová narušení, která se obvykle demonstrují již v dětství či adolescenci a jejichž projevy pokračují i v dospělosti.

Hosák a Zvěřina (2015) uvádějí prevalenci specifických poruch osobnosti v populaci mezi 6–9 %, Praško et al. (2003) pak uvádí jednak česká data 6–9 %, jednak zahraniční data, která oscilují mezi 6–15 % a shrnuje, že predispozice k rozvoji poruchy osobnosti je dána geneticky, může zároveň souviset s prenatálním vývojovým obdobím člověka a k tomu přistupuje rodinné prostředí dítěte a související psychosociální vlivy, jakými jsou úplnost rodiny, konfliktní prostředí, vypjaté vztahy, emoční situace v rodině, přílišné trestání versus rozmazlování. Svoji roli sehrávají rovněž vlivy, které Praško označuje jako patoplastické a akcelerující a k nimž počítá expozici násilí v médiích a hraní počítačových her s agresivním obsahem.

Patologické fenomény byly reflektovány u dětí vězněných rodičů. Děti trpěly traumatickým odloučením, osamělostí, stigmatizací a nestabilním rodinným prostředím. Bylo zjištěno, že děti rodičů, kteří byli později uvězněni, měly tyto projevy již před

odsouzením a uvězněním rodičů a byly v té době vystaveny většímu stresovému náporu. To vše vede k vyšší míře problémových behaviorálních projevů, včetně rozvoje antisociálního chování a poruch osobnosti, objevují se častější problémy s duševním zdravím, zneužívání drog a zhoršené školní výsledky (Murray, Farrington, & Sekol, 2012). Rovněž samy děti označovaly odloučení od uvězněných rodičů za spouštěč jejich delikventního chování (Dawson, Jackson, & Nyamathi, 2012).

Mezi poruchami chování a poruchami osobnosti existuje kontinuum a s výrazným rozvojem poruch chování se zvyšuje riziko v přesmyk do poruchy osobnosti. Včasná léčba poruch chování je jedním z nejúčinnějších kroků ke snižování prevalence poruch osobnosti v populaci, neboť, jak vyplývá ze studie Connora et al. (2003), časnější nástup projevů ADHD ukazuje na častější výskyt agresivních symptomů v chování dětí; oproti tomu pozdější nástup projevů ADHD je spojen s častější úzkostnou a depresivní symptomatikou.

Jak uvádějí Hrdlička a Dudová (2015) existuje souvislost mezi opozičním vzdorovitým chováním v dětství s následným rozvojem nesocializované poruchy chování a v dospělosti s rozvojem disociální poruchy osobnosti. Disociální porucha osobnosti se projevuje jako setrvalý vzorec anetického chování, bez zájmu o práva druhých, s absencí svědomí, parazitováním na druhých. Již od dětství tito lidé kradou, lžou, týrají ostatní a jsou v konfliktu s autoritami. Jejich jednání nelze fakticky ovlivnit ani zkušeností, ani trestem. Víceré studie dokládají, že u disociální poruchy je nejvíce důkazů pro genetický vliv, typické jsou perinatologické obtíže a diagnóza ADHD v dětství. U jednovaječných dvojčat se rozvíjí v 51 %, u jednovaječných jen u 22 %. Je zřejmý vliv selhávající matky v péči o malé dítě; matky bývají nedisciplinované, impulzivní, s abúzem alkoholu, otcové pedantičtí až krutí. Problémy se objevují již v dětství v podobě poruch chování (Praško et al., 2003).

Podle Malé (2000) je druhou nejčastější poruchou osobnosti s kořeny v poruchách chování v dětství emočně nestabilní porucha, která je charakterizována výraznou afektivní nestálostí, sklonem k impulzivnímu jednání bez zvážení důsledků. Je patrná emoční nestálost a u hraničního typu poruchy se objevují narušené představy o sobě samém. Charakteristické jsou intenzivní a nestálé vztahy a vydírání okolí pohrůzkami suicidiem a sebepoškozováním, nadměrná kritičnost vůči druhým, neschopnost korigovat emoce. *„K problémům se postižení často staví bezmocně a vynucují si pomoc, nebo je řeší zkratkovitě. Jednotlivé problémy pro ně znamenají „krizi“. Život se podobá dramaticky napsanému televiznímu seriálu“* (Praško et al., 2003, 242).

Platí-li rovnice, která byla narýsována již výše, totiž sukcesivita F91.3 Opoziční vzdorovité chování → F91.1 Nesocializovaná porucha chování → disociální porucha osobnosti (Hrdlička & Dudová, 2015), je včasná intervence u dětí a adolescentů s rizikem rozvoje poruch chování ze strany střediska významně protektivním faktorem.

3 VYBRANÉ SPECIFICKÉ CHARAKTERISTIKY KLIENTŮ STŘEDISEK

Analogicky k proměnám obrazu společnosti dochází k transformaci potřeb klientely i personálu středisek, přičemž v této práci budeme, mimo jiné, reflektovat i proměňující se obraz klientů středisek. A můžeme si dnes dokonce dopřát jistý odstup a využít skutečnosti, že nepojednáváme o novém fenoménu, nýbrž podrobujeme reflexi skutečnost již desetiletí funkční. Právě v roce 2021 to bude 30 let, kdy střediska v českých zemích působí a poskytují své služby (Vocilka, 1997) a historie dlouhá téměř třetinu století už trvala dostatečně dlouho na to, aby bylo možno přehlédnout materiál, který byl činností středisek produkován, teoreticky popsán nebo podroben výzkumu a zároveň zhodnotit, jak se činnost středisek proměnila a zejména, a o to nám jde na prvním místě, reflektovat psychologické fenomény u klientely této služby, „jejichž stupeň narušení není ještě závažný, ale navíc je zde ještě jeden důležitý moment – pracuje se s klienty na bázi jejich dobrovolnosti, ochoty a zájmu spolupracovat“ (Procházková, 2004, 383).

Chceme-li si představit typického klienta střediska výchovné péče, jak jej prezentuje legislativa, která definuje funkci středisek, tak odborná literatura, která praxi středisek reflektuje, bude jím dítě s poruchou chování nebo s hyperkinetickou poruchou, dítě ohrožené vznikem závislosti na omamných a psychotropních látkách či nelátkovou závislostí, kde řadíme kupříkladu patologické hráčství nebo dnes nový fenomén závislostního chování na internetu. Klienty jsou dnes a byli i dříve děti v krizových situacích, které utíkají z domova nebo jejichž rodina selhává. U dětí se projevují rovněž jiné patologické fenomény, jakými jsou účast na kriminálním jednání, příslušnost k subkulturám v podobě vrstevnických part s násilným, kriminálním či rasově motivovaným étosem nebo také s patologickými náboženskými motivy (náboženské sekty), raný začátek sexuálního života a promiskuita, prostituce a sexuální násilí (Matoušek & Kroftová, 2003).

Přece jsou však tyto charakteristiky dnes již poněkud nepřesné, zejména přihlédneme-li ke skutečnosti, že Matoušek a Kroftová vycházeli z reality před rokem 2003 a doba pokročila a došlo k částečné proměně klientely středisek. Ne snad, že by šlo o nějakou zásadní změnu, nicméně je pozorovatelná a jeví se jako vhodné na tuto změnu reagovat,

neboť pro efektivní práci psychologů, speciálních pedagogů a vychovatelů ve střediscích nebo jiných institucích pracujících s podobnou klientelou, je nezbytné vědět, kdo je adresátem poskytované služby a jak nejlépe zacílit preventivní výchovnou péči, která je oním nástrojem, který mají střediska ve svém základním manuálu.

Jakkoli nelze výzkum realizovaný během přípravy předchozí kvalifikační práce (Stránská, 2019) mít za reprezentativní, ukazuje však některé trendy, které buď v minulosti nebyly reflektovány, nebo které se rozvinuly až v průběhu let, a snad činí podrobnější psychologickou sondu do životů klientů střediska a zjišťuje tendence a motivace u těch, kteří zde prošli pobytem opakovaně. Přitom nám jde zejména o postihnutí psychologických fenoménů u samotných klientů, neboť právě skrze poznání osobnosti mladého člověka, jeho individuálního rozvoje a zároveň nástrah a rizik, se kterými je během svého dospívání konfrontován, můžeme směřovat k cíli výše uvedenému – účinně a vhodně intervenovat v psychologické a speciálně pedagogické praxi ve prospěch dětí ohrožených vznikem a rozvojem poruch chování, které jsou významným rizikovým faktorem pro rozvoj poruch osobnosti a z nich plynoucích závažnějších potíží v dospělosti (Hrdlička & Dudová, 2015).

V rámci předchozího výzkumného projektu bylo zjištěno, resp. potvrzeno, že klienti střediska mají narušeny rodinné vazby a v rodině často chybí vlastní otec dítěte, problematická je školní docházka, respektive školní úspěšnost, která se v podstatě nedostavuje, ačkoli respondenti uváděli, že do školy chodí rádi. Volný čas pak často tráví ve společnosti vrstevníků, poplaskují se, kouří cigarety, experimentují s drogami nebo již tyto látky s různou mírou pravidelnosti užívají. To samo o sobě není nikterak překvapivé a v podstatě to odpovídá očekávání (Stránská, 2019).

Co se však zobrazilo jako zásadní v psychologickém vývoji a sebereflexi klientů střediska, se kterými byl výzkum realizován, bylo zjištění, že významnou část svého volného času tráví s chytrým mobilním telefonem v ruce na sociálních sítích, přičemž 8 respondentů z celkových 11, tj. 73 %, uvedlo, že jsou online nejméně 5 hodin denně a 5 respondentů, tedy 45 %, pak přiznalo, že jsou k internetu připojeni online nepřetržitě, což odpovídá zjištěním studie zaměřené na nomofobii, nově identifikované závislosti na mobilním telefonu a životu online, která se projevuje nervózní stísněností při nemožnosti mít po ruce telefon, přičemž rizikovější je vznik této nutkové potřeby pro muže v poměru 82,91 % vůči 31,25 % u žen (Dongre, Inamdar, & Gattani, 2017). Z provedeného výzkumu a po vyhodnocení HSPQ dotazníku vyplývá, že nejvýznamnější faktory v osobnostních profilech napříč sledovanou skupinou jsou citová nestálost, svévolnost, úzkostná sebenejistota,

nedostatek sebevlády, nízké pudové napětí a úzkostnost, přičemž skóry u třech těchto faktorů naznačují sklon lehce se vzdávat (Stránská, 2019).

Z uvedené skupiny nejvýznamnějších faktorů byly pro tuto práci, respektive výzkum, jenž bude popsán v samostatné části, vybrány faktory úzkostnost, depresivita, impulzivita, a sebepojetí (identita).

3.1 Úzkost a úzkostnost

Latinské *ango* či řecké *ancho* znamená zužuji, úžím. Tomu odpovídá české úzký a z něj vycházející úžina, úzkost, zúžení a konečně soužení (Machek, 2010). Kořen slova „úzkost“ jak v němčině, latině, řečtině, znamená zúžení, soužení, tíseň či stísněnost (Kast, 2012).

Úzkost, podobně jako strach, patří mezi běžné emoce, jež v průběhu života člověk zažívá. Raboch (2001, 374) definuje úzkost jako „*nepříjemný emoční stav, jehož příčinu nelze přesněji definovat*“. Úzkost je doprovázena vegetativními příznaky, přičemž tělesná reakce může vést k únavě nebo vyčerpání. Úzkost se objevuje pozvolna a nenápadně a jejím spouštěčem je pocit ohrožení. Na rozdíl od deprese, která je reakcí na ztrátu a obrací se k minulosti, úzkost směřuje do budoucnosti. Szymanská (2015, 241) ji definuje jako „*komplexní prožitek s psychickými, tělesnými, kognitivními a behaviorálními projevy*“. Z hlediska etiologie je úzkostnost multifaktoriální a je aktivována pocíťovaným nebezpečím. Obvykle se objevuje po významné životní ztrátě nebo vzniká z intrapsychického konfliktu mezi vnitřními pudy jedince a vnějšími požadavky, či ve chvíli, dostává-li se jedinec do konfliktu s hodnotovým systémem.

Úzkostné napětí může člověk v určité míře pocíťovat jako příjemné a dokonce zlepšující koncentraci. Pokud ale napětí člověka spoutá, může se proměnit v nepříjemnou tíseň úzkostného napětí (Kast, 2012).

Užívaný pojem neuroticismus pochází od H. J. Eysencka, jenž si v průběhu výzkumu všiml, že lidé se liší v síle reakcí na stresující podněty. Jedinci velmi citliví na stres, mají sklon zažívat strach a úzkost; na opačném pólu zase existují lidé, kteří jsou mnohem méně citliví na stres, a proto zažívají jen malý strach a nepatrnou úzkost. Tuto dimenzi rozdílů pak označil jako neuroticismus versus stabilita. Lidé neurotičtí proto v souvislosti s životními problémy zažívají starost a nervozitu (Ashton, 2018). Jak dokládají Dolejš a Skopal (2016), neuroticismus je hlavním rizikovým faktorem pro vznik psychických potíží a maladaptivních projevů.

Úzkostnost lze pak chápat jako osobnostní rys nižšího řádu, který je zahrnut v neuroticismu. Úzkostnost souvisí s faktorem neuroticismu, pasivním komunikačním stylem, přecitlivělostí, úzkostnou sebenejistotou, sebesnižováním a depresivitou (Dolejš, Cakirpaloglu, Suchá, & Vavrysová, 2014; Skopal, 2016).

Szymanská (2015, 241) popisuje komplexní behaviorální program, jenž začíná úzkostí a má za úkol kontrolovat situaci či odvrátit nebezpečí. „*Situace, která spustila úzkost může být vyhodnocena jako neškodná (proces úzkosti je zastaven), ohrožující (vede k aktivní reakci ve smyslu „boje“) nebo nekontrolovatelná (následuje úniková reakce ve smyslu „útek“)*“. Úzkost pomáhá jedinci změnit postoje tak, aby byly účinné, má adaptivní charakter a napomáhá při získávání dovedností pro zvládnání ohrožujících situací a modifikuje osobnostní rysy.

Rozlišujeme úzkost na spontánní, jež se rozvíjí nečekaně a je-li vázána na určité situace a lze její vznik předvídat, jde o situační či fobickou úzkost. Při velké intenzitě přechází do paniky. Rozvíjí-li se úzkost již při pouhé myšlence, hovoříme o anticipační úzkosti. Pokud však úzkost a strach, které plní za normálních podmínek ochrannou funkci a mají informační charakter, nabydou takových forem z hlediska výskytu, intenzity a trvání, jedná se už o úzkostné poruchy (Raboch, 2001).

Úzkostné rysy jsou částečně dědičné a mají normální rozložení v populaci. Střední míra úzkostných rysů je jakýmsi optimem, který je upřednostňován přírodním výběrem. Taková míra úzkosti jedince nabádá k vyšší sociální soudržnosti a k emočnímu sblížení. Dědičnost úzkostných poruch se pohybuje mezi 0,2–0,4. Vlivy prostředí ale převažují nad genetickými dispozicemi (Szymanská, 2015). Jak dokládá Vymětal (2004), z úzkostných dětí vyrostou úzkostní rodiče, přičemž dědičnost není jediným ovlivňujícím faktorem, ale fakt existence určitých osobnostních rysů rodičů ovlivňuje i způsob, jak na děti působí a jaký výchovný styl volí. Nejen tedy dědičnost, ale i přístup rodičů či jiných pečujících osob k dětem ovlivňuje úzkostnost u jejich svěřenců. Žijí-li děti ve velmi silně stresujícím prostředí, jsou k rozvoji úzkostnosti výrazně více náchylné (Praško, Vyskočilová, & Prašková, 2006).

Že jsou úzkostné poruchy nejčastějším psychiatrickým onemocněním dokládá skutečnost, že 1 ze 4 dospělých lidí v průběhu svého života onemocní úzkostnou poruchou, přičemž u žen drží úzkostné poruchy prvenství, u mužů obsazují druhou příčku, hned za návykovými nemocemi. Úzkost a úzkostné příznaky se kromě úzkostných poruch vyskytují

jako doprovod i u jiných poruch, například u deprese či u psychotických projevů, jako jsou halucinace či bludy (Szymanská, 2015).

V MKN-10 (2017) jsou úzkostné poruchy rozděleny na F40 Fobické úzkostné poruchy, F41 Jiné úzkostné poruchy a F42 Obsedantně-kompulzivní poruchu. Jak uvedeno již výše, úzkostné poruchy jsou jedním z nejčastějších duševních onemocnění a postihují až ¼ populace ve vyspělých zemích (Raboch, 2001). Určité formy úzkosti jsou společné jak dětem, tak dospělým, avšak některé formy úzkosti jsou vázány na vývojové fáze jedince a typicky se pak vyskytují v dětském nebo adolescentním věku (Drtílková, 2001).

Je-li úzkost u dětí patologická a nejedná-li se pouze o přirozenou reakci, je vždy nutné brát v potaz aspekt vývojový, maturační, komunikativní a mít na vědomí pro děti typickou zvýšenou vegetativní a emoční dráždivost se snadnou generalizací. Vývojový stupeň určuje, nakolik je mozek schopen rozpoznat racionální nebo iracionální konstrukt hrozby, jenž vyvolává úzkost či strach, a posoudit kontext spojený s ohrožující situací. Faktor maturační informuje o tom, zda dítě zvládlo rozlišení situací na známé a živé a na druhé straně neznámé, neživé, jež mohou být potenciálně nebezpečné. Do věku 4 let by mělo dítě tyto kategorie zvládnout a strach z lidí by měl být upozaděn. Komunikační kanál, jímž děti zpočátku dávají najevo emoce, a tedy i úzkost, probíhá prostřednictvím tělesných signálů, tedy somatickými projevy, jakými jsou například bolesti břicha, zvracení, bolest hlavy, zvýšená teplota či poruchy spánku (Malá, 2011).

Hlavním rizikovým faktorem pro vznik anxiózních poruch v útlém dětství je „málo bezpečný vztah“ k matce (attachment). Úzkostné matky, které jsou nejisté ve své mateřské roli, mají strach z vlastních chyb a z kritiky okolí, začnou dítě nadměrně ochraňovat a kontrolovat, a tím tlumit vlastní anxiету. Tento overprotektivní přístup dítě zúzkostňuje a infantilizuje (Malá, 2011, 101-102).

Separáční úzkostnou poruchu, některé fobie a sociální úzkostnou poruchu, jež se typicky vyskytují v raném dětství, je nutné odlišit od jiných neurotických poruch, které nemají specifickou vazbu na věk. Jedná se o generalizovanou úzkostnou poruchu, panickou poruchu nebo sociální fobii. Ty se mohou v dětství a adolescenci objevit, častěji se však objevují v dospívání a dospělosti (Drtílková, 2001). Jak uvádí Szymanská (2015, 247), „*separační porucha v dětství je vývojovým prediktorem rozvoje úzkostné poruchy*“.

Úzkostnost jako vlastnost osobnosti souvisí s chováním rodičů a atmosférou v rodině. Z výzkumu Medved'ové (2007) vyplynulo, že úzkostnost je u děvčat

adolescentního věku v porovnání s chlapci vyšší. U chlapců úzkostnost souvisí s odmítáním a ochranářstvím matky a tělesnými tresty od otce. Naopak příznivě působí otcova péče a přátelství. Z matčiny strany pak protektivně působí pravidla a oběma rodiči vyžadovaná disciplína. Na rozvoj úzkostnosti u děvčat mají vliv tělesné tresty a vyžadování úspěchu matkou, stejně tak projevy odmítání a uplatňování moci rodiči. Naopak starostlivost, emocionální odměna a schovívavost projevovaná oběma rodiči a vyžadování disciplíny matkou mají vliv příznivý. O vlivu trestů na úzkostnost hovoří i Langmeier a Krejčířová (2013, 265), přičemž právě trestání dítěte za chybu, zvláště pokud se tresty v podobných situacích opakují, může rozvíjet nežádoucí rysy osobnosti a podněcovat ke vzniku „*generalizované úzkostné poruchy, ustrašenosti, plachosti, neprůbojnosti i celkové neurotizace se somatickými příznaky*“.

Úzkostné prožívání tělesných změn je jednou z charakteristik dospívání (Janotová, 1998). Zda se u dítěte rozvine reakce na duševní tíseň neurotická nebo somatická, záleží na osobnostních a tělesných dispozicích jedince (Balcar, 2006), přičemž rizikovým faktorem pro vznik neurotických poruch v adolescenci a dospělosti je také behaviorální inhibice (Biederman et al., 2001).

Naopak neinhibované děti mají dobrý vztah k pečující osobě a lépe se adaptují na neznámé prostředí. Biologické markery jsou neměnné a při kognitivních úkolech se sice zvyšuje tepová frekvence, ale úroveň hladiny kortizolu a katecholaminů zůstávají stejné. Děti s behaviorální inhibicí zrcadlí biologické markery citlivost pro rozvoj neurotických poruch. Při kognitivních úkolech dochází k dilataci zornic, zvyšuje se napětí v oblasti hrtanu, zvyšuje se tepová frekvence a zvyšuje se i hladina kortizolu a katecholaminů (Malá, 2011).

Bowen, Chavira, Bailey, Stein & Stein (2008) upozorňují na komorbiditu úzkosti a ADHD. Přibližně 50 % dětí s ADHD mělo podle jejich výzkumu komorbidní úzkostnou poruchu a přibližně 20 % dětí s úzkostnou poruchou mělo komorbidní ADHD. Děti s těmito obtížemi vykazovaly vyšší míru problémů s pozorností, byly u nich přítomny obavy ze školy, trpěly poruchami nálady a rovněž nižší sociální kompetencí ve srovnání s dětmi, které měly buď pouze úzkostnou poruchu nebo pouze ADHD.

Úzkost je rizikovým indikátorem pro suicidiální pokusy dětí a adolescentů, nicméně se však nepotvrdilo, že by úzkost byla příčinou pro sebevražedné jednání v tomto věku (Hill, Castellanos, & Pettit, 2011). Z výzkumů cílených na měření úzkosti u dětí a adolescentů s poruchami autistického spektra vyplývá, že úzkost je zde běžná a v průběhu dospívání se

může zhoršovat. Mladí lidé se totiž stále častěji potýkají se složitějším sociálním prostředím a stále častěji si uvědomují svoji odlišnost a potíže v interpersonálních vztazích. Úzkost může být zdrojem další morbidit (White, Oswald, Ollendick, & Scahill, 2009). Taktéž je úzkost běžná u dětí, které mají poruchu pozornosti nebo ADHD. Úzkostnost u dětí a dospívajících vykazuje v epidemiologických studiích prevalenci poruchy u 6– 15 % dětí, přičemž mládež stížená úzkostí mívá trvalé psychosociální postižení, které se demonstruje jako špatný školní výkon, sociální problémy a rovněž rodinné konflikty (Southam-Gerow & Chorpita, 2007).

Pro potlačení úzkosti se z psychofarmak používají anxiolytika. Úzkost, jak uvádí Švestka (2001), je způsobena deficitem GABAergního systému, zvýšenou aktivitou noradrenergního systému, dysfunkcí serotoninového systému a hypersenzitivitou beta-adrenoreceptorů. Psychofarmaka pak působí buď přímo na narušený neurotransmiterový okruh nebo jej nepřímo ovlivňují heteroreceptory na jiném neurotransmiterovém systému. Anxiolytika potlačují symptomy úzkosti, tedy působí na zvýšenou psychickou tenzi, úzkost, fobii, strach, trému a s ní spojené somatické projevy jako třes, pocení, palpitace, sucho v ústech, svíravý pocit na hrudi, pocity na omdlení a pocity nedostatku vzduchu a zrychlení peristaltiky. V současnosti se při léčbě úzkosti hojně používají antidepresiva, jejichž výhodou je možnost dlouhodobého užívání bez vzniku závislosti, která je jedním z nežádoucích účinků anxiolytik.

Jak shrnuje Malá (2011), léčba musí být vždy komplexní, a proto je nezbytné zajistit dítěti péči po stránce psychické, farmakologické a socioterapeutické. Plán léčby by měl zahrnovat zpětnou vazbu, poučení rodičů o úzkosti se zřetelem na specifika spojená s jejich dítětem, dále konzultaci s pediatrem, školním psychologem a také s učitelem dítěte. Celosvětově se prioritně při léčbě úzkostných dětí a adolescentů používá dynamická psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie v kombinaci s rodinnou terapií, a to zejména u menších dětí. U předškolních dětí je žádoucí léčba pečující osoby, je-li tato sama úzkostná. Tak lze dosáhnout zvýšení pocitu jistoty a bezpečí dítěte a snížit tím i samu úzkost.

3.2 Depresivita

Pojem deprese vychází z latinského slova *deprimere*, kde předpona *de* znamená dovnitř a *primere* lze přeložit jako tlačit, stisknout ze všech stran. Za synonyma ke slovu deprese pak Krivohlavý (2013) považuje otupělost, skleslost, stísněnost či melancholii a apatii.

Stručně a výstižně depresi charakterizuje Hollý (2019), když říká, že se jedná o nemoc radosti, kterou jedinec není schopen prožívat v situacích, ve kterých ji prožíval.

Na depresivitu lze nahlížet jako na osobnostní rys, charakteristický individuální hladinou depresivních projevů v prožívání a vnímání, při nichž dotyčný pocítuje smutek, skleslost, opuštěnost či pocit beznaděje. Druhý pohled na depresivitu jako na aktuální psychický stav, se kterým pracujeme i v této práci, je charakteristický životním obdobím, v němž může být depresivita vyšší oproti normě a po jehož odeznění je jedinec prost znatelnějších depresivních charakteristik. Fáze aktuálního zvýšení depresivního ladění se pak může projevat problémy při zvládnání nároků, jež přináší školní docházka, může se pojít s abúzem psychoaktivních látek, s potížemi v kontaktu s vrstevníky a v neposlední řadě může dojít k somatizaci potíží (Dolejš, Skopal, Suchá, & Charvát, 2018).

Do 1. poloviny 20. století převládal názor, že dětská depresivita se téměř nevyskytuje a z tohoto důvodu není ani v tehdejší odborné literatuře tento fenomén významně reflektován. Do 70. let 20. století odborná veřejnost zastávala názor, že děti nemohou zažívat extrémní či patologické nálady kvůli svým nezralým osobnostním strukturám, jednak jak uváděla klasická psychoanalýza (Lewis, 1996), tak kvůli laické představě o dětství jako o období radosti a bezstarostnosti (Krejčířová, 2006).

Teprve v 70. letech 20. století začaly vznikat práce, jež se tomuto tématu věnovaly. K této změně v přístupu k nazírání na problematiku depresivity u dětí a mladistvích přispěl i 4. kongres Unie evropských pedopsychiatrů ve Stockholmu v roce 1970 a americká konference National Institute of Mental Health o depresi v dětství a adolescenci v roce 1975. Zde se teprve otevíraly diskuze o možnosti diagnostiky afektivních poruch u dětí a adolescentů, pro diagnostiku však byly využívána stejná diagnostická kritéria jako pro dospělé pacienty (Wiener, 1997). Výsledkem konference byl první ucelený text o depresi v dětství (Schulterbrandt & Raskin, 1977).

Výzkumy z tohoto období však vzbuzovaly rozpaky, neboť výsledky, k nimž badatelé došli, byly nejednotné a někdy mohly působit rozporupně. Přesné důvody, proč se tak dělo, uvádí Lobovits a Handal (1985), kteří na podkladě podrobného rozboru jednotlivých studií stanovili několik oblastí chyb. Jednalo se o diagnostická kritéria, použitá pro hodnocení deprese u dětí, která se v jednotlivých studiích značně lišila, dále absence zavedení diagnostické spolehlivosti, jež měla za následek rozpor v prevalenci dat pro depresivitu v dětství, dále se lišil věk i typ doporučované populace výzkum od výzkumu

a v neposlední řadě nebyli autoři studií s to vysvětlit, jak využili různé informační zdroje ke stanovení diagnózy. Tomuto tématu se odborníci dále věnovali a v roce 2004 byly publikovány výsledky klinických studií zabývajících se léčbou adolescentní deprese, z nichž vyplynulo, že nejlepší léčbou u této skupiny klientů je kombinace psychoterapie a léčiv (NIMH, 2017). Dnes již o depresivitě u dětí a mladistvých nepochybujeme a máme i validní metody, které zjišťují depresivitu u dětí a mladistvých.

Depresivní symptomatologie, jež se obvykle vyskytuje u dospělé populace však nemusí korespondovat se symptomy depresivního onemocnění u dětí a mládeže, jež tvoří část klientely středisek. Na obtížnosti diagnostiky depresivních poruch v dětství upozorňuje i Drtílková (2001), když popisuje skutečnost, že příznaky depresivních poruch bývají modifikovány věkem a výsledný klinický obraz se pak liší od symptomů depresivních poruch u dospělých. Pro ilustraci uvádíme níže v tabulce příznaky deprese dle věku.

Tab. 1: Příznaky deprese dle věku

PŘÍZNAKY SHODNÉ PRO VŠECHNY SKUPINY	PŘÍZNAKY U DĚTÍ	PŘÍZNAKY U ADOLESCENTŮ
depresivní nálada	depresivní vzhled	anhedonie
porucha koncentrace	somatizace	hypersomnie
nespavost	agitace	beznaděj
suicidální myšlenky	separační anxieta	změny váhy
	fobie	abúzus drog
		poruchy chování
		diurnální kolísání nálady

Poznámka: upraveno dle Lewise (1996) in Hosák, Hrdlička, Libiger et al. (2015, s. 396)

Krejčířová (2006) dále ke shodným symptomům mezi dospělými a dětmi řadí navíc únavu, poruchy příjmu potravy, pohybový útlum nebo agitovanost, apatii, ztrátu pocitu vlastní hodnoty či nepřiměřené pocity viny.

Čím je dítě mladší, tím obtížněji vyjadřuje své vnitřní prožitky a jen stěží popisuje svůj psychický stav. U dětí je proto nezbytnou součástí diagnostiky i studium nonverbálních projevů, zejména psychomotorického tempa a změn v chování. Deprese u dětí se velmi často projevuje psychosomatickými příznaky, jakými jsou bolesti hlavy, nauzea a podobně. Ranní pesima, předčasné probouzení či zpomalené psychomotorické tempo obvykle chybí. Drtílková (2001) člení projevy deprese dle věku na projevy u předškolních dětí a dětí školních, Krejčířová (2006) pak rozlišuje i projevy puberty a adolescence. Projevy deprese podle Drtílkové (2001, 389) jsou „*zvýšená afektivní dráždivost, nesoustředivost, odmítání kontaktů s vrstevníky, omezení aktivit a zájmů, často nechutenství a poruchy spánku*“. Dále

lze mezi projevy deprese u předškolních dětí řadit ztrátu zájmu o hru a radost ze hry, může se objevit denní snění, fantazie se pak ubírají směrem k tématům bolesti, agrese a smrti. Může se objevit také destruktivní a agresivní chování (Krejčířová, 2006).

U dětí v době povinné školní docházky jsou příznaky rozmanitější. Deprese se skrývá za somatickými příznaky, přítomná je emoční labilita, úzkostnost, nesoustředěnost a odpor k učení, objevují se problémy v kontaktu s vrstevníky i dospělými, pocity viny, únava a podrážděnost. Místo nechutenství, jež se objevuje spíše u dětí předškolního věku, se objevuje tendence k přejídání, což má za následek i nárůst hmotnosti. Nežádnakdy se objevují i příznaky psychotické, nejčastěji ve formě sluchových halucinací či bludné myšlení. Obecně lze u dětí vnímat zvýšenou únavnost, anhedonii, pocity viny, beznaděje, podrážděnost a suicidální úvahy. Změny v psychomotorickém tempu mohou být jak na straně útlumu, tak naopak se může objevit zvýšený pohyb, nejčastěji ve formě vyšší dráždivosti, zlobení až hyperaktivity (Drtílková, 2001). Podle Bell-Dolana, Reavena a Petersona (1993), kteří zkoumali souvislost mezi dětskou depresí a sociálním fungováním u dětí 4.–6. ročníku základní školy, asociální chování u dětí se ukázalo jako předznamenání propuknutí deprese. Rovněž tak na nástup deprese upozorňovalo sociální stažení, stejně jako nízká sociální aktivita a kompetence.

V období puberty se některé projevy deprese, jako například kolísání nálad či dyforické rozladění, objevují zcela běžně. To může znesnadňovat včasné zachycení deprese. Klinický obraz je v tomto období již analogický k depresi dospělé populace (Krejčířová, 2006). Avšak u dospívajících je na rozdíl od dospělé populace přítomna podrážděnost. U adolescentů lze zaznamenat omezení společenských aktivit a zájmů, častěji selhávají ve škole, zažívají pocity nudy a beznaděje. Je u nich zvýšená únava, objevuje se hypersomie, sebevražedné myšlenky i pokusy o sebevraždu (Drtílková, 2001). Právě včasné odlišení normálních projevů, odpovídajících danému věku, od symptomů deprese, je nezbytné pro předcházení rizika suicidia (Krejčířová, 2006). Sebevraždy mladých lidí jsou spíše vzácností, avšak stále se jedná celosvětově o nejčastější příčinu smrti u dospívajících, přičemž v roce 1998 byla ještě druhou nejčastější příčinou smrti (Janotová, 1998). Ze zprávy vydané Světovou zdravotnickou organizací vyplývá, že za rok 2018 bylo v České republice nejméně sebevražd spácháno u dětí ve věkovém rozmezí 5–14 let (u dětí do 4 let jich za posledních 11 let nebyla žádná), mezi 15.–24. rokem pak byla po dopravních nehodách sebevražda druhou nejčastější příčinou úmrtí (Kasal, Bechyňová, Daňková, Melicharová & Winkler, 2018). Potíže v rodině a z nich plynoucí intrapsychické problémy, psychické

poruchy, a tedy i deprese, pak představují významná rizika pro suicidium. Včasná detekce a účinná léčba deprese je pak zásadní prevencí před sebevraždami dospívajících (Pelkonen, Karlsson, & Marttunen, 2011).

Na úrovni biologických markerů jsou nálezy u dětí rozdílné oproti dospělé populaci. „*Hypersekrece kortizolu a dexametazonová nosuprese (DST), která je jedním z biologických markerů deprese u dospělých pacientů, je u dětí a adolescentů nalézána méně často, asi mezi 10–50 %*“ (Drtilková, 2001, 390). Co se týče sekrece somatotropního hormonu (STH) a sekrece adrenokortikotropního hormonu (ACTH) jsou zatím výsledky studií nejednotné. Některé neuroendokrinní odchylky byly zaznamenány u dětí, které prožívaly traumatické události.

Prevalence depresivní poruchy, jak uvádí Drtilková (2001), je okolo 2 % a v období dospívání se zvyšuje až na 10 %. Dle Hrdličky a Dudové (2015) se pohybuje v rozmezí 2–4 %, přičemž se po období puberty zvyšuje a v období adolescence dosahuje 4–8 %. Zuckerbrot a Jensen (2006) uvádí prevalenci v období adolescence 3–9 % a na konci adolescence až 20 %. Do puberty je zastoupení u obou pohlaví stejné, následně se frekvence výskytu zvyšuje u žen.

Projevy deprese u dětí a dospívajících jsou, jak již bylo naznačeno výše, spíše atypické a mohou se překrývat se širokým spektrem symptomů typických pro jiné diagnózy. Deprese je u dětí a adolescentů proto diagnostikována až později (Zuckerbrot & Jensen, 2006). V případě symptomů jde zejména o zvýšení psychomotorického tempa a hyperaktivitu, která může být chápána jako projev poruchy pozornosti, či zvýšená dráždivost; zlobení zase působí dojmem poruchy chování. Nezbytná je proto pečlivě odebraná anamnéza a použití adekvátních diagnostických metod. Na znesnadnění diagnostiky deprese z důvodu komorbidit s jinými diagnózami upozorňují Hrdlička a Dudová (2015). S ADHD je to 50–80 %, s poruchou opozičního vzdoru či poruchami chování je to 20–60 % a s abúzem alkoholu pak 30–50 %. Při výzkumu v rámci předchozí kvalifikační práce bylo zjištěno, že u žádného klienta ze skupiny respondentů, kteří tvořili výzkumný soubor, nebyla diagnostikována depresivní porucha, avšak ADHD bylo diagnostikováno 8 klientům z 11 a všem 8 klientům byla nasazena v souvislosti s touto diagnózou medikace. Vezmeme-li v úvahu výše uvedená zjištění, vystává zcela oprávněně otázka po správné diagnostice depresivity u dětí a adolescentů (Stránská, 2019).

Výskyt depresivní poruchy u adolescentů zvyšuje riziko přesmyku do mánie, a to až ve 28 % a zvyšuje také rozvoj bipolární formy afektivní poruchy, přičemž projevy afektivní poruchy mohou přetrvávat až do dospělosti (Drtílková, 2001). Zuckerbrot a Jensen (2006) k tomu uvádějí, že adolescenti s depresivní poruchou jsou ve výrazně vyšší míře ohroženi hospitalizací, relapsem depresivní epizody, abúzem alkoholu, jakož i protispolečenským jednáním.

Krejčířová (2006) rozlišuje dva základní depresivní syndromy, a sice depresi kognitivní, pro kterou je charakteristická takzvaná kognitivní triáda (negativní pohled na sebe, na svou aktuální situaci a na budoucnost). U tohoto typu deprese převažují pocity beznaděje, bezmoci, pocity neužitečnosti a odmítání okolím. Druhým typem je pak endogenní či inhibiční deprese, při které jsou hlavními symptomy útlum, anhedonie a depresivní nálada.

V pravděpodobnosti výskytu depresivního onemocnění hraje roli i dědičnost. Jak uvádějí Rahn a Mahnkopf (2000), děti, jejichž oba rodiče trpěli afektivním onemocněním, mají pravděpodobnost výskytu onemocnění 55,7 %, v případě onemocnění jednoho rodiče před 40. rokem věku je to 19,9 % a po 40. roku věku pravděpodobnost klesá na 11,2 %, což přibližně koresponduje s rozšířením deprese v běžné populaci. Dle Drtílkové (2001) je i výskyt dystymie a cyklotymie u dětí těchto rodičů 7krát vyšší a zvýšený je i výskyt poruch chování, hyperaktivity a zneužívání návykových látek. Z pohledu pohlaví jsou to ženy, které depresivní poruchou trpí přibližně 2krát častěji než muži (Tůma, 2015). Při výzkumu žen s depresí a ADHD, realizovaného Biedermanem et al. (2008), byla rovněž prokázána souvislost mezi depresivní poruchou a ADHD, přičemž deprese u žen s ADHD nastupovala v nižším počátečním věku, trvala více než dvojnásobnou dobu oproti ženám s depresí bez ADHD a ženy s depresí a ADHD vykazovaly rovněž vyšší míru poškození depresí, byla u nich zaznamenána vyšší prevalence suicidia a rovněž častější hospitalizace.

Věk je významným faktorem, který ovlivňuje jak symptomatologii, tak i délku depresivní fáze. Hrdlička a Dudová (2015) uvádějí u adolescentních dětí délku depresivní fáze mezi 7–9 měsíci, avšak dle novějších studií je to dokonce 15–18 měsíců. Ve srovnání s dospělou populací je tento výskyt vyšší, neboť pro dospělou populaci se jako průměrná délka depresivní fáze uvádí 6–13 měsíců.

K diagnostice depresivní symptomatiky slouží řada nástrojů. Paclt (2001) hovoří o možnosti využití škály Kovacsové, která slouží k zachycení depresivní symptomatiky,

sebevražedných tendencí a dalších faktorů závažného rizikového chování. V naší práci je pro zjišťování depresivity použita Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS), jež vychází z Beckovy škály depresivity a je jediným nástrojem pro zjišťování depresivity u adolescentů (Dolejš, Skopal, Suchá, & Charvát, 2018).

3.3 Impulzivita

V současné vědecké diskusi je obsaženo několik konceptů impulzivity, přičemž konsenzus panuje v pojetí, zahrnujícím skutečnost, že jde o relativně stálý a měřitelný osobnostní rys, jenž se projevuje v různých úrovních jednání. Vedle toho fenomén impulzivity reflektují hlavní školy teorie osobnosti, nachází se v diagnostických charakteristikách celé řady duševních poruch a dochází reflexe rovněž coby charakteristika chování (Dolejš & Skopal, 2016).

V Barkleyho (2006) pojetí označujeme impulzivitou neschopnost ovládnout své chování čili jistý deficit behaviorální inhibice, kterou rozumíme zpomalení reakčních procesů v chování jedince. Jde o pohotovost k impulzivním reakcím, neschopnost oddálit odpověď na podnět nebo je to potřeba reagovat odpovědí předem připravenou.

Kalina et al. (2015, 144), ve své studii uvádějí, nakolik impulzivita „*souvisí s upřednostňováním malé okamžité odměny před opožděnou větší odměnou a s neschopností odměnu odložit*“.

Jde tedy bezesporu o rizikový osobnostní rys, u něž je patrná absence plánu a rozmyslu a impulzivní jednání čili sklon k rozmyslu prosté a přehnané odpovědi na podnět vede často ke školnímu selhávání. Školní lapsy nutně nesouvisejí s intelektovou výbavou jedince, jenž není v tomto ohledu defektní. Problémy však vyplývají z neschopnosti sebeovládání a akceptace pravidel sociálních interakcí. Sklony k impulzivním reakcím vedou vedle školního selhávání a sociálních konfliktů, jak již bylo naznačeno výše, rovněž k úrazům a rozličným nehodám, neboť jedinec se vrhá do činností „po hlavě“, aniž by domýšlel možné následky svého jednání (Fiřová, 2008).

Impulzivní chování je přítomno v populaci jako běžný fenomén; jistou míru impulzivity má ve svém jednání každý jednotlivec. Pokud jde o etiologii, pak lze uvažovat zejména o hereditárních zdrojích, přičemž ve hře jsou podle výzkumů rovněž determinanty biochemického rázu. U impulzivních reakcí často dochází k neschopnosti odolat podnětu, který spustí nežádoucí impulzivní reakci. Před samotnou reakcí nastává napětí a během

aktivity pak dochází k prožitku slasti ze vzrušení a uspokojení, avšak posléze rovněž k výčítkám (Dolejš & Orel, 2017).

Sklony k impulzivnímu jednání jsou typické u vícero psychických poruch. Například v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2017) nacházíme impulzivitu v diagnostických skupinách u F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti, F63 Nutkavé a impulzivní poruchy, F90 Hyperkinetické poruchy. Právě u hyperkinetických poruch je impulzivita typickým projevem. Etiopatogenezi hyperkinetických poruch můžeme sledovat v kombinaci vlivů biologických, psychických a sociálních. Velmi úzký vztah existuje rovněž mezi impulzivitou a agresivitou. Právě souvislost sklonů k impulzivnímu jednání u osob s hyperkinetickou poruchou se jeví v praxi jako velmi častá. Častá je rovněž souvislost mezi impulzivitou a riskantním sexuálním chováním a rovněž spojitost s protispolečenskými projevy (Skopal, Dolejš, & Suchá, 2014).

Přece však obraz impulzivity jako nežádoucí, nicotné, neperspektivní a neproduktivní strategie není zcela správný, neboť v řadě případů může impulzivní počínání být relativně funkční strategií, co vede k žádoucímu úspěchu; zároveň však může mít až tragické a zničující konsekvence. Podle Dickmana (1985) se impulzivní jednání v jednoduchých úlohách vykazuje obecně nižším výskytem chyb a jeví se být dobře funkční strategií, přičemž můžeme rozlišit dvě podoby impulzivního projevu. Disfunkční typ odpovídá impulzivní volbě bez zvažování následků, vede zpravidla k nežádoucímu výsledku a přináší spíše těžkosti. Oproti tomu funkční typ impulzivní reakce odpovídá rychlé akci v situaci, kdy je pohotová reakce žádoucí a přináší výraznější benefity než jednání na základě delší rozvahy.

Dawe a Loxton (2004) tvrdí, že je možno na impulzivitu nahlížet prizmatem dvojí proměnné, a sice v prvním případě jde o otázku schopnosti, lapidárně řečeno, oddalovat slast čili dosažení odměny. Lidé zpravidla raději volí rychlou, leč menší odměnu než čekání na větší odměnu v budoucnosti za cenu oddálení jejího dosažení v delším čase. U jedinců se sklony k impulzivnímu jednání pak dochází k častému opomíjení oddálené odměny – nejsou schopni „čekat“, odměnu vyžadují hned, byť je o poznání méně hodnotná než odměna, která mohla přijít, pokud by byli trpěliví. Druhou proměnnou je pak fenomén reflektovaný již výše, a sice disinhibice, odbrzděnost, prudká a narušená reaktivita, kdy jde o schopnost modifikovat, brzdit anebo zcela upustit od jednání, které je rizikové, nevede k žádoucí odměně a je tedy v zásadě neproduktivní. Pro toto impulzivní jednání je typická absence náhledu při hodnocení potenciálního rizika.

Etiologie impulzivního jednání u jedince souvisí s jeho biologickými danostmi, ve kterých stojí v popředí hereditární faktor. Jelikož většina osob jedná impulzivně zejména v hraničních a krizových okamžicích, dá se dovodit, že vyšší míra afektu spojená s nižší mírou behaviorální inhibice představují zdroje akcelerované impulzivity. Impulzivita se však neprojevuje pouze zvýšenou afektivitou a sníženou inhibicí, nýbrž také vyhledáváním rychlé odměny (Kulišek & Dolejš, 2019).

V souvislosti se zaměřením této práce je třeba zmínit, že zejména na klinickém obrazu symptomatologie hyperkinetické poruchy u dětí se zřetelně ukazují impulzivní projevy tolik pro ADHD typické: neschopnost odložit uspokojení svých potřeb – vše musí nastat „teď a tady“ a ve školním prostředí se demonstrují rivalizací s autoritou, která vychází z neschopnosti regulovat své chování v sociálních situacích (Beljan et al., 2006).

V českém prostředí je možno k diagnostice impulzivity využít několik českojazyčných nebo do českého jazyka přeložených testových škál. Z nich jsou nejčastější Barratova škála a škála UPPS-P, které bývají administrovány jako sebeposuzovací dotazníky. Tyto dotazníky byly podrobeny v českém prostředí testu jejich vypovídající hodnoty, přičemž bylo zjištěno, že Barratova škála postrádá obsahovou validitu a její použití v klinické praxi se jeví jako vysoce problematické. Oproti tomu sebeposuzovací dotazník UPPS-P vykazoval dobrou obsahovou i diskriminační validitu a vnitřní konzistenci všech subškál (Linhartová et al., 2017).

Na adolescentní populaci je zaměřena Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS) (Dolejš, Skopal, 2016), která je určena pro klinicko-psychologickou praxi a vhodně lze využít rovněž v oblasti pedagogické psychologie nebo v poradenské oblasti psychologie a speciálními pedagogy. Informace poslouží při realizaci preventivního programu nebo při samotné intervenci, neboť znalost člověka výrazně zvyšuje efektivitu zvoleného zacházení.

3.4 Sebepojetí (identita)

Sebepojetí čili vnímání vlastní identity je pojem, jenž má svůj původ v oblasti sociální psychologie. Identitou rozumíme postoje a očekávání, která má jedinec vůči sobě samému – tedy doslova sebe pojetí, vnímání sebe sama.

Individuální identita člověka se utváří po celý jeho život, od prenatálního vývojového stádia, až po vlastní smrt. Nakonečný (2015, 463) reflektuje souvislost mezi vznikem osobnosti člověka, která se rodí spolu s uvědoměním si vlastního já, které nenastává

v jednom okamžiku, nýbrž se v čase vyvíjí od novorozeneckého věku s vývojem sebepojetí a sebehodnocení: „*Sebepojetí je soud o sobě samém a s tím spojený sebecit, tj. přisuzování si určitých vlastností a jejich pocitová sebereflexe; naprostá většina lidí má pozitivní obraz sebe sama, tj. pokládá se za inteligentní, zajímavé, schopné atd.*“

V psychologii zaujímá zásadní místo studium sebepojetí ze tří zorných úhlů: proces formování sebepojetí, sebepojetí jako výsledek procesu sebeuvědomění a konečně sebepojetí a jeho místo v regulaci chování. Na prvním místě zde patří výzkum procesu utváření identity a definování vlastního Já, přičemž podstatné jsou zde zejména poznatky vývojové a sociální psychologie. Zde je třeba rovněž uvést, že hovoříme-li o sebepojetí, máme na mysli spíše jakýsi myšlený konstrukt, pomocí něž vysvětlujeme chování člověka, nikoli však skutečně existující psychickou entitu (Blatný & Plháková, 2003).

Podrobně uvádí Blatný (2010), jenž sebepojetí posuzuje podle tří aspektů, a sice aspekt kognitivní, afektivní čili emoční, který vyjadřuje emoční vztah člověka k sobě samému a konečně konativní, který vyplývá z motivace a seberegulačních jevů u jedince.

Důležitými komponentami individuální evoluce personální identity jsou sociální srovnání a zpětná vazba. Právě sociální srovnání, jehož funkce vychází ze selektivního poměrování individua se svým okolím, má podstatný vliv na budování identity, neboť právě v interakci s okolím dochází k formování postojů a názorů a rovněž k jejich modifikacím. Obdobně je tomu u funkce zpětné vazby, která spočívá v odpovědi na chování jedince, kterou poskytuje okolí. Právě skrze reakce ostatních lidí zakouší jedinec, jak na své okolí působí, jak se druhým jeví, které chování je vnímáno jako žádoucí, a naopak, které se neseťká s přijetím a nevede ke kýženému cíli a je tedy neproduktivní (Kohoutek, 1998).

Funkce sociálního srovnání se však nerealizuje ve srovnání se všemi jedinci – naopak, srovnáváme se s těmi, kteří pro nás vytvářejí referenční skupinu, tedy s jedinci, které považujeme za sobě podobné a identifikace s nimi se nám jeví jako prospěšná a perspektivní. Pokud jde o funkci zpětné vazby, pak základem její teorie je konstrukt, podle kterého se naše identita odráží od našich domněnek, jak nás vnímají druzí lidé („zrcadlové já“). „Já“ pak vyplývá ze sociální struktury a je ovlivňováno mimo jiné společenskými normami, hodnotami a kulturními vzorci, přičemž podstatnou roli v utváření „já“ má jazyk, jenž je jedním ze základních komunikačních prostředků a umožňuje přenos významů mezi lidmi a sdílení podstatných obsahů, ať už ryze osobních či společenských. S vnímáním vlastní identity, s porozumění sobě samému a vlastní životní situaci úzce souvisí sebeúcta.

Coopersmithova studie z roku 1968, provedená na amerických chlapcích ve věku mezi 10–12 lety, jasně vypovídá, že u hochů s vysokou sebeúctou (rozřazení do tří skupin – vysoká, střední a nízká sebeúcta – proběhlo na základě dotazníku, hodnocení pedagogem a psychotestů) docházelo k častým úspěchům, byli výřeční a aktivní, byli motivováni k dosahování vyšších met a jejich rodiče se o ně patřičně starali, znali jejich kamarády, byli přiměřeně přísní a motivovali své děti k dosahování vysoce hodnocených výsledků. Naopak, ve skupině chlapců s nízkou mírou sebepojetí bylo zaznamenáno, že o ně rodiče projevovali minimální zájem, děti neaspirovaly na dosahování vyšších met a častěji trpěly psychosomatickými obtížemi typu bolesti hlavy či nespavostí (Hayesová, 2003).

Ve vztahu k výše uvedenému je patrné, že rovněž otázka identity čili sebepojetí má své kvalitativní vyjádření a měřitelnost, žádoucí a nežádoucí míru. Zároveň je však třeba mít na paměti, že malé děti mají omezené expresivní a receptivní jazykové schopnosti; nemohou snadno sekvencovat události v čase a mají potíže s abstrakcí. Je tedy otázkou, zda lze jejich sebepojetí, vzpomínky, pocity a chování spolehlivě posoudit (Biederman et al., 2001).

Můžeme hovořit o takzvané ideální identitě, pro kterou je vlastní opravdové porozumění sobě sama, přizpůsobivost, aktivní životní styl s optimistickým výhledem do budoucna v kombinaci s realistickým viděním sebe a svého okolí, s realistickými očekáváními. S tím souvisí pojem vědomí vlastní účinnosti (self-efficacy), jenž obsahuje subjektivní představu o schopnosti svůj život sám žít, kontrolovat a řídit, což koreluje s vlastní schopností obstát v zátěžových až kritických situacích či dokonce s volbou zdravého životního stylu a schopností správného rozumového uvažování a rozhodování. V obráceném gardu pak, u osob, které nevykazují znaky shora uvedené ideální identity, nacházíme zažívání absence smyslu života, životní únavy a netečnosti, nudy, automarginalizaci a rovněž absenci, respektive ztrátu víry ve vlastní schopnosti a kvality. Takoví lidé jsou pak v zajetí představy života coby střídání rolí, které v určitých etapách a okamžicích života zaujímají, životem procházejí v postupném procesu naplňování biologických potřeb, pociťují bezmoc a v podstatě podléhají fatalismu, kdy vzepření se osudu je veskrze zbytečné, neboť osud je určen a dán (Thorová, 2015).

V souvislosti se zvoleným tématem práce je rovněž na místě reflektovat spojitost identity jedince s prožíváním silných emocí, mimo jiné s hněvem či vztekem, chceme-li pojem rozšířit. Lidé, kteří lehčeji podléhají úzkostem a napětím, oslabují vlastní identitu a stávají se slabými. Je faktem, že síla každého člověka, tedy i síla jeho identity, případně jeho vlastního vnímání sebeúcty není konstantní, nýbrž je v čase proměnlivá, což lze

explicitně demonstrovat na situaci onemocnění, kdy je člověk objektivně oslaben a napětí, spory a silné emoce zvládá o poznání hůře než v plné kondici. Jak nejsou konstantní emoce, stejně není konstantní člověk, se vším, co k jeho multidimenzionální komplexnosti náleží, nýbrž se v čase vyvíjí a snaha o seberozvoj, který se uskutečňuje v kontaktu s těmi druhými, je jako pud vložena do lidských genů. Z kontaktu s druhými vychází úspěšnost zvládnutí budování vlastní identity a vnímání vlastní hodnoty. Pečující rodiče proto dítě seznamují s ostatními, uvádějí jej do interpersonálních kontaktů a výměn, což dítěti v důsledku otvírá cestu k poznání sebe sama i druhých, k posilování sebepojetí a sebehodnocení, regulaci emocí a schopnosti stanovení a respektování hranic. S budováním „já“, identity a sebedůvěry nakonec bezprostředně souvisí schopnost postupně se uvolňovat ze sevření rodičovských komplexů, neboť zůstává-li jedinec neúměrně dlouho v závěsu svých rodičů, což souvisí s autoritativními komplexy, jeho sebepojetí a konečně i sebeúcta postupně degraduje, přičemž žádoucí je naopak posilování, jak jsme rozvedli již výše (Kast, 2010).

Pro funkční a s ideální identitou rezonující sebepojetí je důležité zakomponovat rovněž přijetí vlastních specifíků, nedostatků či hendikepů, bez jejichž integrace do vnímání sebe sama bude obraz o vlastním individuu pokřivený a neúplný. Konflikty s okolím, zejména autoritami, jako jsou rodiče a podobně, ke kterým dochází kolem puberty a adolescence, jsou spíše projevy nejistoty mladého člověka, jenž skrze konflikt testuje své okolí a ujišťuje se o své hodnotě. U dětí patří k budování správného sebehodnocení rovněž vnímání vlastního vzhledu, což je zejména v období puberty a adolescence často v centru zájmu, jelikož tento obraz člověka je okolí předkládán před jinými. Excesy v podobě poruch příjmu potravy, které souvisejí s defektním sebepojetím, jsou v tomto vývojovém období žel běžné a souvisí s módními trendy a předkládanými ideály krásy, jak je prezentují masmédiá. Nedílnou součástí vlastního sebepojetí je pak rovněž dimenze genderové identity, autoidentifikace pohlavní totožnosti jedince na bázi pohlavní dichotomie a člověku vlastního dimorfismu a přimykání se k vzorům „pravého“ mužství a ženství. V popředí stojí zaměření na „být sám sebou“, včetně sexuality a jiných rozměrů života, a rovněž otázka spirituality a smyslu života (Langmeier & Krejčířová, 2013). Osobní identita jedince je tak utvářena nejen na úrovni psychologické, nýbrž rovněž v neustálé koordinaci faktorů psychologických, somatických a sociálních a je ve své podstatě kotvena do těla a vztahovosti (Smékal, 2007).

S pohlavní identitou úzce souvisí rovněž porozumění rodičovské roli, respektive budoucí převzetí této role. Notorieta je, že úplná a harmonická rodina vytváří ideální

prostředí pro vývoj zdravého člověka. Kvalita vztahů v rodině ovlivňuje nejen psychické zdraví dítěte, ale rovněž jeho somatickou stránku. Studie zabývající se blízkou přítomností otce při výchově dítěte prokázala pozitivní vliv jeho přítomnosti na mentální zdraví chlapců i dívek, jakož i skutečnost, že adolescenti, kteří byli vychováni přítomným otcem, hodnotí své zdraví pozitivněji (O’Gara, Zhang, Padilla, Liu, & Wang, 2019). Zároveň je mimo pochybnost, že právě rodiny neúplné bývají často rodinami disfunkčními (Možný, 2002). Vedle jiného se ukazuje, že nepřítomnost jednoho z rodičů při výchově dítěte může implikovat rizikové tendence, které mají negativní vliv na ideální vývoj.

O fenoménu chybějícího otce podrobně referuje Corneau (2012, 28) a z výzkumů ve Spojených státech a Norsku dokládá, že *„v průběhu prvních dvou let chlapci absolutně potřebují otce... U všech synů bez otce nacházíme pravidelně nedostatky v oblasti sociální, sexuální, morální nebo kognitivní.“*

Sebepojetí, přijímání sebe sama a pozitivní hodnocení vlastního života patří k důležitým komponentám osobní pohody, kterou můžeme chápat jako dlouhodobě přetrvávající stav emocí člověka, ve kterém jedinec prožívá autenticky svoji osobní spokojenost s vlastním životem. Z dlouhodobých výzkumů pak vyplývá, že o osobní pohodu lidé sami pečují, nikdo nechce být nešťastný a lidé sami aktivně pracují pro to, aby osobní pohodu zažívali, přičemž většina lidí hodnotí svůj život jako spokojený; nespokojených je menšina (Blatný, 2010).

Poruchy identity jsou součástí diagnostický kritérií několika duševních nemocí a poruch. V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí nacházíme poruchu identity jako diagnostické kritérium u F06.5 organická disociativní porucha, F44.3 trans a posedlost, F64.2 porucha pohlavní identity v dětství, F64.1 transvestismus dvojí role, F66.1 egodystonická sexuální orientace, F93.8 jiné dětské emoční poruchy.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Výzkum v této diplomové magisterské práci navazuje na již provedený výzkum zaměřený na charakteristiky klientů pobytových služeb středisek.

Nynější výzkum si klade za cíl zpřesnit a prohloubit informace o specifických charakteristikách klientů pobytových služeb střediska, konkrétně se zaměřuje na zjištění míry úzkostnosti, depresivity, impulzivity a sebepojetí a rovněž na zjištění využitelnosti dotazníkových metod u této populace. Cíle práce byly tedy rozčleněny následně:

- Určit míru specifických charakteristik u těchto klientů v porovnání s normální populací.
- Prozkoumat, jaká je skladba specifických charakteristik.
- Zpřesnit a prohloubit informace o specifických charakteristikách klientů pobytových služeb střediska.
- Objasnit, jak dosavadní zkušenost klientů pobytových služeb střediska koresponduje s výsledky v dotaznících.
- Zjistit, jaká je využitelnost dotazníkových metod při vyšetřeních těchto klientů.

Dle výše uvedených cílů byly formulovány výzkumné otázky. První 4 výzkumné otázky se týkají všech respondentů, kteří se výzkumu zúčastnili. Poslední 3 otázky se vztahují ke skupině respondentů, kteří byli vybráni pro podrobné zkoumání.

1. Jaká je míra úzkostnosti u klientů pobytových služeb střediska?
2. Jaká je míra depresivity u klientů pobytových služeb střediska?
3. Jaká je míra impulzivity u klientů pobytových služeb střediska?
4. Jaké je celkové sebepojetí u klientů pobytových služeb střediska?
5. Jaká je skladba specifických charakteristik klientů pobytových služeb střediska?
6. Jak se specifické charakteristiky klientů pobytových služeb střediska prolínají do jejich života?
7. Jak se shodují výsledky dotazníkových metod klientů pobytových služeb střediska s jejich výsledky z interview, pozorování a obsahové analýzy?

Pro zodpovězení 1.–4. výzkumné otázky, které se týkají míry jednotlivých specifických charakteristik, byly formulovány následující hypotézy:

- **H1:** Míra úzkostnosti je u klientů pobytových služeb střediska významně vyšší ve srovnání s normou.
- **H2:** Míra depresivity je u klientů pobytových služeb střediska významně vyšší ve srovnání s normou.
- **H3:** Míra impulzivita je u klientů pobytových služeb střediska významně vyšší ve srovnání s normou.
- **H4:** Celkové sebepojetí je u klientů pobytových služeb střediska významně nižší ve srovnání s normou.

Nově získané informace mohou napomoci ke zkvalitnění práce pracovníků střediska. U psychologů jde konkrétně o přesnější diagnostiku výše uvedených specifických charakteristik, což je účelné pro následnou terapii. Pro účelné zacílení terapie, respektive preventivně výchovné péče budou zprostředkované informace užitečné rovněž pro práci etopedů a vychovatelů, kteří jsou s klienty nejčastěji v kontaktu.

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Aby bylo možno získat data o úzkostnosti, depresivitě, impulzivitě a sebepojetí klientů pobytových služeb střediska pro porovnání s normou a zároveň aby bylo možné ozřejmit, jaká je zkušenost klientů s těmito oblastmi, případně zjistit možnou využitelnost dotazníkových metod, byl výzkum koncipován jako smíšený. To umožňuje získat data jak kvantitativní, tak kvalitativní. Výzkum byl s ohledem na stanovené cíle a výzkumné otázky navržen jako vícepřípadová studie s využitím obsahové analýzy dokumentů a byl doplněn o dotazníková šetření.

Případová studie, respektive vícepřípadová studie, klientů využívajících pobytových služeb střediska výchovné péče mapuje jednotlivé klienty a v souvislostech popisuje jejich dosavadní životní příběh. Činí tak s důrazem na důvody umístění do střediska a průběh jeho pobytu (Willig, 2013).

Takto navržený výzkum umožňuje provést distribuci dotazníkových metod všem klientům pobytových služeb, jakož i obsahovou analýzu dokumentace respondentů, kteří byli vybráni pro interview a pozorování. Validita výzkumu byla zajištěna triangulací metod získávání dat a triangulací zdrojů dat (data získaná od respondentů, z dokumentace z výpovědi rodičů, z lékařských zpráv, ze zpráv pracovníků střediska). Jak uvádí Miovský (2006), triangulace získávání dat minimalizuje zkreslení, která mohou vzniknout v procesu získávání kvalitativních dat a umožňuje zjistit, zda se data získaná různými nástroji liší a proč. Triangulace zdrojů dat zase napomáhá získat bohatší možnosti pro následnou analýzu a interpretaci a snižuje tak riziko možného zkreslení, ke kterému by mohlo dojít, byla-li by data získána pouze z jednoho zdroje.

Při tom všem je třeba zdůraznit, že praktická část práce je kazuistická a odráží faktickou práci ve středisku; v popředí tedy nestojí statistické údaje, nýbrž práce s klientem.

5.1 Metody získávání dat

V první fázi výzkumu bylo provedeno dotazníkové šetření za použití metod, jež byly vytvořeny na půdě Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Jednalo se konkrétně o Škálu úzkostnosti Dolejš a Skopal (SUDS), Škálu depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS) a Škálu impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS).

Pro zjišťování míry sebepojetí byl využit Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2), pro který byla na téže univerzitě vytvořena česká standardizace.

Kompozice dotazníkových metod nebyla zvolena náhodně. S výše zmíněnými metodami se od doby jejich vzniku na katedře pracuje a zajímalo nás, jak tyto metody budou fungovat na populaci klientů ve středisku. Obecných charakteristik klientů je celá řada a bylo třeba vymezit jen několik z nich.

V rámci druhé části výzkumu bylo na základě výsledků dotazníkových metod vybráno několik respondentů, s nimiž proběhlo interview. Součástí interview bylo i pozorování. U těchto klientů byla rovněž realizována analýza dokumentace, vytvořené v průběhu jejich pobytu ve středisku.

5.1.1 Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal (SUDS)

Metoda SUDS vznikla v roce 2016 a slouží ke zjišťování úzkostnosti u adolescentů. Obsahuje celkem 24 položek, na něž může respondent odpovědět jednou ze 4 nabízených odpovědí (rozhodně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím či rozhodně souhlasím). Celkový hrubý skór respondenta se může pohybovat v rozmezí 24–96 bodů. Platí zde pravidlo, čím více hrubých bodů respondent v metodě získá, tím je úzkostnější (Dolejš & Skopal, 2016).

Jednotlivé výsledky je možné porovnávat s populačními normami adolescentů ve věku od 11 do 15 let, a to dle různých kritérií. Uvedená Cronbachova alfa má hodnotu 0,89. Příkladem otázek je: „*Když jsem hodně nervózní, dostávám strach*“ (Dolejš & Skopal, 2016).

5.1.2 Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS)

Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS) z roku 2018 slouží k posouzení míry depresivních příznaků. Jedná se o sebeposuzovací škálu, jež neměří osobnostní rys, nýbrž stav a zaměřuje se na jednotlivé symptomy, konkrétně na únavu, ztrátu radosti či poruchy spánku atd. Metoda vychází z Beckovy škály depresivity (BDI-II) a je upravena pro neklinickou populaci a testování osob adolescentního věku (Dolejš, Skopal, Suchá, & Charvát, 2018).

Metodu SDDSS tvoří 20 položek a respondent volí jednu ze 4 nabízených možností (rozhodně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím či rozhodně souhlasím). Respondent může získat hrubý skór v rozmezí 20–80 bodů, přičemž platí pravidlo, že čím více hrubých bodů respondent získá, tím je pravděpodobněji depresivnější. Reliabilita vnitřní konzistence,

vypočtená pomocí Cronbachovy alfy, byla 0,91. Příkladem otázek je: „*Jsem stále smutný/á a nemohu se z toho dostat*“ (Dolejš, Skopal, Suchá, & Charvát, 2018).

5.1.3 Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS)

Tato škála vznikla v roce 2016 a zjišťuje úroveň impulzivity. Cílem metody je zjistit citovou nestálost, nerozvážnost či sebekontrolu. Metoda je určena pro screening, ale může být využita jak při klinickém vyšetření, tak i v poradenské činnosti či v edukačním procesu (Dolejš & Skopal, 2016).

Metodu SIDS tvoří 24 otázek a respondent volí jednu ze 4 nabízených možností (rozhodně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím či rozhodně souhlasím). Celkem může respondent získat hrubý skór v rozmezí 24–96 bodů, přičemž platí, že čím více hrubých bodů respondent získá, tím je impulzivnější. Při posuzování spolehlivosti metody dosáhl koeficient Cronbachovy alfa hodnoty 0,87. Příkladem otázek je: „*Vrhám se občas do něčeho jen tak, bez přemýšlení*“ (Dolejš & Skopal, 2016).

5.1.4 Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2)

Tato sebeposuzovací škála vychází k původní Škály sebepojetí dětí Piers-Harris (Piers-Harris self-concept scale for children z roku 1963) a slouží k hodnocení sebepojetí u dětí a dospívajících ve věku od 9 do 18 let. Metoda je určena pro výzkumné, vzdělávací, poradenské a klinické prostředí (Obereignerů et al., 2015).

Metoda obsahuje 60 položek, na něž může respondent odpovědět výběrem ze dvou variant ano/ne, podle toho, zda se na něj uvedený výrok vztahuje. Metoda zahrnuje Celkový skór (TOT), který hovoří o celkovém sebepojetí respondenta a může dosahovat hodnoty v rozmezí od 0 do 60. Respondent tak může získat vysoký, průměrný nebo nízký skór. Dále metoda obsahuje 6 subškál, které hodnotí specifické oblasti sebepojetí. Jsou to subškály Přízpůsobivost (BEH), Intelektové a školní postavení (INT), Fyzický zjev (PHY), Nepodléhání úzkosti (FRE), Popularita (POP) a Štěstí a spokojenost (HAP) a respondent může získat skór nadprůměrný, průměrný a nízký. Validizační škály zahrnují Index inkonzistentních odpovědí (INC), který odhaluje náhodný výběr odpovědí, a Index předpojatosti (RES), který zjišťuje, zda respondent odpovídá ano nebo ne bez ohledu na znění položky (Obereignerů et al., 2015).

Dosažení nižšího hrubého skóru vyjadřuje negativnější sebehodnocení v dané oblasti. Hodnoty pro Cronbachovu alfu neklesají pod hodnotu 0,71 a po odstranění subškál se hodnoty Cronbachovy alfy pohybují v hodnotách větších než 0,8. Příkladem z otázek je: „*Jsem na většinu věcí hloupý/á*“ (Obereignerů et al., 2015).

5.1.5 Interview

V rámci výzkumu byl pro interview vybrán polostrukturovaný rozhovor, který má ráz klinického rozhovoru, neboť umožnil zachovat elementární strukturu rozhovoru a ponechal prostor pro možné doplnění otázek, které v průběhu rozhovoru vyvstaly.

Specifikem interview v tomto výzkumu je skutečnost, že každý rozhovor byl vytvořen s ohledem na individuální výsledky respondentů v jednotlivých dotaznících. Rozhovory se tak od sebe lišily nejen v důsledku individuality respondenta, ale lišily se rovněž svým obsahem a počtem otázek.

Celkem vzniklo 7 odlišných struktur rozhovoru. Počet otázek osciloval v rozmezí od 26 do 41. Každé interview obsahovalo 6 otázek, které mapovaly současný stav respondenta a tyto otázky byly ve všech interview stejné. Dále bylo v rozhovoru, pokud respondent získal vysoký skór v SUDS, 8 otázek, týkajících se nervozity a úzkostnosti. Při vysokém skóru v SIDS potom rozhovor obsahoval 8 otázek k tématu pozornosti a impulzivitu a při vysokém skóru v SDDSS, přibýlo 9 otázek na téma depresivita. Největší variabilitu otázek zajistila metoda PCHCSCS-2, kde respondent odpovídal na otázky dle svých nízkých skórů v jednotlivých subškálách. Každá subškála tak představovala další 3 otázky navíc. Pokud docházelo k opakování některých otázek kvůli tematickému překryvu s otázkami na téma sebepojetí, byly tyto otázky modifikovány nebo vypuštěny. Jednalo se zejména o otázky týkající se školní docházky a nervozity.

Při přechodech mezi jednotlivými tematickými okruhy otázek dle jednotlivých dotazníkových metod výzkumník tyto otázky uvedl do souvislosti s výsledky respondenta v dané metodě.

Otázky byly formulovány s ohledem na věk respondentů a ve snaze o co největší srozumitelnost a stručnost.

5.1.6 Analýza dokumentů

U respondentů, kteří byli vybráni pro interview, proběhla rovněž kvalitativní analýza dokumentů, respektive spisů (osobní dokumentace), které jsou v rámci pobytové služby ve středisku o každém klientovi vedeny. Zde byly informace získávány zejména z anamnéz klientů, ze zpráv pedopsychiatrů či psychologů z jiných zařízení, jakož i ze zpráv z OSPOD a jiných služeb, které respondenti v minulosti navštívili, ze zápisů z konzultací v rámci ambulantních služeb, tak i z konzultací, které proběhly v době pobytu klienta ve středisku.

Důležitým zdrojem informací byla zpráva z vyšetření psychologa střediska a závěrečná zpráva z pobytu ve středisku, která obsahovala informace o chování klienta v době pobytu ve středisku a na jejímž vyhotovení participovali jednotliví pracovníci: vychovatel, etoped, učitel a psycholog. Pozornost byla zaměřena na zjišťování vymezených specifických charakteristik, tedy na úzkostnost, depresivitu, impulzivitu a sebepojetí klientů.

5.1.7 Pozorování

V průběhu interview s respondenty probíhalo také pozorování jejich projevů a způsobů vyjadřování. Bylo zvoleno otevřené zúčastněné pozorování, kdy respondenti věděli, že výzkumník v průběhu rozhovoru provádí také pozorování.

Pro pozorování byly vybrány dvě kategorie projevů, které zmiňují Maršalová a Mikšík (1990). Pozornost byla zaměřena na *pohybové znaky chování*, jež zahrnují znaky spojené s expresí emocí a jiných stavů či procesů. Konkrétně se jednalo o projevy mimiky, výrazy tváře a pohyby očí a víček. Dále byla pozornost věnována gestikulaci a pohybům celého těla. Z *formálních znaků verbálního chování* byla pozornost zaměřena na časové znaky (rychlost řeči a délku projevů), plynulost a kontinuitu (nedokončování a přeskakování) a na znaky formálně-obsahové kvality (bohatost slovníku). Po ukončení interview byly zachycené projevy respondentů zapsány do záznamového archu.

6 SBĚR DAT A VÝBĚROVÝ SOUBOR

Výběrový soubor byl vytvořen kombinací záměrného výběru přes instituci, kterou bylo Středisko výchovné péče Domek ve Zlíně a totálního výběru, při splnění níže uvedených kritérií. Tato kombinace byla zvolena na základě tématu diplomové práce, zacílené na klienty pobytových služeb střediska; to vše s ohledem na kapacitní možnosti během aktuálního provozu. V první fázi byly respondentům distribuovány dotazníkové metody.

Aktuálně dostupná výroční zpráva zlínského střediska za školní rok 2018/2019 k 30. 9. 2019 uvádí, že pobytových služeb střediska využilo v daném školním roce 217 klientů, z toho 38 na pobytu (9 dívek, 29 chlapců), což se u pobytových klientů blíží faktické kapacitě (Diagnostický ústav a středisko výchovné péče Brno, 2019).

Doba vyhrazená pro sběr dat z těchto metod byla původně stanovena od září 2019 do června 2020. Maximální počet klientů při maximálním využití pobytových služeb střediska za jeden školní rok činí 40 klientů; výchovné skupiny jsou koedukované. V průběhu tohoto období pobytových služeb využilo 29 klientů, z nichž se nakonec 23 zúčastnilo dotazníkového šetření.

Vedení střediska nedoporučilo oslovit 3 vybrané zákonné zástupce, a to pro jejich konfliktní vystupování ve vztahu k pracovníkům střediska. 3 klienti nebyli do výzkumu zařazeni kvůli předčasnému ukončení pobytu a ze zdravotních a hygienických důvodů (svrab). Rozdíl mezi maximálním počtem klientů a skutečným počtem klientů byl dán mimo jiné i opatřeními v důsledku COVID-19, neboť středisko bylo v období od 13. 3. 2020 do 30. 6. 2020 uzavřeno. Sběr dat formou dotazníkových metod byl tedy prodloužen i na září a říjen roku 2020, přičemž i v této době byla opět přijímána další opatření v souvislosti s onemocněním COVID-19.

Od září 2020 do poloviny října 2020 využilo pobytových služeb střediska 6 klientů, přičemž 5 se jich výzkumu zúčastnilo. Důvodem nezařazení jednoho klienta bylo jeho předčasné ukončení pobytu pro krádeže osobních věcí jiného klienta. Celkem se tedy dotazníkového šetření zúčastnilo 28 respondentů.

Dotazníky byly jednotlivým klientům rozdávány v průběhu prvních 2 týdnů jejich pobytu, aby byl zachycen stav, ve kterém do střediska nastoupili a zároveň aby byla zajištěna

podmínka pro zařazení do výzkumu, a sice souhlas zákonných zástupců a podpis na formuláři o jejich informovaném souhlasu. Zákonní zástupci informované souhlasy podepisovali při první návštěvě dítěte ve středisku, zpravidla po prvním týdnu pobytu.

Interview, v rámci nichž probíhalo i pozorování, probíhaly buď osobně, a to v místě bydliště respondenta či v knihovně, nebo z důvodu omezení v souvislosti s COVID-19 prostřednictvím Messengeru či Skypu z domova – respondent měl tedy funkční mikrofon i kameru. Pouze u 1 respondenta bylo interview omezeno na sdělení přes mikrofon bez použití kamery, neboť se jí nepodařilo zprovoznit. Všechna interview proběhla po předchozí telefonické domluvě se zákonnými zástupci a zároveň po následné telefonické domluvě ohledně místa a času interview s jednotlivými respondenty.

Délka rozhovoru se pohybovala v časovém rozmezí od 18 do 51 minut. Rozdíl v délce jednotlivých rozhovorů byl dán počtem otázek, čímž se lišil respondent od respondenta, podle konkrétních výsledků v jednotlivých dotaznících a konečně podle aktuálního stavu a ochoty respondentů na otázky odpovídat.

6.1 Charakteristika výběrového souboru

Šetření dotazníkovými metodami se celkem zúčastnilo 28 klientů pobytových služeb. Pouze 1 respondent byl z výzkumu vyřazen pro nevyplnění celé metody PHCSCS-2 a 1 respondent byl z výzkumu vyřazen pro nekonzistentní odpovědi v PHCSCS-2 a pro příliš nízký skóre v indexu předpojatosti v témže dotazníku. Další respondent, který v indexu předpojatosti získal příliš vysoký skóre, a měl být tedy z tohoto důvodu taktéž vyřazen, byl ponechán, neboť také dosáhl skóre (HS) v SUDS, SDDSS a SIDS vyšší než HS plus 1 směrodatná odchylka a zároveň nízkých skóre v jednotlivých subtestech PHCSCS-2. Pro zpracování dat v programu Statistica 13 bylo nakonec využito dat od 26 respondentů.

Pro interview bylo ze zmíněných 26 respondentů vybráno 9 respondentů. Podmínkou pro výběr k rozhovoru bylo získání hrubého skóre alespoň v jedné z metod SUDS, SDDSS a SIDS vyšší než $HS + 1 SD$ a zároveň získání nízkého hrubého skóre alespoň v jedné subškále PHCSCS-2. Z těchto 9 respondentů se rozhovoru nezúčastnili 2. U 1 respondenta byl telefonicky kontaktován zákonný zástupce za účelem sjednání termínu interview s respondentem, avšak v předem smluvený čas nebylo možné respondenta zkontaktovat, neboť jeho telefon byl nedostupný. Ani po opakovaném pokusu se nepodařilo s respondentem navázat spojení. Druhý respondent byl v daném období šetřen pro další

přestupky (případová konference) a ze strany vedení nebylo doporučeno s ohledem na rodinu provádět s dotyčným další fázi výzkumu. Celkem se tedy podařilo uskutečnit interview se 7 respondenty.

Tab. 2: Respondenti z realizovaných interview

JMÉNO	VĚK	RODINA	RODIČE	SOUROZ.	DIAGNÓZA	MEDIKACE	POBYT V SVP	POBYT V PN
Marek	14	žije s rodiči	manželé	5	F920 depresivní porucha chování, SPU	ano	1.	ne
Jana	14	žije s matkou	rozvedení	1	ne	ne	1.	ne
Matouš	14	žije s rodiči	manželé	2	SPU dyslexie, ADHD	ne	1.	ne
David	14	žije s otcem	rozvedení	1	F190 Poruchy způsobení více drogami - akutní intoxikace	ano	1.	ano
Adam	13	žije s matkou	rozvedení	0	ADHD	ano	3.	ne
Vojtěch	12	žije s matkou	rozvedení	1	ne	ne	1.	ne
Šimon	9	žije s matkou	bez kontaktu	0	ADHD	ne	1.	ne

6.2 Etické hledisko a ochrana soukromí

Výzkum byl realizován se souhlasem vedoucí Střediska výchovné péče Domek ve Zlíně, která byla písemnou a ústní formou informována o účelu výzkumu a způsobu sběru dat formou dotazníkových metod, interview a analýzy dat z dokumentace respondentů.

Aby bylo možné výzkum realizovat, bylo nutné před jeho zahájením získat informované souhlasy od zákonných zástupců respondentů, stejně tak i od samotných klientů. Všichni byli rovněž informováni o účelu výzkumu, způsobu sběru dat a o možnosti budoucího kontaktování zákonných zástupců nebo respondentů kvůli provedení interview s klientem.

Součástí informovaného souhlasu bylo také ujištění o zachování anonymity klientů, poučení o dobrovolnosti účasti ve výzkumu, stejně jako o možnosti souhlas s účastí ve výzkumu odvolat. Anonymita byla zajištěna přiřazením identifikačního kódu, který se skládal z počátečního písmena měsíce, kdy respondent vyplňoval dotazníky, dále z počátečního písmene slova kluk nebo holka, dle pohlaví respondenta, z druhého písmene křestního jméno, z druhého písmena příjmení a z posledního dvojčíslí roku narození. Tímto kódem respondenti označovali všechny vyplňované metody. Kódy respondentů vybraných pro rozhovor byly pro srozumitelnost v textu nahrazeny smyšlenými jmény.

Všichni respondenti, kteří vyplnili dotazníky, dostali jako dárek sladkost a psací pero. Respondenti, jež se zúčastnili interview, získali flash disk. Nákup dárků z části uhradil nezávislý sponzor.

Respondenti, jež byli vybráni pro interview, poskytli také souhlas s nahráváním rozhovoru. Tyto souhlasy jsou součástí jednotlivých nahrávek. Celkem bylo osloveno 29 zákonných zástupců. Pouze 1 zákonný zástupce, a to poslední dotazovaný, odmítl účast na výzkumu. Se zařazením do výzkumu tedy souhlasilo 28 zákonných zástupců a 28 klientů. Ze zákonných zástupců ani z klientů, kteří souhlasili s účastí na výzkumu, se nenašel nikdo, kdo by v průběhu sběru dat či v průběhu jejich zpracování požádal o vyřazení z výzkumu.

Zbývá dodat, že já, ačkoli jsem zaměstnankyní Diagnostického ústavu a střediska výchovné péče Brno, odloučené pracoviště Zlín, jsem již od roku 2016 na mateřské dovolené a klienti mě tedy neznají. Moje příslušnost k instituci pouze zjednodušila přístup do střediska a jednání s vedením zařízení.

7 ANALÝZA DAT

K analýze dat bylo přistoupeno z hlediska zakotvené teorie a obsahové analýzy. Jednou z mnoha výhod zakotvené teorie je možnost integrovat v průběhu kvalitativní analýzy data získaná různým způsobem, a tím využít i různých metod při samotné analýze (Miovský, 2006). Jak dokládají Corbinová a Strauss (1999), základní principy zakotvené teorie se shodují ve stěžejních bodech s obecnými principy pro jakoukoli kvalitativní analýzu a její plastičnost umožňuje výzkumníkovi její aplikaci upravovat podle potřeb výzkumu.

Jednotlivé případy tak mohly být analyzovány zvlášť, přičemž subkategorie, jež sdružovaly jednotlivé kódy, se v průběhu zpracovávání dalších případů překrývaly. Přepisy rozhovorů byly opakovaně pročitány, kódy upravovány (slučovány, přejmenovávány), stejně tak jak docházelo k redukci a úpravě subkategorií, které byly rozčleněny do hlavních kategorií.

Kategorie a subkategorie byly následně dávány do souvislostí s informacemi z analýzy dokumentů a doplněny o zjištění z pozorování a o výsledky z dotazníkových metod každého klienta. Kategorie, jež byly nalezeny u všech případů, byly v závěru analyzovány i společně.

Analýza dotazníkových metod, interview s pozorováním a analýza dokumentů probíhala postupně, přičemž jednotlivé kroky analýzy na sebe logicky navazovaly.

7.1 Příprava záznamu dat

Příprava a záznam dat byly uskutečněny u všech metod získávání dat samostatně, vždy s ohledem na jejich charakter. Data získaná prostřednictvím polostrukturovaných interview byla nejprve fixována a zobrazena. Průběžná redukce dat pak probíhala souběžně s jejich analýzou.

7.1.1 Záznam SUDS, SDDSS, SIDS a PHCSCS-2

Data z metod SUDS, SDDSS a SIDS byla díky své jednotné struktuře zaznamenána stejným způsobem. Data z metody PHCSCS-2 byla zaznamenána podobně, s výjimkou nutných úprav dle požadavků manuálu na následné výpočty. Získaná data byla zapsána do programu

Excel Microsoft 365 do jednoho sešitu a byla tak připravena pro příslušné výpočty. Na řádcích byly zapsáni jednotliví respondenti a ve sloupcích pak proměnné. Pro větší přehlednost a možnost srovnávání výsledků respondentů s normou byla data z jednotlivých metod zaznamenána i v jednotlivých sešitech.

7.1.2 Transkripce a záznam interview

Rozhovory s respondenty byly nahrány na mobilní telefon a následně převedeny do písemné formy doslovnou transkripcí do dokumentu textového editoru Word Microsoft 365. Dokumenty byly dále zpracovávány nástrojem ATLAS.ti 9.

Jednotlivé texty interview, importované do programu ATLAS.ti 9, byly kódovány dle významových celků. Dále byly vytvořeny podkategorie kódů, jež sdružovaly nejčastěji uváděné kódy. V dalším kroku byly vytvořeny kategorie, jež v sobě zahrnovaly jednotlivé subkategorie. Vzniklé kategorie obsahující subkategorie byly následující:

- **Domov** (atmosféra doma, komunikace s rodiči, máma, partner rodiče, peníze, táta, vznik deprese, vznik úzkosti)
- **Škola** (atmosféra doma, COVID-19, důvody pobytu, impulzivita, neúspěch, přátelé, sebepojetí, strach, škola, vznik úzkosti, zodpovědnost)
- **SVP Domek** (důvody změny /zlepšení/, léky, pomoc, redukce úzkosti, sebepojetí, SVP Domek, trest a odměna, zlepšení, zodpovědnost)
- **Úzkostnost** (atmosféra doma, COVID-19, komunikace s rodiči, neúspěch, projevy úzkosti, redukce úzkosti, smutek, strach, škola, trest a odměna, vzhled a zdraví, vznik úzkosti)
- **Depresivita** (atmosféra doma, komunikace s rodiči, léky, máma, neúspěch, projevy deprese, smutek, strach, trest a odměna, vznik deprese)
- **Impulzivita** (impulzivita, pozornost, technologie)
- **Sebepojetí** (neúspěch, partner, pozornost, projevy deprese, projevy úzkosti, přátelé, radost, sebepojetí, strach, SVP Domek, škola, trest a odměna, vzhled a zdraví, zlepšení, zodpovědnost)
- **Volný čas** (nízkoprah, partner, přátelé, teď a tady, technologie, volný čas, vzhled a zdraví)
- **Protektivní faktory** (důvody změny /zlepšení/, léky, nízkoprah, peníze, pomoc, přátelé, radost, SVP Domek, teď a tady, zodpovědnost)

7.1.3 Záznam dat z analýzy dokumentů

Data získaná prostřednictvím analýzy dokumentů byla zaznamenávána podle struktury, jež se orientovala dle posloupnosti vzniklých kategorií z analýzy interview, která sdružovala subkategorie s jednotlivými kódy. Tímto postupem byly z písemností v dokumentaci respondentů informace vypisovány a doplňovány přímými citacemi z dokumentace, jakož i z interview. Text, který vzešel z tohoto procesu, byl následně opakovaně pročitán a upřesňován o informace získané jak z analýzy dokumentů, tak z interview.

7.1.4 Záznam dat z pozorování

Data z pozorování byla zapsána do záznamového archu. Záznamový arch představoval tabulku, v níž byly na řádcích uvedeny pozorované kategorie: mimika, výraz tváře, pohyb očí a víček, gestikulace, pohyb těla, rychlost řeči, délka projevu, nedokončování, přeskakování, bohatost slovníku. Záznamový arch obsahoval i volnou kolonku pro případné další poznámky pozorovatele.

Do takto vytvořeného záznamového archu bylo respondentovo chování v průběhu interview popsáno ihned po skončení rozhovoru. Tento postup zajistil nerušený průběh vyprávění respondenta.

7.2 Analýza dotazníkových metod

Odpovědi respondentů ze všech metod byly zapsány do jednoho sešitu. V dalším sešitu byla data upravena dle požadavků na reverzní položky. Následně vznikl sešit, do kterého byla přenesena upravená data, která bylo možno početně zpracovávat a zde byla data obohacena o výpočet hrubých skóru, percentilů, z-skóru a v případě PHCSCS-2 i T-skóru.

Pro každou metodu SUDS, SDDSS a SIDS také vznikl zvláštní sešit, který obsahoval jednotlivé odpovědi respondentů a jejich hrubé skóry, tabulku obsahující výsledky hrubých skóru po přičtení směrodatné odchylky a tabulky pro srovnání výsledků respondentů s průměrnými hodnotami příslušných kategorií dle manuálů. Pro PHCSCS-2 vznikly 2 sešity. V prvním sešitu pro PHCSCS-2 byla data pro výpočet indexu Inkonzistence a ve druhém sešitu byly uvedeny odpovědi respondentů, hrubé skóry jednotlivých subškál a tabulky s převody na T-skór a percentily.

Pro výpočet v programu Statistica 13. byly výsledky metod převedeny na z-skóry a pro výpočet byl zvolen jednovýběrový T-test.

7.3 Analýza interview

Analýza interview respektovala členění rozhovoru dle výsledků z dotazníkových metod, tedy otázky byly kladeny dle okruhů otázek zaměřených na úzkostnost, depresivitu, impulzivitu, sebepojetí a na oblast obecnou.

V první fázi procesu analýzy byly jednotlivým významovým celkům přiřazovány kódy. Vzniklo tak 360 kódů. Po ukončení kódování probíhalo další čtení jednotlivých rozhovorů a úprava kódů, respektive jejich slučování či nahrazování přesnějšími kódy. Počet kódů se tím zredukoval na 298. Současně byly vytvářeny první subkategorie, které sdružovaly významově související kódy. Počet subkategorií byl 35. V dalším kroku byly subkategorie rozděleny do 9 kategorií a vytvořily strukturu pro další analýzu dat, která byla získána z analýzy dokumentace respondentů. Samotný vznik kategorií se odvíjel od vztahů mezi jednotlivými subkategoriemi a byl upevněn významnými momenty konkrétních sdělení respondentů, které byly zaznamenávány, komentovány a uváděny do kontextů písemnou formou v poznámkách Memos. Tyto poznámky následně sloužily pro interpretaci.

7.4 Analýza dokumentů

Časově byla nejnáročnější analýza dokumentů, spočívající v načítání dokumentace klientů, s ohledem na informace z interview. Z dokumentace i závěrečné zprávy byly vybrány údaje z anamnézy; tato zpráva obsahovala:

- stručnou charakteristiku rodinného vývoje a rodinného soužití,
- zprávu od psychologa střediska,
- zprávu odborného vychovatele,
- zprávu speciálního pedagoga-učitele,
- zprávu speciálního pedagoga-etopeda a
- závěrečné resumé.

Byly rovněž použity informace z plánu reedukace, ze zpráv z jiných zařízení, OSPOD, lékařské zprávy a zprávy ze školy respondenta, eventuálně z jiných relevantních zdrojů. Tímto postupem byly vybírány informace, které doplňovaly, upřesňovaly či jinak rozvíjely stanovené kategorie. Vše pomohlo ozřejmit širší kontext respondentovy situace

a zároveň umožnilo identifikovat eventuální nesoulad při popisu situace respondentem a jinými zúčastněnými osobami.

7.5 Analýza pozorování

Výsledky pozorování ze záznamového archu byly upraveny a v následujícím textu jsou shrnuty do samostatné kategorie pod zkratkou POZ u každého respondenta zvlášť.

Data z pozorování byla analyzována souběžně s analýzou interview a s analýzou dokumentů jednotlivých klientů.

8 DESKRIPCE DAT A JEJÍ VÝSLEDKY

V této kapitole uvádíme výsledky, které přinesly jednotlivé metody získávání dat. Nejprve budou popsány výsledky SUDS, SDDSS, SIDS a PHCSCS-2 celého souboru 26 respondentů a ověřeny hypotézy. Dále budou uvedeny výsledky od 7 respondentů z další fáze výzkumu. Všechna tato data budou shrnuta ve formě odpovědí na výzkumné otázky.

8.1 Výsledky metod SUDS, SDDSS, SIDS, PHCSCS-2

Z celkového souboru 26 respondentů získalo v SUDS vysoký skór 7 respondentů. V SIDS získalo vysoký skór 5 respondentů a v metodě SDDSS 10 respondentů. V PHCSCS-2 bylo zjištěno nízké sebepojetí alespoň v jedné subškále u 18 respondentů, z nichž 13 mělo nízké sebepojetí ve více subškálách. U 9 respondentů bylo nízké sebepojetí ve vícero subškálách v kombinaci s další specifickou charakteristikou. Celkové sebepojetí významně nižší, než norma mělo 9 respondentů.

Kritéria pro zařazení respondentů do další fáze výzkumu, tedy do fáze uskutečnění interview, pozorování a analýzy dokumentace splnilo 9 respondentů, se 7 z nich se uskutečnilo interview, pozorování a proběhla analýza dokumentace

U 3 respondentů, kteří se zúčastnili interview byla zjištěna triáda depresivita, úzkostnost a nízké sebepojetí. Dále se úzkostnost dvakrát vyskytovala společně s nízkým sebepojetím. Impulzivita se objevila jednou v kombinaci s úzkostností, depresivitou a nízkým sebepojetím, jednou společně s depresivitou a nízkým sebepojetím a v jednom případě ve spojení s nízkým sebepojetím. Následující tabulka zobrazuje výsledky v jednotlivých metodách v percentilech a tučně jsou vyznačeni ti, kteří mají skór vyšší, než je $HS+1 SD$.

Tab. 3: Vybraní respondenti a jejich výsledky

JMÉNO	SUDS-%	SDDSS-%	SIDS-%	PHCSCS-2-TOT%
Marek	95	98	92	98
Jana	96	84	81	99
Matouš	88	99	62	98
David	75	91	99	96
Adam	64	35	95	96
Vojtěch	90	80	59	93
Šimon	87	68	13	93

8.2 Odpovědi na hypotézy

Pro výpočet byl vybrán jednovýběrový T-test. Hodnoty byly testovány oproti hodnotě 0, protože hrubé skóry respondentů byly převedeny na z-skóry. Pro testování byla využita hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

H1: Míra úzkostnosti je u klientů pobytových služeb SVP významně vyšší ve srovnání s normou.

Tab. 4: Srovnání průměru úzkostnosti respondentů s normou

ŠKÁLA	PRŮMĚR	SM. ODCH.	t	p	d
úzkostnost	0,09	1,09	0,43	0,673	0,08

$p > 0,05$: Nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní hypotézu H1 nemůžeme přijmout. Nelze tedy rozhodnout, zda je míra úzkostnosti u klientů pobytových služeb SVP významně vyšší ve srovnání s normou.

H2: Míra depresivity je u klientů pobytových služeb SVP významně vyšší ve srovnání s normou.

Tab. 5: Srovnání průměru depresivity respondentů s normou

ŠKÁLA	PRŮMĚR	SM. ODCH.	t	p	d
depresivita	0,39	1,16	1,70	0,102	0,34

$p > 0,05$: Nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní hypotézu H2 nemůžeme přijmout. Nelze tedy rozhodnout, zda je míra depresivity u klientů pobytových služeb SVP významně vyšší ve srovnání s normou. Výsledky jsou těsné, lze však sledovat určitý trend v míře depresivity u klientů střediska.

H3: Míra impulzivity je u klientů pobytových služeb SVP významně vyšší ve srovnání s normou.

Tab. 6: Srovnání průměru impulzivity respondentů s normou

ŠKÁLA	PRŮMĚR	SM. ODCH.	t	p	d
impulzivita	0,23	1,28	0,94	0,359	0,18

$p > 0,05$: Nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní hypotézu H3 nemůžeme přijmout. Nelze tedy rozhodnout, zda je míra impulzivitu u klientů pobytových služeb SVP významně vyšší ve srovnání s normou.

H4: Celkové sebepojetí je u klientů pobytových služeb SVP významně nižší ve srovnání s normou.

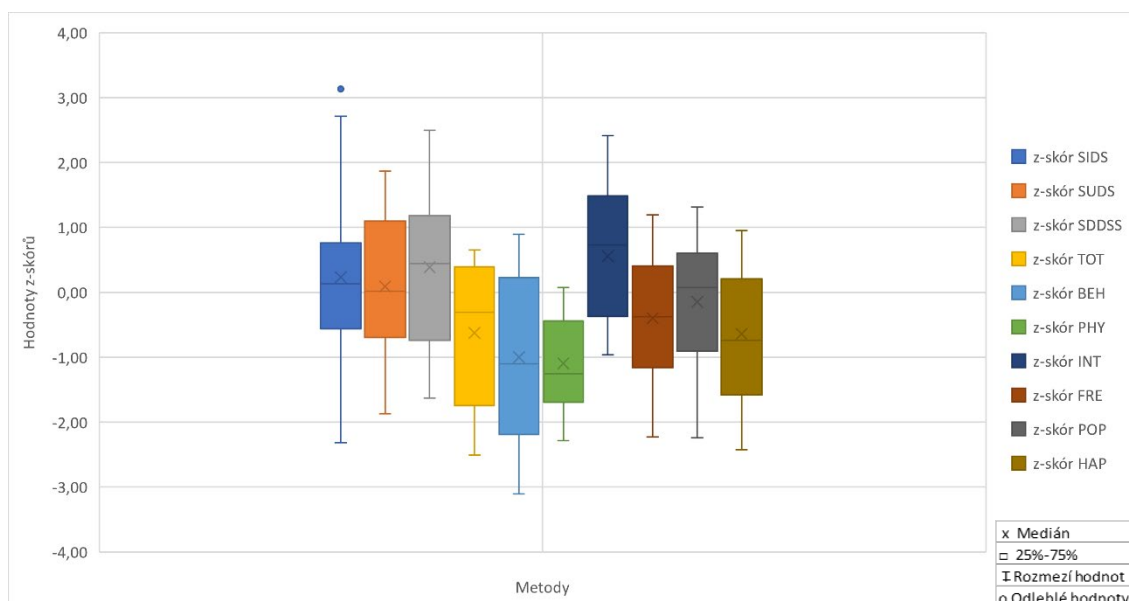
Tab. 7: Srovnání průměru sebepojetí respondentů s normou

ŠKÁLA	PRŮMĚR	SM. ODCH.	t	p	d
TOT	-0,63	1,07	-2,99	0,006	0,59
BEH	-1,00	1,31	-3,91	0,001	0,76
INT	0,53	1,03	2,77	0,010	0,51
PHY	-1,09	0,73	-7,60	>0,001	1,49
FRE	-0,40	1,04	-1,96	0,613	0,38
POP	-0,02	1,04	-0,72	0,476	0,02
HAP	-0,64	1,08	-3,02	0,006	0,59

V Celkovém skóru (TOT) dosahují respondenti nižší skór než populace, což značí, že respondenti mají celkově nižší sebepojetí a tento rozdíl vyšel statisticky významný. Proto nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu H4, tedy že sebepojetí u klientů pobytových služeb SVP je významně nižší ve srovnání s normou.

V subškálách Přizpůsobivost (BEH), Fyzický zjev (PHY) a Štěstí a spokojenost (HAP) získali respondenti nižší skóry než populace, což značí, že mají v těchto oblastech nižší sebepojetí než je norma a tyto rozdíly jsou statisticky významné. V subškálách Popularita (POP) a Nepodléhání úzkosti (FRE) se výsledky respondentů shodovaly s normou. Výsledek v subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) odpovídá i výsledkům SUDS. Výsledek v subškále Intelektové a školní postavení (INT), kde respondenti získali vyšší skór než populace, ukazuje na vyšší sebepojetí v této oblasti.

Graf 1: Výsledky respondentů v jednotlivých metodách



8.3 Jednotlivé případové studie

Posloupnost jednotlivých případů není náhodná, ale případy jsou popisovány od nejvyšších skóřů ve vícero metodách až po nižší skóř v menším počtu metod.

Pro lepší orientaci v textu byla zjištění dle použití metod sběru dat označena zkratkami jednotlivých metod. V textu se tedy objevují následující zkratky: u zjištění z interview INT, u zjištění z dokumentací DOK, u zjištění z dotazníkových metod DOT, u pozorování zkratka POZ.

8.4 Marek

Marek má 14 let. Iniciátorem pobytu ve středisku byla pracovnice SVP z jiného krajského města, kde byl v evidenci ambulance od února 2017. Bylo mu poskytnuto etopedické a psychologické vedení. Je sledován na neurologii, v psychiatrické ambulanci mu byla diagnostikována depresivní porucha chování F92.0 a v důsledku toho je medikován.

Při interview byl již žákem střední školy a bydlel na internátě. Rozhovor proběhl přes Skype. Vysoký skór získal v SDDSS, SUDS i SIDS. Nízké skóř pak v PHCSCS-2. Otázky v interview tedy navazovaly na všechny výše zmíněné metody. Interview proběhlo 9 měsíců od ukončení pobytu.

kategorie: Domov

DOK: Marek pochází z úplné rodiny a má 5 sourozenců. Rodina je silně věřící. Bydlí v rodinném domě. Porod Marka proběhl bez potíží. Psychomotorický vývoj byl také v normě. Matka má střední školu, otec má vysokoškolské vzdělání, oba jsou zaměstnaní. Rodiče popisují rodinné soužití jako harmonické, výchovu jako jednotnou a důslednou. Používají běžná výchovná opatření: tresty a odměny. U Marka se jim osvědčila důslednost. V minulosti dobře vycházel se sourozenci, nyní kvůli Markovým provokacím dochází často ke konfliktům. V rámci širší rodiny byla zjištěna psychiatrická diagnóza u 2 osob.

INT: Atmosféru v době před nástupem označuje jako dusnou a napjatou. Signifikantní pro jeho domov je spíše hektická atmosféra a často je doma přítomno mnoho osob, což klade nároky na Markovo přizpůsobování se dalším lidem či rychle se měnícím podmínkám.

kategorie: Škola

DOK: Školní docházka byla zahájena až po ročním odkladu. Marek neměl v průběhu 1. stupně základní školy potíže. S nástupem na 2. stupeň se zhoršil jeho prospěch i chování. Baví ho tělocvik a fyzika. Nemá rád matematiku a ruštinu. Markovy školní výsledky jsou hluboce pod jeho potenciálem. Vyšetření PPP zjistilo lehce nadprůměrné intelektové schopnosti, SPU: dyslexie, dysgrafie, dysortografické projevy, snížená praceschopnost, kolísající pracovní tempo, psychomotorický neklid. Jeho prospěch má značné výkyvy. Přípravu doma zvládá sám, ale nebaví ho. Pro spolužáky je jeho chování nečitelné a zdá se, že je nevypočitatelný i sám pro sebe. Obtížně se integruje mezi vrstevníky a má málo kamarádů, spíše na něj pohlíží jako na podivína. Kamarády si kupoval (dával jim brambůrky, energetické nápoje atd.), peníze získával opakovanými krádežemi doma. Krádeže i samotné kupování si kamarádů zapřel.

Při výuce v průběhu pobytu byl kontaktní, předváděl se a mluvil bez přihlášení. Neuměl spolupracovat s ostatními. Reagoval na všechny okolní podněty. Během týdne se však jeho chování zlepšilo. Byla u něj patrná ochota spolupracovat a snažil se.

INT: V průběhu školní docházky na ZŠ Marek pociťoval tlak na výkon.

„Tam jako učitelé prostě chtěli víc a víc.“

Také cítil velký tlak na výběr budoucí školy. Nyní studuje na střední škole a při rozhovoru uznal, že jeho současný prospěch by mohl být lepší, ale zároveň s ním je spokojený.

Probíhající distanční výuku hodnotí spíše negativně, a to z důvodu špatného připojení, kdy se mu výuka zasekávala. Nyní cítí tlak na to, aby školu ustál.

kategorie: SVP Domek

DOK: Jedním z důvodů umístění na pobyt byla dle rodičů závislost na mobilu. Ten mu zabavovali, když porušil nějaké pravidlo. Dalším problémem byly krádeže peněz rodičům v celkové výši kolem 10 000 Kč. Ty teď splácí z brigád. Opakovaně nedodržuje pokyny a domluvená pravidla.

V průběhu pobytu neměl problém s dodržováním režimu, dobře zvládal povinnosti. Přípravu do školy zvládal samostatně. Časem se mu podařilo zmírnit většinu projevů negativního chování. Snažil se i po opakovaných neúspěších.

INT: Jako důvod pobytu vidí Marek potřebu změnit své chování, uchopení své vlastní osobnosti a snížit slovní výpady zejména vůči starším osobám. Ke svému chování před nástupem uvádí:

„Byl jsem ten, co vymýšlí hovadiny. Nebyl jsem ten, kdo sleduje, ale ten, co vymejší.“

V interview opakovaně uváděl, že mu pobyt ve středisku pomohl, snížila se jeho úzkost, zlepšily se jeho vztahy se sourozenci a rodiči. Lépe dokáže korigovat své chování a zvládá předcházet konfliktům, ke kterým ho úzkost ve formě slovní agrese vedla.

Na pobytu si také uvědomil svou samostatnost a schopnost sám se učit. Při otázce, jak se cítil ve středisku, rozhodně a rychle uvedl, že bezpečně. Zlepšilo se jeho sebevědomí a chmurná nálada se objevuje jen občas.

„Bylo to fakt dobrý. Asi bych se tam vrátil znovu.“

kategorie: Úzkostnost

DOK: Z anamnézy původního SVP byly zjištěny výkyvy nálad, nervozita a úzkost. Z vyšetření PPP vyplývá, že Marek má výkyvy nálad, bývá nervózní a úzkostný. Při pobytu byla zjištěna vysoká míra vnitřní úzkostnosti. Z Markova projevu byla také zřejmá emoční labilita, nervozita a úzkostnost. Nervozitu maskuje smíchem a ironií. Z výpovědi rodičů jen výjimečně prožívá přirozenou a upřímnou radost.

INT: V průběhu rozhovoru Marek potvrzuje, že se před nástupem na pobyt v SVP cítil nervózní, bál se, objevovaly se u něj pocity viny. V současnosti tyto pocity zažívá mnohem méně. Počátek úzkostného prožívání vidí v období, kdy navštěvoval 3. třídu.

„... asi tam byl můj první větší průšvih v rámci pěttek, tak tam jsem se začal strachovat, co se stane, když s tím přijdu domů a pak jsem znejistěl a bylo to na mně znát.“

Od tohoto období Marek zažíval nejistotu. Sám vnímá, že jeho nálada kolísala v závislosti na společnosti, ve které se ocitl.

No, prostě když je to skupina lidí, která mě bere, že jsem takovej, že nejsem dokonalej, tak prostě je to dobrý, tak je to bez problémů. Ale když jdu do společnosti, která chce po mně něco víc, než dokážu svést, tak už to začíná hraničit a je to takový nebezpečný.

Nárůst úzkosti vnímá, pokud se v dané skupině nemůže chovat autenticky a má dojem, že jeho chování bude okolí hodnotit a pokud je pod tíhou očekávání druhých osob. Při pocitu záplavy úzkosti popisuje v posloupnosti jako vnější projev třes rukou a následnou tendenci k verbální agresi vůči dalším lidem.

POZ: Na tváři i po těle probíhaly drobné pohyby. Snažil se budít dojem sečtělého a dospělého. Mluvil spisovnou češtinou a uhlazeně. Stále se usmíval, a to i v momentech, kdy to nebylo zcela adekvátní. Patrný byl ale třes v hlase a snaha hlídat plynulost řeči. Viditelné bylo častější polykání.

DOT: V SUDS respondent získal HS 71 a překračuje průměrnou hodnotu dané populace o více než +1 SD. Dosáhl percentil 95, to znamená, že 94 % osob v dané populaci dosahují nižší hodnoty. Výsledky ukazují na významnou úzkostnost a je doporučeno s respondentem odborně pracovat.

kategorie: Impulzivita

DOK: V minulosti byla u Marka zjištěna porucha soustředění, na niž užíval medikaci. V době pobytu u něj byla zjištěna výrazná iritabilita. Ve skupině se na sebe snažil upozorňovat různými komentáři a poznámkami. Působil někdy jako sečtělý všeznalec. Bavil se provokacemi druhých a měl z toho radost. Dráždil ostatní a neměl stopku. Za své chování se však dokázal upřímně omluvit. Opakovaně ztrácel a získával pozici ve skupině. Pro ostatní klienty byl nečitelný kvůli svým změnám v chování, kdy se střídala přátelskost a provokace. Čas raději trávil s ostatními, sám být nedokázal. Sám zvládal být, pokud se začal do knihy. Rád se před ostatními předváděl a provokoval.

INT: Co se týče pozornosti, Marek uvádí, že se dokáže soustředit zejména na činnosti, které jej baví, nejvíce soustředěný je, pokud tráví čas na sociálních sítích. Uvádí, že v rámci výuky je jeho pozornost odvislá od zájmu, který v něm vzbudí vyučující.

„Ale když už mě, když to řeknu blbě, ten učitel omrzí, tak třeba míň, o hodně míň času.“

Potvrzuje také svou zbrkllost a skutečnost, že často zpětně lituje svých činů. Podobně je to i s výbuchy, které doprovází konflikty. Je si vědom možností, jak předcházet těmto projevům.

„No, tak většinou to je, když na chvíli odejdu, nebo od té činnosti nějak upustím. Jdu, nevím, odreaguju se nějak. Třeba se jdu napít, ale nesmím tam s ním být pořád.“

POZ: Z projevu jsou zřejmé jeho verbální schopnosti. Mluví spisovně, jazyk je bohatý a pestrý. Odpovídá pohotově. Nestydí se vzít si slovo. Je patrný mírný psychomotorický neklid spojený se zátěží během rozhovoru. Časté je i poposedání na židli a vrtění se, případně častější pohybování ramen směrem nahoru a točení hlavou.

DOT: V SIDS získal Marek HS 74 a svým výsledkem překročil průměrnou hodnotu příslušné věkové kategorie o více než +1 SD. Dosáhl percentilu 92, což znamená, že 91 % stejně starých chlapců získalo v této škále nižší výsledek. Respondent je tedy významně impulzivní.

kategorie: Sebepojetí

DOK: Opakovaně byla v původním SVP zjištěna tendence bagatelizovat své úspěchy, vlastní pokrok připouštěl jen sporadicky. Vlastní radost nebo fakt, že se na něco těší, spíše shazoval. Ve snaze změnit své chování však pociťoval zklamání, odmítnutí a ponížení, neboť okolí změnu nereflektovalo. Dokázal být vysoce empatický a citlivý, své potřeby dokázal upozadit, aby se jiné osoby nedotknul. V domácím prostředí ale působil sebestředně, arogantně a provokativně. Měl tendenci za každou cenu se shazovat.

Z vyšetření SVP Domek vyplynulo, že se Marek nachází na pomezí extraverte a introverte. Kontakt po příchodu do SVP navazoval s ostatními klienty i pracovníky bez obtíží. Byla u něj patrná nízká míra sebepřijetí a negativní vztah k vlastní osobě. Je také netrpělivý a náročný na city a pozornost ke své vlastní osobě. Převládá u něj negativistický postoj. Nevěří si a nevěří, že by něco mohlo dobře dopadnout. Dosahuje nadprůměrných hodnot ve verbálním projevu, fyzické i nepřímé agresivitě. Byla u něj zjištěna vysoká míra sebepodceňování a sebedůvěry. Má nedostatečné sebeřízení. Velmi vnímá kritiku vůči sobě a je schopen své chování dle toho upravit, i když není vždy v jeho silách toto chování udržet. Záleží mu na názoru dospělých i na vztahu k nim, pokud si ho váží. Přátele si najít umí, kvůli svým provokacím je však ztrácí. To jej mrzí, je nešťastný a cítí se poníženě.

INT: Marek se považuje za průměrného pubertáka s tendencí ke vtípkování. Při svém sebehodnocení vážně dodává:

„Asi naslouchající určitě, pak asi bych napsal, když nejsem, když se nepředvádím, tak moudrý a zbrklý, hodně jsem zbrklý.“

Vnímá, že nedokáže mluvit „od srdce“ a jeho projev doprovází neustálé zlehčování situace a různé vtípy a narážky.

DOT: Hodnota Celkového skóru (TOT) byla 29T, což značí vážné pochybnosti o vlastní hodnotě. Nízké hodnoty dosáhl také v Přizpůsobivosti (BEH) 26T, v Nepodléhání úzkosti (FRE) 28T, v Popularitě (POP) 38T a ve Štěstí a spokojenosti (HAP) 30T. Respondent v indexu předpojatosti RES získal 41 bodů. Je-li hodnota RES ≥ 40 nebo $17 \leq$ nedoporučuje se dle manuálu případ interpretovat. My jsme jej však do výzkumu zařadili, protože dosáhl významných hodnot ve všech metodách a jeho výsledek v RES překročil stanovenou normu pouze o 1 bod.

kategorie: Volný čas

DOK: Marek je fyzicky zdatný, sportuje, pomáhá v domácnosti. Pomáhá na faře a chodí ministrovat do kostela. V minulosti hrál florbal, miniházenou a chodil do hasičů. Rád vaří a čte knihy.

INT: Marek potvrzuje svoje nadužívání mobilu v době před nástupem na pobyt. V současné době se prostřednictvím telefonu připojuje na sociální síť. Je schopen si aktivity na mobilu odepřít a jít například ven. Na mobilu tráví zhruba jednu hodinu denně, ale má jej celý den u sebe. Počítač využívá pro připojení v rámci distanční výuky. Volný čas v současnosti tráví s přáteli z nové školy nebo internátu. Poslouchají společně hudbu. Na mobilu sleduje sociální síť nebo je na Skypu. Ve volném čase pomáhá s domácími pracemi a rád čte.

kategorie: Protektivní faktory

DOK: Marek je velmi rád za pochvalu a podporu. Dobře funguje, pokud má nastavené hranice a pokud dostává zpětnou vazbu, kdy si může opakovaně ověřovat, kde jsou mantinely. Je rád za společnost dospělého, který jen poslouchá a věnuje mu čas. Při poskytnuté zpětné vazbě potřebuje také informace či nácvik, jak to dělat lépe.

INT: Z rozhovoru vyplynulo, že skupinový tlak a tlak ze strany pracovníků v rámci SVP působil pozitivně na změnu chování, kdy se Marek musel přizpůsobit. Uvolněně se pak cítí doma nebo v malém kolektivu přátel. Úlevu pociťuje, když jí. K rozptýlení chmurné nálady

mu někdy stačí rozveselení okolím. Jindy, pokud je stav závažnější, vyhledává samotu a klid. Radost cítí, je-li s rodinou, s přáteli a pokud vnímá různorodost všedních dní. Pomáhá mu být ve společnosti, kde se může autenticky projevat.

Interpretace případu

Dle výsledků SDDSS je Marek významně depresivnější než jeho vrstevníci. Toto zjištění potvrzují i výsledky analýzy interview. V dokumentaci je o depresivních stavech zmínka v souvislosti se zprávami z předchozího SVP a z výpovědi rodičů, kteří komentovali Markův stav před nasazením medikace. Šetření SVP Domek dokládá emoční nestabilitu, střídání nálad a velké vnímání kritiky vlastní osoby. Smutek, obavy ani strach v Markově projevu nebyl za dobu pobytu popsán. Pozorování Markovy verbální a neverbální komunikace nepřinesly informace o možné depresivitě.

Nízkého výsledku Marek dosáhl také v SUDS, což značí významnou úzkostnost. Toto bylo potvrzeno i vyšetřením v rámci SVP Domek, přičemž bylo zjištěno, že Marek je vnitřně úzkostný, nervózní a svou nervozitu se snaží maskovat smíchem. V průběhu interview byla v Markově chování nervozita pozorovatelná a ve svých výpovědích úzkostnost potvrzoval, byť opakovaně uváděl, že mu pobyt v SVP pomohl redukovat úzkostné projevy a že se cítí mnohem lépe.

Výsledky SIDS potvrdily významnou impulzivitu. Toto zjištění podrobně doplňují výsledky z šetření v SVP, z nichž vyplývá, že Marek je výrazně iritabilní, netrpělivý, má nedostatečné sebeřízení a je u něj patrná fyzická i nepřímá agresivita. V průběhu interview Marek potvrdil tendenci k výbuchům, k impulzivnímu jednání a také zmiňoval nižší schopnost pozornosti v průběhu vyučování, v kontrastu se schopností udržet dlouho pozornost při oblíbených činnostech. Pozorování taktéž dokládá viditelný psychomotorický neklid. Častější vrtění se a poposedávání na židli.

Z PHSCS-2 vyplynulo, že Marek má vážné pochybnosti o vlastní hodnotě. Shodné bylo i zjištění v rámci vyšetření v SVP, které tuto nízkou míru sebepřijetí a nedostatečnou míru sebedůvěry potvrdilo. V průběhu interview Marek zmiňoval své nedostatky, zároveň však vnímal i své úspěchy. Nebylo patrné, že by pochybnosti o vlastní hodnotě nabývaly alarmujících hodnot. Naopak, často hovořil o svých nových kamarádech a společných aktivitách, při nichž zažíval pocit sounáležitosti a hodnoty vlastní osoby. Byl schopen při popisu své osoby vyjmenovávat své kladné stránky.

Využití SDDSS se zde jeví jako žádoucí, protože využití metody v SVP depresivní symptomatologii nepostihují zcela a byť byl v době zadání SDDSS významně depresivnější než jeho vrstevníci, nebylo toto zaznamenáno ve zprávách v dokumentaci. Ani při pozorování v průběhu interview nebyly depresivní projevy zachyceny a respondent o nich hovořil pouze na dotázání v souvislosti s výsledky v jeho vyplněné metodě. SUDS, SIDS a PHCSCS-2 potvrdily zjištění z vyšetření SVP. Rozhovorem a pozorováním byla potvrzena jak úzkostnost, tak impulzivita, vážné pochybnosti o vlastní hodnotě však nikoliv.

8.5 Jana

Jana má 14 let. Iniciátorem pobytu byl psycholog SVP, k němuž Jana docházela v rámci ambulantní péče. Rozhovor s ní proběhl osobně v knihovně.

Jana získala významné hodnoty v SUDS, SDDSS a v PHCSCS-2. Otázky v interview jsou tedy zaměřeny na úzkostnost, depresivitu a sebepojetí. Interview se uskutečnilo 11 měsíců od ukončení pobytu.

kategorie: Domov

DOK: Janina matka má střední školu a je zaměstnaná. Otec má ukončeno základní vzdělání a pracuje jako dělník. Těhotenství matky proběhlo bez komplikací. Porod v termínu, přirozený, po narození byla chvíli v inkubátoru. Psychomotorický vývoj byl v normě. Matka však v té době prožívala psychickou zátěž z důvodu rozchodu s otcem respondentky.

Matka nežila s otcem Jany ve společné domácnosti od jejího narození až do jejích 5 let. Poté bylo soužití rodičů obnoveno. Před 4 lety se však rodiče opět rozešli a žijí odděleně. Jana žije od rozchodu rodičů s matkou a bratrem v bytě. Otce navštěvuje. Výchova rodičů vůči Janě byla nejednotná, rodiče se rozcházel například v názoru, kdy mají jít děti spát. V současnosti otec nečiní žádná výchovná rozhodnutí ohledně dětí a nepodrývá autoritu matky. Jana si doma neplnila své povinnosti, mimo jiné zanedbávala úklid. Sama má však naopak pocit, že se musí stále starat o bratra a že na ni matka deleguje své povinnosti.

INT: Domácí atmosféru respondentka kontinuálně vnímá jako napjatou, v minulosti z důvodu hádek mezi rodiči a v současnosti kvůli křiku matky.

Takže dřív to bylo tak, že se každý den, já si ani nepamatuju, ani v té době jsem si nepamatovala den, kdy by se oni dva nehádali. Takže buď se hádali oni, a když se potom tatka odstěhoval, tak se mamka hádala se mnou.

Důvodem hádek jsou dle Jany poznámky, které dostává ve škole a neplnění matčinych. Matka dle Jany křičí a vyčítá nedostatky i ve chvílích, kdy se velmi snaží. Snahu matka, dle Jany, nevnímá, ačkoliv by za to Jana byla vděčná.

„Já bych chtěla, aby mamka byla víc taková všímavější, jako by že by hodnotila věci, co jsem udělala a ne jen ty, co jsem neudělala.“

Jana již ztratila veškerou motivaci snažit se uspokojit matčiny nároky, neboť jakékoliv její snažení končí stejně výtkou, co vše jiného neudělala.

kategorie: Škola

DOK: Dle informací z dokumentace Jana začala mateřskou školu navštěvovat od 4 let věku. Její adaptace probíhala s potížemi. Často plakala, od matky ji učitelky odtrhávaly. Ze strany mateřské školy bylo doporučeno vyšetření na neurologii, neboť Jana si opakovaně sedávala sama a houpala se. Na základní školu nastoupila v řádném termínu. Do 3. třídy se často měnily třídní učitelky. Následně byla třída rozčleněna na menší skupiny z důvodu slučování s dětmi z jiných tříd. Jana byla vyčleněna z původního kolektivu do jiné skupiny, a to pro své nevhodné chování. Janě vadilo, že nebyla v kontaktu s původními spolužáky. S třídní učitelkou měla dobrý vztah, neboť respektovala její individualitu a zastávala se jí před ostatními žáky. Časem si učitelé i třídní učitelka začali stěžovali, že je drzá, vykřikuje, komentuje, tančí v hodině kolem židle a při napomenutí se směje učitelům do očí. Občas mívala záchvaty vzteku, bouchla dveřmi a odešla. Jana sama vnímá, že v hodinách vyrušuje. Vadí jí, když ji někdo křivě obviní z něčeho, co neudělala. Sama říká, že na sebe upozorňovala zvuky, výkřiky či shazováním pomůcek ze stolu. V mnoha oblastech si nevěřila a shazovala se. Občasné jsou její pozdní příchody, protože musí do školy vodit i svého mladšího bratra, kvůli kterému nabere časový skluz. Z hlediska prospěchu patřila k dobrým žákům a po ukončení základní školy by ráda studovala střední školu pedagogickou.

INT: Jana vnímá kolektiv třídy spíše jako rozmělněný na skupinky. Ve třídě nemá blízké kamarády, což jí nevadí, neboť má dostatek přátel mimo školní třídu. Zhoršení své nálady si začala všimnout v průběhu 6. třídy, kdy za své chování dostávala poznámky, a to i několik denně. Výsledkem byla zhoršená známka z chování.

Ve škole se při osobním kontaktu učitelé podívovali nad jejím nevhodným chováním při výuce, ačkoliv ji sami kladně hodnotili jako osobnost. *„Ale bylo tam takové to, že mi vždycky řekli, ty jsi taková fajn holka a proč se tak chováš při tom vyučování“.*

kategorie: SVP Domek

DOK: Respondentka je vedena v evidenci SVP několik let pro nerespektování autorit, zejména ve škole a pro drzé chování; na konzultace docházela v doprovodu matky. Po konzultacích se chování Jany na čas zlepšilo. Pomohlo zejména nastavení režimu a možnosti rozebrání konfliktních situací, které doma nastávaly. Nevhodné chování ve škole ale pokračovalo. Matka musela opakovaně navštěvovat školu kvůli stížnostem na Janino chování. Janě byla opět snížena známka z chování. Jana ráda využila nabídku pobytu ve středisku. V minulosti docházela na konzultace k psychologovi v nízkoprahovém centru.

Jana mívá občasné záchvaty, kdy pláče tak silně, až se jí z toho špatně dýchá. Asi třikrát omdlela. Toto se objevuje většinou po nějakém zákazu. Jednou byla vyšetřena na neurologii, ale nebylo zjištěno žádné poškození. Trpí migrénami, které přechází do zvracení. Má alergie na různé potraviny. Matka Janu nepovažuje za rebelku a její nevhodné chování chápe jako způsob, jímž se „pere za svoji pravdu“.

Při kontaktu s pracovníky SVP Jana jako důvody potíží uvedla, že je drzá, odmlouvá, vykřikuje, nevhodně se chová k učitelům, i v hodinách. Dle dokumentace také zvýšila hlas na ředitele školy, používala ve škole telefon, domácí úklidy často neplní, ale matka důsledně dbá na to, aby je nakonec udělala.

Při konzultaci v SVP sdělila, že se cítí být dospělá. Neumí si říct o pomoc a její nevhodné chování je spíše voláním po pozornosti. V průběhu pobytu zadané úkoly plnila zodpovědně, často však s komentáři, obtíže měla s dodržováním hranic při komunikaci s pracovníky.

INT: Jana uvádí, že na pobyt v SVP nastoupila dobrovolně. Očekávala, že jí čas zde strávený pomůže. Sama pobyt vnímá jako velmi přínosný. Oceňuje zejména zpětnou vazbu od pracovníků, díky které korigovala nevhodné chování. Dále pak vyzdvihovala šanci na nápravu v případě, že některé své povinnosti neudělala nebo udělala s výhradami pracovníků. V současné době by měla respondentka pokračovat v konzultacích v ambulanci, což pro uzavření SVP z důvodu nouzového stavu není realizováno.

kategorie: Úzkostnost

DOK: Z vyšetření SVP vyplynula Janina vysoká úzkostnost. Jana si sni nevěděla rady a příliš o ní nedokázala mluvit. Hlasitou mluvou zakrývala, co se v ní děje.

INT: Za období, kdy se začaly objevovat první projevy úzkostnosti, respondentka považuje 6. třídu. V této době dostávala poznámky za své komentáře v průběhu hodiny. Respondentka začala pociťovat nedostačivost a strach z neúspěchu. Sama k tomu dodává:

„Tož já jsem cokoliv, co jsem dělala, tak jsem cítila právě, že všechno dělám špatně“.

Strach z neúspěchu se stal všudypřítomným pocitem. Úlevu od tohoto pocitu Jana prožívala ve chvíli, kdy věděla, že má šanci na nápravu svého chování. V současnosti jsou u Jany přítomné obavy ohledně dalšího vzdělání.

„... prostě ty přijímačky nezvládnou a nevím, co budu dělat.“

Sama z úzkostných projevů, které ji obvykle doprovází, jmenuje bolest břicha a následnou ztrátu sebedůvěry.

„Že cítím, že bych to zvládla asi všechno. Ale něco vevnitř mě nechce, abych to zvládla, že si nevěřím prostě.“

Dále konstantně prožívá pocit nejistoty.

POZ: Jana o své úzkostnosti ochotně hovořila. Na jejím projevu byla patrná nervozita, chvěla se, chvílemi se jí třásl hlas a i přes ochotu o tématu hovořit, bylo patrné vnitřní napětí. V situacích, ve kterých si nevěděla rady, působila značně nejistě.

DOT: V SUDS dosáhla respondentka HS 75 a přesáhla tak průměrnou hodnotou v příslušné skupině o více než 1 SD. Její výsledky odpovídají percentilu 96, což říká, že dívky v jejím věku mají pouze ve 4 % vyšší hodnotu. Respondentka je tedy významně úzkostná a je třeba s ní odborně pracovat.

kategorie: Depresivita

DOK: Na konzultaci v SVP Jana uvedla, že ve chvílích smutku a špatné nálady ve vyučování ruší, aby rozbila atmosféru nudy, která vytváří prostor pro přemýšlení o smutku. Svůj smutek dále již nekomentovala a v rámci dokumentace nebyly nalezeny poznatky ohledně depresivních symptomů.

INT: V interview Jana sdělila, že depresivní náladu a smutek začala pociťovat od chvíle, kdy přišla o možnost být v kontaktu s pracovnící v nízkoprahu.

„... já jsem se s ní strašně ráda bavila prostě, a to byl člověk, kterému jsem řekla všechno...“

Nemožnost dalšího kontaktu s pracovnící Jana prožívala jako hlubokou ztrátu. Přiznává, že se na pracovníci příliš fixovala a po jejím odchodu u ní depresivní prožívání zesílilo. Od té

chvíle se zhoršilo i její chování, svými neurvalými projevy vůči dospělým zakrývala právě důvody svého prožívání.

... tak mi přijde, že jsem to chtěla zamaskovat jako by to, že jsem smutná tím, že budu dělat nepříjemnou všude, a potom právě jsem byla čím dál víc smutná. Pak to bylo takové, že jsem se cítila stejně, ale už bezdůvodně.

Sama chápe své chování jako nedostatek v komunikaci, kdy si takto získává pozornost, kterou v těžké chvíli potřebuje. Reakce pedagogů na volání po pozornosti končilo obvykle následovně:

„Většinou to právě dopadlo poznámkou, nebo že mě někdo seřval“.

V téže době kvůli neshodám došlo k ukončení přátelství s nejlepší kamarádkou, což v Janě pocit smutku prohloubilo. Přesto, že se v současnosti neshody urovnaly, prožívá Jana stálý strach ze ztráty přátel.

V současné době Jana vnímá zhoršení své nálady. V jejím každodenním ladění převládá smutek a obavy; svůj současný stav vnímá jako tak špatně, jako tomu bylo před nástupem na pobyt do SVP. Tíživě vnímá i chování matky vůči sobě. „... *ted' se bojím, nebo nechci chodit domů, protože vím, že na mě bude mamka zase řvát. To je každý den takhle.*“

POZ: Ačkoliv se Jana v průběhu rozhovoru snažila usmívat, byl v její tváři patrný smutek; očima často sjížděla k zemi a při očním kontaktu jí oči často tékaly, byl patrný lehký nával slz, častěji polykala. Držení těla bylo shrbené, ramena měla svěšená. Dlaně měla položené na klíně a prsty si mnula o sebe. Bližší mimiku nebylo možné zachytit, neboť jí část obličeje halila rouška.

DOT: Z výsledků SDDSS vyplývá, že respondentka získala skóre 52 a přesahuje průměrnou hodnotu v příslušné kategorii o více než 1 SD. Dosáhla percentilu 84. Dívky ve stejném věku dosahují v 83,99 % nižší hodnotu. Můžeme ji tedy považovat za významněji depresivnější, než jsou její vrstevníci.

kategorie: Sebepojetí

DOK: Jana je extravertovaný jedinec, snadno navazuje kontakt jak s pracovníky, tak s dalšími klienty SVP. Vztahy jsou však povrchní. Vyšetření dokládá rezervy v komunikaci, neslušnost, bezhraničnost a absenci uvědomění a reflexe absolutní nevhodnosti svého chování. Drzé chování zde bylo vnímáno spíše jako maska „drsňačky“, za kterou se skrývala nejistota a citlivost. Jana je velmi citlivá, vnímavá, ochotná pomoci. Těžce snáší

nespravedlnost. Ke klientům se chovala přátelsky, dokázala je vyslechnout, popovídat si a pomoci. Ve vyjadřování je u ní patrná vysoká míra průbojnosti a verbální agresivity. Testuje hranice a z principu se staví do opozice. Má silné prožívání a dramaturgizuje situace. Je vzpurná. Má potíže se sebezpříjetím. Charakterizuje jí úzkostná sebenejistota.

INT: Jana sebe vnímá jako velmi citlivou a línou. Je si vědoma své ochoty být nápomocná v případech, že to lidé v jejím okolí potřebují. Nezastírá ani fakt, že je nedochvilná. Na dotaz, jaký je člověk, odpovídá:

„Zajímavý. Já právě jsem zjistila, že o sobě skoro nic nevím“.

POZ: Pozorování potvrzuje uvedené snadné navazování kontaktů. Respondentka mluvila souvisle a otevřeně. Vyjadřovala se i k tématům citlivým, dokázala mluvit o svém strachu z odmítnutí a o svých potřebách. Projev byl poznamenán nervozitou, nebyla patrná dramaturgizace ani verbální agresivita. Odpovědi byly bohaté.

DOT: V PHCSCS-2 získala Celkový skóre (TOT) méně než 29T, což značí poruchu nálady a chování zasluhující klinickou pozornost. Takto nízký skóre dokládá přesvědčení o nízké talentovanosti oproti ostatním, kvůli čemuž se neodvážívá zapojit do různých aktivit. Je zde strach z neúspěchu. Spadá tedy do skupiny osob, se kterými by měl pracovat klinický psycholog. Dále získala nízký skóre v subškále Přizpůsobivosti (BEH) 32T, v Nepodléhání úzkosti (FRE) 28T, v Popularitě (POP) 31T a ve Štěstí a spokojenosti (HAP) 26T.

kategorie: Volný čas

DOK: Z dokumentace se dovídáme, že Jana tráví čas v nízkoprahovém centru a věnuje se hře na hudební nástroje.

INT: Většinu volného času tráví Jana v nízkoprahovém centru, kde hraje stolní hry, povídá si s ostatními návštěvníky. Blízký vztah zde navázala s jednou pracovnící, ale ta zde již nepracuje. S ní udržovala téměř každodenní kontakt a svěřovala se jí. Dále se učí hrát na flétnu a na klávesy. Odpoledne se schází s partou vrstevníků a starších cca, 40 lidí, v parku. Jana uvedla, že se velmi dobře cítí s kamarády v parku. Tento okamžik „tady a teď“ vnímá jako chvíli oprostěnou od tlaku na povinnosti a na nutnost něco dělat. Ráda si přes mobil pouští hudbu, která jí pomáhá cítit se lépe.

kategorie: Protektivní faktory

DOK: Janě pomáhá, je-li jí v případě nevhodného chování okamžitě poskytnuta zpětná vazba a pokud může vnímat své zlepšení. Takto může sama lépe provádět své sebehodnocení a případnou korekci svého chování.

INT: Významným protektivním faktorem byl u Jany její vztah s pracovníci v nízkoprahu, jehož ztrátu Jana spojuje se svých zhoršeným chováním. Z rozhovoru dále vyplynulo, že je to řád a harmonogram dne, který jí pomáhá při redukci úzkosti. Dále pak převzetí zodpovědnosti a samostatnost. Protektivně také působí pocit naděje do budoucnosti a šance na nápravu, které Jana také spojuje se snížením úzkosti a redukcí depresivních stavů. Pozitivně vnímá i pochvalu za dobře odvedenou práci a za snahu.

Interpretace případu

O depresivních projevech se v SVP klientka zřejmě nevyjadřovala. Zmíněný smutek respondentky v dokumentaci byl zachycen při jedné konzultaci. Dále zde symptomatika deprese již nebyla zmiňována. Výsledky v SDDSS však jednoznačně potvrzují depresivní symptomatiku. Stejně tak při interview depresivní symptomy ve výpovědích převažovaly, často se vyskytovaly obavy, beznaděje a neschopnost představit si lepší budoucnost. Na rozdíl od zpráv v dokumentaci na dotazy ohledně smutku a depresivního prožívání Jana odpovídala velmi otevřeně a po podstatnou část interview. Pozorované chování taktéž potvrdilo depresivní ladění.

Úzkostnost byla u Jany prokázána jak SUDS, tak z výsledků analýzy dokumentace. Úzkost se snažila zakrývat hlasitou mluvou, podobně jako smutek. Nevhodným chováním si tak říkala o pozornost, kterou v pro ni těžkých momentech potřebovala. Úzkost, stejně jako tomu bylo u předchozího respondenta Marka, pociťovala zejména v návaznosti na neúspěchy ve škole, s nimiž se pojil strach z reakce rodiče na své selhání.

Výsledky PHSCS-2 svědčí pro nízké sebepojetí, což taktéž dokládají výsledky získané zbylými metodami. Nízký skóre v subškále Přizpůsobivosti (BEH) a nízký skóre v Nepodléhání úzkosti (FRE) koresponduje s výstupy z SVP. Nízký skóre v Popularitě (POP) odpovídá Janině postavení v rámci vrstevnických vztahů. Nízký výsledek v subškále Štěstí a spokojenosti (HAP) odráží Janino vnímání současné životní situace, kdy se jí zhoršuje nálada a narůstají konflikty s matkou, což v ní vyvolává smutek.

V Janině případě se užití SDDSS jeví jako přínosné, neboť na rozdíl od metod a pohovorů, které v průběhu pobytu v SVP absolvovala, depresivní symptomy odhalil.

Následné interview tak mohlo cíleně zjišťovat podrobnosti o depresivitě. Ačkoliv se její stav v průběhu pobytu stabilizoval, je zřejmé, že depresivní symptomy jsou v jejím prožívání stále přítomny. Bylo by tedy vhodné SDDSS zařazovat mezi metody, jež psychologové při nástupu klientů využívají a předejít tak nerozpoznání depresivity nebo záměně některých depresivních projevů za úzkostné projevy. SUDS, SIDS a PHCSCS-2 potvrdily zjištění z analýzy dokumentace, z interview a z pozorování.

8.6 Matouš

Matoušovi je 14 let. V péči psychologické ambulance je od 6 let. V PPP byl vyšetřen v 5. třídě a následně mu byla diagnostikována dyslexie a v 6 letech také syndrom ADHD. Před nástupem do SVP Domek byl vyšetřen v SVP v jiném kraji.

Rozhovor s ním proběhl přes Messenger z důvodu vládních opatření v rámci situace ohledně COVID-19. Interview se uskutečnilo 9 měsíců od ukončení pobytu.

Vysoké skóry získal v SUDS a v SDDSS. Průměrný skór pak v SIDS. V PHCSCS-2 získal nízké skóry v několika subškálách. Otázky v interview byly tedy směřovány na úzkostnost, depresivitu a sebepojetí.

kategorie: Domov

DOK: Rodina je úplná. Matka má střední školu a v současné době je na mateřské dovolené. Otec má střední školu a je samostatně výdělečně činný. Žijí v rodinném domě. Porod Matouše byl přirozený, psychomotorický vývoj v normě. V minulosti byla výchova rodičů spíše nejednotná, kdy matka rušila otcovy zákazy. Nyní se snaží být důslední a jednotní. Nevyužívají příliš trestů. Matouš si odmítal plnit domácí povinnosti a musel do nich být nucen. Aby se povinností vyhnul, snažil se například předstírat nemoc (bolest hlavy, bolest v krku), matka mu toto ale doma neomlouvala. Před nástupem na pobyt provokoval sourozence. K matce má blízký vztah, chodí se za ní pomazlit a říká jí, že ji má rád.

INT: Domácí atmosféra před nástupem do SVP byla narušována častými konflikty a křikem kvůli Matoušovu chování. Konflikty v rodině Matouš zmiňuje, avšak sám uznává i svůj podíl na jejich vzniku. Jejich frekvence po návratu z pobytu klesla.

kategorie: Škola

DOK: Do školy nastoupil s přirozeným odkladem. Od počátku u něj byla komplikovaná adaptace, už ve školce se nebránil útokům jiných a když na něj druhé děti něco sváděly,

nebyl schopen se jakkoli bránit. Ve školním kolektivu nemá Matouš moc kamarádů. Hodně se mu smějí, on si je snažil kupovat dárky, ale sám to nepřiznává. Třídní učitelka jej nechválila a upozorňovala jen na jeho chyby. Od 2. třídy nechtěl do školy chodit a začal mít psychosomatické potíže, plival krev. Ve 3. třídě se změnila třídní učitelka, která byla přísná, ale Matouš u ní fungoval. Prospěchově na tom byl velmi dobře. Pak se ale vrátila původní učitelka a Matouš se opět zhoršil. Děti Matouše šikanovaly, třeba mu močily do pití a smály se, když se napil. Následně se vystřídalo ve třídě několik učitelek, kdy se Matoušovo chování měnilo podle jejich přístupu k němu. Znamky se mu ale od 6. třídy zhoršovaly. Do školy se nechtěl připravovat. Rozumově je průměrně nadaný. Při výuce v rámci pobytu nevyrušoval, zároveň ale moc nepracoval a bylo nutné na něj dohlížet a pobízet k práci. Postupem času ale došlo v této oblasti ke zlepšení.

INT: Svůj studijní prospěch hodnotí Matouš jako „*strašný*“, a to jak před nástupem na pobyt, tak v současnosti. Chování v hodinách popisuje jako apatické:

Ve škole jsem se choval tak, než jsem jel do Zlína, choval jsem se tak, že jsem přišel, sedl si a nic nedělal. Že mi někdo říkal, že mám něco dělat, tak jsem to nedělal. Oni na to kašlali už potom mi něco říkat. Že sem tam jsem si udělal zápis, napsal prověrku, za tři, za čtyři, za pět.

Současný vztah k učitelům je však ve srovnání s minulostí lepší a změnil také postoj ke školním výsledkům.

kategorie: SVP Domek

DOK: Jako důvod Matoušova nástupu na pobyt rodiče uvádějí krádeže peněz, a to jak v hotovosti, tak přes účet k mobilnímu telefonu. Dále si neplnil domácí povinnosti, zhoršil se mu prospěch ve škole. Na pobytu Matouš trávil většinu času sám na pokoji. V kolektivu se příliš neprojevoval a byl spíše tichým pozorovatelem. K pracovníkům se choval slušně, povinnosti si plnil pomalým tempem a na poslední chvíli. Líně plnil školní povinnosti. Stýskalo se mu po rodině. V komunikaci byl slušný, nikoho neurážel a nebyl v opozici. Ve skupině se spíše podržoval, rozhodně nebyl dominantní. Zprvu měl problémy se spolubydlicími, navzájem se obviňovali z braní si věcí. Časem se vše urovnalo. Nejvíce času trávil četbou knih, ke konci se snažil více zapojovat do společných aktivit a pomáhat druhým. Vše přepočítával na peníze. Toužil velmi po úspěchu a uznání. Fyzicky byl na tom průměrně, nechyběla mu však motivace ke sportu.

INT: Z důvodů, které vedly k přijetí na pobyt, zmiňuje Matouš především krádeže, které blíže nespecifikuje. Dále uvádí, že kamarádům sháněl alkohol, elektronické cigarety a další věci, důvod však nezmínil. Chování ve škole popisuje jako apatické:

„Choval jsem se, že mi prostě bylo všechno jedno. Někdo mi něco řekl a bylo mi to prostě jedno. Nějakej problém? Bylo mi to jedno, vyřeší se to někdy. Prostě jsem na všechno kašlal.“

Pobyt v SVP hodnotí kladně. Vnímá snížení úzkostných pocitů a strachů. Pobyt mu také pomohl ve zlepšení průměru známek a také změnil vnímání sebe. Sám potvrzuje, že nyní má o sobě lepší mínění než před nástupem na pobyt. Ke zlepšení došlo i v jeho chování, zredukovalo se množství konfliktů s rodiči a učiteli, snížila se doba, kterou tráví na technologiích, ustaly krádeže.

kategorie: Úzkostnost

DOK: Z vyšetření v SVP vyplývá, že u Matouše je zřejmá vysoká míra vnitřní úzkostnosti. V průběhu pobytu byl spíše ostýchavý a častěji potřeboval utvrdit, že věci dělá správně. Měl však snahu na sobě pracovat. Bližší úzkostné projevy nejsou v rámci dokumentace zmiňovány.

INT: Strach a napětí Matouš cítil kvůli financím, které tajně odčerpával nebo kradl rodičům v hotovosti. Ve chvílích úzkosti se Matouš snažil odvrátit pozornost od problémů tím, že fyzicky upřel zrak na nějaký předmět a při úzkostných pocitech si četl.

POZ: Při rozhovoru nebyl patrný ostych ani nervozita. Mimika a gestika působily přirozeně. Matouš mluvil plynule, ve vyjádřeních byl sdílný a odpovědi byly bohaté. Velmi otevřeně mluvil i o vztahu s bývalou přítelkyní. Držení těla bylo vzpřímené a držení ramen působilo přirozeně, bez hrbení či pohybů.

DOT: V SUDS Matouš získal HS 64. Přesáhl svým výsledkem průměrnou hodnotu v příslušné kategorii o více než 1 SD. Tomuto výsledku přísluší percentil 88. Chlapci v jeho věku jsou v 87,9 % méně úzkostní, než je on sám. Můžeme říct, že Matouš je významně úzkostný a dle manuálu je doporučeno s osobami s tímto výsledkem dále odborně pracovat.

kategorie: Depresivita

DOK: Ze zprávy z původního SVP vyplývá, že pro Matouše je typická nekonzistentní snaha zvládat zátěž. Má negativní pohled na sebe sama, s nevyhraněným způsobem zvládání zátěže, má potíže v navazování a udržování sociálních vazeb. Má potenciál k horšímu

zvládnání emocí. Nedokáže si udržet adekvátní sebehodnocení, což může být základem pro rozvoj deprese.

Z vyšetření SVP Zlín vyplývá, že Matouš je introvertovaný, emocionálně nestabilní a je u něj patrná určitá míra sklíčenosti a plačtivost. V kontaktu se choval velmi slušně a zdrženlivě. Po většinu času byl vážný a málo se usmíval. Působil spíše pesimistickým dojmem. Má tendenci se vzdávat, ale s povzbuzením se zároveň snaží. Je vnímán jako „bolestínek“ či jako „ufňukánek“, který se neumí vymezit.

INT: V rozhovoru Matouš přiznává svůj velký strach a smutek, který vycházel z přesvědčení, že je vyvrhelem společnosti. Trápení, samota a pocit jinakosti byla umocňována neschopností získat si přátele.

„To, že jsem neměl žádné kamarády, prostě lidi, kterým bych mohl věřit. Nikdo se se mnou nechtěl vůbec bavit, protože já jsem byl jinej na svůj věk.“

Smutek se snažil maskovat a skrýval své pocity před okolím. Náladu si zlepšoval jídlem.

Z interview vyplývá, že zhoršení jeho stavu přišlo po odloučení od přítelkyně, kdy jej na nějaký čas opustila. Zlepšení svého stavu Matouš připisuje rozchodu a osvobození se od přítelkyně, která jej měla psychicky a fyzicky týrat. Nynější obavy má spojené s navázáním nového vztahu.

DOT: V rámci šetření SDDSS získal Matouš HS 58 a svým výsledkem překročil průměrnou hodnotu v příslušné kategorii o 2 SD. Jeho výsledku odpovídá percentil 99, což znamená, že pouze 1 % chlapců stejného věku dosahuje vyššího výsledku. Je tedy vysoce depresivní ve srovnání s vrstevníky.

kategorie: Sebepojetí

DOK: Matouš byl velmi nejistý a potřeboval často utvrzovat. Nerad se podřizoval, raději dělal věci po svém. Nesvěřoval se s niternými záležitostmi pracovníkům ani ostatním klientům. Byla u něj zjištěna nižší míra sebepojetí. K ostatním klientům se choval citlivě a soucitně, dokázal se vcítit do pocitů druhých. Na sebe byl až přecitlivělý. Při individuální práci u něj byla patrná velká nejistota a pasivita.

INT: Nízké sebepojetí Matouš potvrzuje i v rámci interview. Vlivem absence přátel a zpětné vazby k jeho nevhodnému chování se umocňovaly pochybnosti o sobě samém. Stres a jeho zahánění jídlem se odrazilo i v Matoušově fyzickém vzhledu, neboť se výrazně zvýšila jeho hmotnost. Již tak snížené sebehodnocení se zhoršilo i vlivem nadměrné váhy.

Sám o sobě říká, že je konfliktní a přitahuje problémy. Vnímá sebe jako „odpadlíka“. Změnu ve vnímání sebe zažívá díky velkému úbytku na váze, ke kterému došlo změnou trávení volného času (od počítače přešel ke cvičení).

„V minulosti jsem chtěl mít svaly a být hubenej a taky nějak vystupovat. A teď tohle všechno mám.“

DOT: V PHCSCS-2 Matouš získal Celkový skóre (TOT) 29T, což hovoří o vážných pochybnostech o vlastní hodnotě. Nízké hodnoty získal i v následujících subškálách: Přizpůsobivost (BEH) 26T, Intelekt a školní postavení (INT) 34T, Fyzický zjev (PHY) 37T, Popularita (POP) 28T a Štěstí a spokojenost (HAP) 34T.

kategorie: Volný čas

DOK: Ve volném čase navštěvuje bojové umění, v minulosti hrál fotbal. Pomáhá otci prodávat domácí produkty. Zajímá se o aktivity na počítači a má zájem o zbraně. Má dlouhodobou pravidelnou brigádu.

INT: Matouš uvádí, že před nástupem na pobyt byl závislý na hraní počítačových her. V současnosti už na technologiích čas příliš netráví. Raději je venku s přáteli, které v minulosti postrádal a společně se věnují posilování nebo jiným sportovním aktivitám.

kategorie: Protektivní faktory

DOK: Matoušovi k získání náhledu pomáhala zpětná vazba k jeho chování a opakované potvrzování, že dělá věci správným způsobem.

INT: Jako protektivní lze vnímat získanou samostatnost a zodpovědnost, se kterou přistupuje k řešení potíží. Nejvíce Matoušovi pomohla sounáležitost s kolektivem na pobytu v SVP, ve kterém se cítil bezpečně a tento pocit doposud neměl. Kontakt s vrstevníky a zpětná vazba, která mu byla poskytována, pomáhala Matoušovi získat náhled na své chování a prostor pro možnost autenticky se projevit. Sám jako spouštěč změny svého vnímání uvádí rozchod s přítelkyní. Po návratu z pobytu domů si získal nové přátele, v důsledku čehož se mu zlepšilo sebevědomí a pohled na sebe:

„... takže prostě nejsou tak špatnej.“

Změna vzhledu, ke které došlo díky zhubnutí a pravidelnému cvičení, taktéž pozitivně posílila jeho sebevědomí.

Interpretace případu

Úzkostnost, která byla zjištěna při vyšetření v SVP Zlín a kterou dále potvrdilo i šetření SUDS, byla potvrzena i slovním vyjádřením respondenta v průběhu rozhovoru. Při pozorování však úzkostné projevy zachyceny nebyly.

Z vyšetření v SVP jiného kraje byla potvrzena depresivita. Při pobytu v SVP Zlín byly zjištěny projevy plačtivosti, smutku a citlivosti vůči sobě. O depresivitě se zde však nehovoří a některé z výše zmíněných projevů byly spíše chápány jako „uřňukanost“. Vysoká depresivita byla zjištěna díky SDDSS. V průběhu rozhovoru respondent zmiňoval stav apatie a smutku, napětí a vinu za své chování, které pociťoval před nástupem na pobyt i v průběhu pobytu. Nyní však depresivní pocity nezažívá. Při pozorování nebyly depresivní projevy zachyceny.

Z dokumentace je zřejmá velká nejistota a nižší míra sebepojetí, přičemž respondent potřeboval opakované ujišťování od okolí. Nízké sebevědomí potvrzuje respondent i v průběhu interview, kde opakovaně zmiňuje svou nadváhu a nedostatek přátel jako příčiny nespokojenosti. Sám sebe označuje jako „vyvrhele společnosti“ či jako „odpadlíka“. PHCSCS-2 dokládá nízké hodnoty ve vícero subškálách. TOT dokonce prokazuje vážné pochybnosti o vlastní hodnotě v průběhu vyplňování metody. Byla potvrzena nízká přizpůsobivost, snížené sebehodnocení v oblasti fyzického zjevu a popularity, což koresponduje i s vyjádřením v průběhu interview. Stejně tak vnímání štěstí a spokojenosti bylo na nízké úrovni, podobně jako intelektové a školní postavení. Tyto výsledky v době pobytu v SVP respondent potvrzuje. Šetření SIDS nezjistilo impulzivitu respondenta, stejně jako šetření v rámci pobytu v SVP, při interview a během pozorování.

I v tomto případě se jeví užití SDDSS jako adekvátní. Byť metody použité v rámci šetření SVP potvrdily depresivní symptomy, byly tyto projevy vnímány spíše jako slabost (již výše zmiňovaná uřňukanost). Váhu těmto projevům dává až vyšetření SDDSS, kterým byla zjištěna odchylka od normy větší než 2 SD. PHCSCS-2 přesně vymezil oblasti, ve kterých je sebepojetí respondenta sníženo, což bylo také u jednotlivých oblastí potvrzeno slovním vyjádřením v interview. Vyšetření v SVP potvrdilo nízké sebepojetí, dále však jednotlivé oblasti nespecifikovalo; proto se jeví jako přesnější využití PHCSCS-2 pro zjištění sebepojetí respondenta a pro efektivní zaměření působení pracovníků SVP.

8.7 David

David má 14 let. Iniciátorem pobytu byl kurátor OSPOD pro opakované útoky z domu. Do doby pobytu byl David vyšetřen klinickým psychologem a psychiatrem. Kvůli pokusu o sebevraždu byl hospitalizován na psychiatrii.

Nízkého skóru dosáhl David v SDDSS, SIDS a ve vícero subškálách PHSCS-2. Otázky v rozhovoru byly zacíleny tedy na depresivitu, impulzivitu a sebepojetí.

Interview probíhalo přes Skype a bez kamery, a to z důvodu probíhajících opatření v rámci COVID-19. Od ukončení pobytu uplynulo 7 měsíců.

kategorie: Domov

DOK: Davidovi rodiče se před několika lety rozvedli. David byl svěřen do péče otce, jeho sestra do péče matky. Oba sourozenci se potkávali o víkendu. Porod Davida proběhl přirozeně, psychomotorický vývoj byl v normě. V průběhu těhotenství byla jeho matka ve stresu kvůli konfliktům s manželem. Oba rodiče jsou zaměstnaní. Jejich povahy jsou opakovaně ve zprávách popisovány jako velmi odlišné: matka aktivní, sportující, otec spíše klidný, nezasahující. Výchova rodičů byla nejednotná: matka kladla velký důraz na dodržování pravidel, otec byl benevolentní. Z výchovných opatření využívala matka zejména fyzické tresty, ne vysvětlování. Otec má za to, že z ní měl David strach. David dle zpráv kontaktuje matku sám, ale v minulosti k ní pravidelně docházet nechtěl. Matka má nyní partnerku, kterou David nepřijímá. Stydí se za ni před kamarády.

INT: Domácí atmosféru při vzniku svých potíží popisuje David jako napjatou, s častým křikem matky.

„... táta byl prostě celý den v práci a máma měla dvě děcka a byla furt sama a furt ječela a takový věci...“

David byl svěřen do péče otce, ale kvůli pracovní vytíženosti otce a nedostatku času na Davida, kdy po škole trávil čas jen u počítače a následně přibral na váze, šel David bydlet k matce. Atmosféra u matky byla však konfliktní.

„No, furt se ječelo. Když jsem třeba něco neudělal, co po mně máma chtěla, tak mi dala po hubě.“

David uvádí, že v současnosti žije opět s otcem. S matkou se odmítá kontaktovat, a to ani telefonicky. Stěžuje si na tlak z její strany a neadekvátní výchovné metody, kdy jej například

kvůli pozdnímu příchodu domu zbilá a vyhodila ven. Plakal před domem a sousedka raději zavolala policii. Dále popisuje neadekvátní výchovné postupy matky, kdy se z něj jala kvůli nevhodnému chování vymítat ďábla s pomocí další osoby. Zmínky o matce měly v průběhu interview vždy negativní konotace, David se jednoznačně stavěl proti vhodnosti a adekvátnosti matčiných výchovných opatření a přístupu ke své osobě a vůči matce se vyjadřoval kriticky. S otcem si, jak říká, rozumí.

kategorie: Škola

DOK: Adaptace na školní docházku probíhala obtížně z důvodu silné fixace na matku. Po rozchodu rodičů změnil David školu, avšak v nové škole nebyl spokojený s třídním kolektivem a vrátil se tedy zpět do školy původní. Třídu David hodnotí jako strašnou, nelíbí se mu, že se zde tvoří skupinky a část dětí užívá drogy. Prospěchově patří ke slabším žákům. Intelekt má v pásmu normy. Poslední školní rok měl hodně omluvených i neomluvených hodin. Simuloval i nemoc. Ve škole jej baví tělocvik, informatika, čeština, nebaví ho fyzika.

INT: Období vzniku obtíží se ve školním prospěchu zpočátku neprojevovalo. I se spolužáky byl David schopen dobře vycházet. Postupem času se však škole začal vyhýbat. Byl-li za školou, vracel se domů hrát hry na počítači. Před nástupem na pobyt měl mnoho omluvených i neomluvených hodin a zhoršil se i jeho prospěch. V současnosti do školy chodí pravidelně. Nemá žádné poznámky ani napomenutí. Nechuť k učení však přetrvává a v důsledku opatření v souvislosti s COVID-19 u něj došlo ke zhoršení školních kompetencí.

„... jak teď byla půl roku ta karanténa, tak je těžký tam začít chodit. Ráno vstávat. Jít do školy.“

V současnosti řeší otázku výběru střední školy, přičemž si uvědomuje odpovědnost za rozhodnutí a za přípravu na přijímací zkoušky.

kategorie: SVP Domek

DOK: Důvodem pro umístění na pobytovou službu bylo záškoláctví a problémy se začleněním do kolektivu. Matka popisuje u Davida zvláštní stavy, kdy měl uvádět, že cítí zvláštní napětí v těle, že mu hlava stále něco říká a je to nepříjemné a že nad těmito stavy nemá kontrolu. Nebo měl říkat, že se mu v hlavě opakuje nějaké slovo a nemá nad tím kontrolu. Matka popisovala u Davida i zvláštní výraz v očích. V minulosti, když mu bylo asi 9 let, vyhrožoval sebevraždou, pokud ke snídani nedostane to, co sám chce. Opakovaně byla přivolána policie kvůli vyhrožování sebepoškozením. David byl vyšetřen klinickým psychologem, který nepotvrdil psychotické fenomény, doporučil však navštívit

pedopsychiatra. Již v té době byly ve zprávě z vyšetření popsány konfliktní rodinné vztahy, Davidův pocit ohrožení a absence blízkosti. David nebyl ani medikován, ani hospitalizován. Docházel do ambulance psychologa a pracovalo se na zmírnění matčinych požadavků na Davida a na sjednocení výchovného působení obou rodičů. Postupem času se ale tlak od matky opět zvýšil. V roce 2018 se David pokusil o sebevraždu, kdy použil letální dávku léků. Byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Jako důvod svého chování uvedl strach ze školy. Již v té době trpěl David nadváhou. Při vyšetření v SVP byly zjištěny opakované útoky z domu, přičemž důvody vnímají rodiče spíše jako banality. Důvodem pobytu je i experimentování s drogami. David uvedl, že důvodem k útěkům bylo vždy chování matky, která na něj byla „nasraná“ a stále „řvala“. Při vyšetření působilo Davidovo chování jako laxní a oprsklé.

INT: K důvodům, které vedly k Davidově umístění na pobyt zmiňuje záškoláctví a užívání marihuany.

kategorie: Depresivita

DOK: Ze zprávy z vyšetření lékaře po pokusu o suicidium je zřejmý Davidův strach ze školy. Uvedl, že bývá často smutný, ale nepláče. Někdy však nemůže usnout. Ladění bylo v té době subdepresivní.

INT: Počátek depresivních stavů Davit datuje do období, kdy se rodiče rozváděli. Ke zhoršení stavu došlo poté, co David tajně vysadil předepsané léky, které užíval od pokusu o sebevraždu. Na dotaz, jak se u něj následně měnila nálada, uvedl:

„No, první den stejný, ale druhý a třetí jsem byl totálně nasranej, byl jsem furt smutnej, prostě všechno dohromady.“

Okolí jen stěží reflektovalo jeho zhoršující se náladu, neboť se snažil své pravé pocity tajit.

„Tak většinou, když je člověk smutný, tak to nikam necpe a snaží se jakoby to skrývat a být furt veselej. A to jsem třeba před kamarádama dělal.“

Přesto však Davidovo chování nebylo standardní a matka dospěla k názoru, že jej posedl démon. O zlepšení Davidova stavu usilovala pomocí spirituálních aktivit.

„Jsme prostě šli na nějaký kurz, teda kurz, na nějakou seanci, prostě tam byl nějaký kněz a něco tam říkal a vyvolávali ze mě něco, nějaký takový sračky...“

Zlepšení svého stavu přisuzuje pravidelnému užívání léků, které v minulosti v domácím prostředí tajně vysadil. Nyní užívá léky pravidelně. I v současné době vnímá, že se u něj pocit smutku střídá s pocitem štěstí.

DOT: V SDDSS získal David HS 49 a překročil normu v příslušné kategorii o více než 1 SD. Jeho výsledku přísluší percentil 91, což znamená, že 90,99 % chlapců v jeho věku má nižší výsledek. David tedy dosáhl vyšší hodnoty a je tedy významně depresivnější než jeho vrstevníci. Tohoto výsledku dosáhl v době pravidelného užívání medikamentů.

kategorie: Impulzivita

DOK: Davidův pobyt byl předčasně ukončen z důvodu nouzového stavu v souvislosti s COVID-19 a již se na pobyt nevrátil. Z toho důvodu u něj nebyla dokončena všechna vyšetření a v jeho dokumentaci informace hovořící pro či proti impulzivitě nenalezneme.

INT: Vznětivost a nedostatek sebeovládání David v průběhu rozhovoru potvrzuje. Říká: „*Třeba když hraju hru, tak třeba rozmlátím stůl*“.

Tyto výbuchy jsou však vázány jen na hraní počítačových her. Svých rozhodnutí a následků následně nelituje. Ohledně koncentrace uvádí, že se dokáže soustředit na činnosti pracovního rázu nebo na činnosti, které ho baví. Při výuce nebo při plnění školních povinností se mu však soustředit nedaří.

„*Třeba když se učím, tak mám úplně jiné myšlenky.*“

Celková doba, po kterou se dokáže soustředit je 20 minut z 1. vyučovací hodiny. Pak mu pozornost výrazně klesá, přemáhá jej únava nebo se nudí.

DOT: Šetřením SIDS byla zjištěna hodnota HS 85. Dosáhl hodnoty vyšší než průměrná hodnota + 2 SD. Jeho výsledku odpovídá percentil 99, což říká, že pouze 1 % chlapců v jeho věku má vyšší výsledek. David je tedy významně impulzivní a v takovém případě je doporučováno odborně pracovat nejen s chlapcem, ale i s celou primární rodinou.

POZ: V mluveném projevu byla patrná určitá odbrzděnost, kdy David suverénně používal vulgární slova, mluvil rychle jakoby bez rozmyslu. Výpovědi vztahující se k matce působily agresivně: užíval vulgarismy, v řeči byl patrný despekt a opovržení vůči ní.

kategorie: Sebepečení

DOK: U Davida bylo v minulosti zjištěno negativní sebehodnocení, limitované zdroje pro zvládání zátěže, emoční zmatek v důsledku interpersonálních vztahů. Při vyšetření se jevil

jako sociálně nezralý a prožíval emoční stav zmatku. Popsána byla disharmonicky se vyvíjející osobnost s rizikem dekompenzace. Z dokumentace vyplývá, že Davida mrzí, že nespĺňuje matčiny nadměrné požadavky.

INT: David se považuje za vtipného a drsného. Myslí, že nemá příliš vysoké IQ. V době pobytu se cítil nesebevědomý.

„V tu dobu jsem měl hodně malé sebevědomí. Teď, jak jsem pro sebe začal něco dělat, tak je to lepší.“

Po ukončení pobytu začal intenzivně sportovat, což vedlo k redukci jeho váhy a k lepšímu vnímání svého fyzického zjevu. Nepovažuje se za příliš drzého a své vyrušování ve škole přisuzuje nezajímavosti výkladu učitele. Opakovaně udává svou lenost.

DOT: David získal nízké hodnoty v několika subškálách PHSCS-2. V subškále Přizpůsobivost (BEH) 22T, v Intelektovém a školním postavení (INT) 34T a v subškále Šťěstí a spokojenosti (HAP) 26T. V Celkovém skóru (TOT) dosáhl hodnoty 33T, což značí vážné pochybnosti o vlastní hodnotě.

kategorie: Volný čas

DOK: Ve volném čase hraje volejbal a počítačové hry. V minulosti se věnoval i jiným sportům, ale vždy jen krátkodobě.

INT: David v současné době intenzivně sportuje. Uvádí, že miluje hraní her na počítači, kterému věnuje většinu volného času. Hraním her tráví průměrně 4 hodiny denně, následně se dívá na filmy. Telefon má stále při sobě a nevypíná jej ani přes noc. Přes noc si telefon však nekontroluje. Má také psa, o kterého se stará. V minulosti trávil hodně času venku.

kategorie: Protektivní faktory

INT: Davidovi prospívá klidné stabilní prostředí, kde má prostor na své koníčky a kde zažívá pocit bezpodmínečného přijetí. Je velmi citlivý na kritiku, účinné se jeví spíše jej chválit a podporovat, než mu připomínat jeho nedostatky.

Interpretace případu

Výsledky z SDDSS, jež značí zvýšenou depresivitu, korespondují s výpovědí respondenta v průběhu rozhovoru. Zprávy klinického psychologa a z PN potvrzují taktéž depresivní symptomy. Zpráva z vyšetření SVP nebyla kvůli předčasnému ukončení Davidova pobytu

v souvislosti s opatřeními při nákaze COVID-19 dokončena a nemohla být využita pro doplnění zjištěných informací.

Metoda SIDS upozornila na Davidovu impulzivitu. Výbuchy vzteku, nekontrolované chování a reakce bez předchozího rozmyslu potvrdily i výpovědi získané v interview. Stejně tak neschopnost udržet pozornost v průběhu výkladu, a naopak schopnost koncentrovat se na zájmové činnosti, byla potvrzena. Z poslechu mluveného slova byla patrná jistá odbrzděnost a neklid.

V PHCSCS-2 nezískal v době pobytu nízký skóre v subškále PHY, která referuje o nízkém sebepojetí ve vztahu k fyzickému zjevu. Výsledek v subškále Intelektové a školní postavení (INT) a Přizpůsobivost (BEH) odpovídá zjištěním z interview i z dokumentace. Davidova snížená schopnost přizpůsobit se školnímu prostředí byla popisována již při nástupu do školy a při přechodu na jinou ZŠ. Hodnocení svých školních výsledků a svého intelektu odráží Davidovu nižší spokojenost, kterou potvrdil i v rámci interview. Nízký výsledek v subškále Štěstí a spokojenost (HAP) odpovídá Davidově ladění v době pobytu, což potvrzují zprávy z dokumentace i výpovědi v průběhu interview. Sám dodal, že se u něj pocity štěstí a smutku stále střídají. Při interview vyplynulo, že se Davidovo sebevědomí od doby pobytu zvýšilo, a to zejména díky redukci váhy a zlepšení fyzického vzhledu.

Stejně jako v předešlých případech bylo užití SDDSS přínosné, neboť depresivitu respondenta jednoznačně potvrdilo, stejně jako vyšetření lékařem po pokusu o sebevraždu. Vyšetření v rámci SVP kvůli nouzovému stavu neproběhlo. Při použití SUDS byla u respondenta naměřena průměrná hodnota v úzkostnosti.

Metody SIDS a SUDS zprostředkovaly stejné informace jako interview a pozorování, avšak z důvodu absence vyšetření v SVP není možné posoudit, zda zjištění těmito metodami korespondovalo s výsledky nebo je nějakým způsobem doplnilo o nové informace. PHCSCS-2 určil oblasti, v nichž si David nevěří či oblasti možných potíží, což bylo potvrzeno rovněž v rámci interview.

8.8 Adam

Adam má 13 let. Jeho pobyt byl navržen v důsledku narůstajících potíží ve škole, a to po opakovaných konzultacích u kurátora OSPOD.

Adam získal nízké hodnoty v SIDS a PHCSCS-2. Otázky tedy byly směřovány na impulzivitu a sebepojetí respondenta.

Rozhovor proběhl přes Messenger z důvodu opatření v souvislosti s COVID-19, která zabránila osobnímu setkání. Od ukončení pobytu uplynulo 11 měsíců.

kategorie: Domov

DOK: Adam žije v rodinném domě s matkou a babičkou. Těhotenství matky probíhalo v normě, stejně tak i porod, psychomotorický vývoj taktéž v normě. S otcem se léta nestýkal, ale v poslední době je s ním ve spojení telefonicky. K domovu se Adam staví jako k nehostinnému místu, opakovaně si stěžuje, že matka doma kouří nebo nechává domácí mazlíčky polehávat u něj v posteli. Adamovi se tak zhoršuje alergie a necítí se dobře. Adam rozporuplně vnímá matčino chování; ta jej někdy zahrnuje projevy lásky až v infantilní formě, jindy je k němu zase naprosto lhostejná. Adam nebyl spokojen s tím, že mu doma nikdo nepomáhá s domácími úkoly a nikdo se mu nevěnuje. Také se kriticky staví k novým partnerům matky i k ní samotné. Několikrát řekl, že by bylo lepší, kdyby nebyl. Matka dle dokumentace není schopna udržet hranice a pomáhat Adamovi s domácí přípravou. Matka se sice na všechny konzultace k odborníkům dostavuje, posléze však nerespektuje a neplní doporučení.

INT: Adam se k domácí atmosféře vyjadřuje pouze jednoslovně a neurčitě. Na dotaz, jak vychází s mámou uvádí:

„... pořád stejně.“

kategorie: Škola

DOK: Ve školní anamnéze má Adam několik přestupů, což sám negativně vnímá. Naposledy byl umístěn do třídy pro žáky s vývojovými poruchami chování. Jeho chování se ale v průběhu času zhoršovalo, stejně tak i prospěch. Musel opakovat jednu třídu. Adam se stával terčem posměšků ze strany spolužáků a byl z toho nešťastný. Matka uvedla, že je to proto, že Adam děti sám vyprovokovává hloupými poznámkami. Při výuce byly patrné nedostačující pracovní-volní návyky, těžko se motivoval, pozornost udržel v řádu minut. Stupňovaly se jeho agresivní verbální projevy a odmítání pokynů vyučujících. Opakovaně si stěžoval na velkou únavu, kdy nebyl schopen vstát a dojít do školy. Situace dospěla do fáze, kdy byl apatický, nepracoval a jen ležel na lavici. Prospěchově patří ke slabým žákům.

INT: Adam uvádí, že se ve škole snaží udržet pozornost a plnit si své povinnosti. Říká, že se spolužáky vychází normálně. Ke spolužákům v předešlé třídě, kteří jej měli v minulosti obtěžovat, uvádí:

„Oni se to dost snažili maskovat, ale dělali si ze mě srandu.“

Jejich chování omlouvá svým nevhodným chováním a uvědomuje si svůj podíl na špatných vztazích v kolektivu. Ve škole ho baví vaření a zmiňuje i předměty, ve kterých má rezervy.

kategorie: SVP Domek

DOK: V ambulantní péči SVP je několik let, dochází k pedopsychiatrovi a je také v péči kurátora pro děti a mládež OSPOD. Na pobytovou službu SVP je umístěn již potřetí. V minulosti mu bylo diagnostikováno ADHD. Chvilí užíval medikaci, ale ta neměla efekt ve smyslu zlepšení jeho chování. V současné době má medikaci opět nasazenu.

Od počátku pobytu byl Adam apatický a abnormálně líný, ale při činnostech, které jej bavily, nabízel i pomoc. V kontaktu se jevil jako drzý, ironický až sarkastický, ale do rozhovorů se příliš nezapojoval a spíše pozoroval ostatní. Byl spíše uzavřený a dospělým nevěřil. Vydával nejrůznější zvuky, kterými na sebe upozorňoval a snažil se skupinu bavit. Po čase došlo ke zlepšení v chování, zejména v kontaktu s dospělými byl slušnější, v aktivitách se projevovala jeho tvořivost a snažil se překonávat svou lenost, která zřejmě souvisela i s jeho nadváhou. Měl potíže s udržováním hygieny, strkal si prsty do nosu. Jako katastrofické byly popisovány jeho stravovací návyky, kdy se při stolování choval až neurvale. Své povinnosti si plnil a byl ochoten pomáhat i druhým. Ve skupině se snažil získat pro sebe vždy nějakou výhodu a pokud nebylo po jeho, tak se vztekal. Po chvíli se však uklidnil a přizpůsobil se kolektivu. Pomoc či podpora ze strany matky ke změně Adamova chování a k dosahování jeho lepších výsledků ve škole spíše absentuje.

INT: Na dotaz, proč byl na pobytu, uvádí:

„To už nevím. Asi že jsem měl špatné známky.“

Zlepšení ve svém chování pozoruje zejména ve škole, kde méně vyrušuje. Celkově se cítí být klidnější.

kategorie: Impulzivita

DOK: Z vyšetření vyplývá, že Adam je velmi vznětlivý. Byla u něj zjištěna velmi vysoká míra ve všech aspektech agresivity, jak ve verbální, tak nepřímé a fyzické agresivitě. Je značně iritabilní. Dá mu spoustu námahy, aby se ovládl. Pozornost měl v průběhu vyučování v rámci pobytu rozptýlenou a rychle ochabující. Vykazoval také známky bezbřehé fantazie se sklonem k dennímu snění. V myšlení byl velmi pohotový. Na tlak reagoval agresí. Nebavila ho stereotypní práce.

INT: Co se týče impulzivity, Adam u sebe jednoznačně potvrzuje výskyt nepromyšlených reakcí, kterých vzápětí lituje. Konkrétní situaci nedokázal popsat. Odmítá, že by k takovým situacím docházelo ve škole. Adam má za to, že se dokáže soustředit celou hodinu. Pozornost udrží zejména ve chvíli, kdy jej něco baví. Ke konci vyučování už vnímá úbytek pozornosti. V domácím prostředí hodnotí pozornost jako lepší než ve škole.

POZ: Adam odpovídal ve velmi krátkých slovních spojeních. Obvyklou odpovědí bylo „nevím“. Jeho odpovědi jsou velmi chudé. Při rozhovoru seděl na židli, na které se stále pootáčel, v průběhu rozhovoru také nedopatřením shodil nějaký předmět ze stolu. Mimika i gestika byla chudá, nevýrazná.

DOT: V SIDS získal Adam HS 75 a překročil průměr příslušné věkové kategorie o více než 1 SD. Výsledku odpovídá percentil 95, což říká, že pouze 5 % chlapců v jeho věku dosahuje vyšších hodnot. Adam je tedy významně impulzivní a mělo by se s ním odborně pracovat.

kategorie: Sebepojetí

DOK: Výsledky vyšetření hovoří o Adamově negativistickém přístupu k situacím a dění. Zároveň u něj byla zjištěna vysoká míra empatie a citlivosti vůči druhým. Také u něj byla zjištěna velká míra úzkostné sebenejistoty a vysoké vnitřní napětí. Byl neurotický a okusoval si nehty. V aktivitách si spíše nevěřil a měl nízké sebevědomí.

INT: Adam není schopen jednoznačně odpovědět, zda si věří, či ne. Jeho sebedůvěra se odvíjí od aktivit, které vykonává. Věří si například v aktivitách spojených s prací s hardwarem počítače, nevěří si však v průběhu zkoušení či testů ve škole. Sám o sobě říká, že se rychle naštvě. Nervózní bývá ve škole při psaní testů. Není spokojen se svým vzhledem, je značně obézní a rád by to změnil. Aktivitu v tomto směru však žádnou nevyvíjí.

DOT: V PHCSCS-2 získal v Celkovém skóru (TOT) 32T, což značí vážné pochybnosti o vlastní hodnotě. Nízké hodnoty získal v Přizpůsobivosti (BEH) 32T, dále v subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) 36T a v subškále Popularita (POP) 31T.

kategorie: Volný čas

DOK: Volný čas tráví na mobilu nebo na počítači.

INT: Adam tráví většinu času doma u počítače hraním her. V letních dnech jezdí na kole. Kamarády mimo školu nemá a po škole se vrací vždy rovnou domů, kde také tráví celý zbytek dne. Společnost mu doma dělají kočky. Aktivity s matkou žádné nezmiňuje.

kategorie: Protektivní faktory

DOK: Adam velmi dobře funguje, má-li stanoveny hranice a pravidla, na jejichž dodržování se trvá. Velmi dobře přijímá pochvalu, je šťastný, když zažívá úspěch. To jej motivuje ke změně chování. Pro zvládnutí afektů se jeví jako přínosné, pokud má Adam chvíli na uklidnění a až následně se s ním hovoří o tom, co se stalo.

INT: V rozhovoru Adam zmínil, že se nejlépe cítí doma, kde nevnímá žádný tlak. Bližší informace neuvádí.

Interpretace případu

V SUDS a v SDDSS získal Adam průměrné hodnoty. Depresivní symptomy nebyly uvedeny ani v dokumentaci SVP. V průběhu rozhovoru byla zjištěna nervozita spojená se školním výkonem, respektive s anticipací neúspěchu v testu. I při vyšetření v SVP byla zjištěna respondentova velká míra úzkostné sebenejistoty a vysoké vnitřní napětí.

Adam získal nízký skóre v SIDS, jež značí významnou impulzivitu. O výrazné impulzivě hovoří i zpráva z vyšetření SVP a další informace získané z vyjádření zástupců škol, kam Adam v minulosti docházel. Při interview Adam potvrdil, že se u něj vyskytují afekty, ale ne ve škole. Potíže s pozorností či klesání pozornosti při školní výuce připouští, ale až při poslední vyučovací hodině. Pozorování v tomto případě přineslo informace o neklidu v průběhu interview.

Výsledky PHCSCS-2 hovoří o vážných pochybnostech o vlastní hodnotě. Nízké skóre získal v Přizpůsobivosti, Nepodléhání úzkosti a subškále Popularita. Neochota k přizpůsobení se skupině byla popsána i v dokumentaci SVP. Nízký výsledek v Nepodléhání úzkosti (FRE) koresponduje s výsledky vyšetření v rámci SVP i se zjištěními v interview, ne však s výsledkem v SUDS. Nízký skóre v subškále Popularity koresponduje se zjištěními uvedenými v dokumentaci z SVP i s výpověďmi v průběhu rozhovoru. V subškále Fyzického zjevu dosáhl průměrné hodnoty. O nespokojenosti s fyzickým vzhledem respondent sice v průběhu interview hovoří, výsledky testu však nízké sebepojetí v důsledku toho nepotvrzují. Za problematickou a jako důvod dalších Adamových potíží zmiňují nadváhu i pracovníci SVP. Jeho verbálně sdělená nespokojenost však nemusí dosahovat takové míry, že by se to projevilo v nízkém skóre příslušné subškály.

Výsledky SDDSS a SIDS odpovídají zjištěním z dokumentace SVP i informacím v průběhu interview. I zde se však jeví jako žádoucí využít při vyšetření SDDSS, což může potvrdit nebo vyvrátit, zda se Adamovy projevy týkají čistě zvýšené míry impulzivity, nebo

se jedná o projevy vzniklé v souvislosti s depresivitou. SUDS přinesl v tomto případě odlišný výsledek, než ke kterému dospělo vyšetření v SVP a které přineslo interview. Nízký výsledek v subškále Nepodléhání úzkosti PHCSCS-2 taktéž nekoresponduje s výsledkem SUDS. Průměrný skór v subtestu Fyzického zjevu ukazuje, že zjištění v průběhu interview a v průběhu pobytu značí nespokojenost se svým zevnějškem nedosahují takové míry, aby to Adama motivovalo k aktivitě, jež by vedla ke změně a zároveň aby to mělo vliv na Adamovo sebepojetí. Ostatní výsledky subškál PHCSCS-2 odpovídají zjištění jak z dokumentace, tak jsou potvrzeny při interview.

8.9 Vojtěch

Vojtěch má 12 let. Iniciátorem pobytu byl psycholog SVP, a to po předchozí ambulanci péči ve středisku.

Při šetření získal nízký skór v SUDS a PHCSCS-2. V ostatních metodách získal průměrné hodnoty. Otázky v rozhovoru se zaměřovaly tedy na úzkost a sebepojetí.

Rozhovor proběhl osobně v místě Vojtěchova bydliště 7 měsíců od ukončení pobytu ve středisku.

kategorie: Domov

DOK: Rodiče Vojty se před více než 5 lety rozvedli. Vojta je svěřen do péče matky, kde žije i se svou sestrou. Dle dokumentace je Vojta s otcem v kontaktu. Vojta v dokumentaci uvádí, že otce nenávidí. Nevěří, že je jeho syn. Otec jej prý při návštěvách vyhazuje a vulgárně mu nadává.

INT: Vojta uvádí, že se v současné době s otcem nestýká a není s ním ani v telefonickém kontaktu. Jako důvod uvádí neschopnost otce komunikovat a jeho nevhodné chování k druhým lidem.

„... myslí na sebe, všechno je vaše chyba, ale on neudělal nic špatně, neumí s nikým komunikovat.“

Matka je v současné době v blízkém kontaktu se svým prvním manželem, se kterým Vojta dobře vychází. V současné době se Vojta doma cítí dobře.

kategorie: Škola

DOK: Ve škole Vojta dobře vycházel s třídní učitelkou. Potíže měl v jiných hodinách, kdy vyrušoval a na jeho chování si stěžovali ostatní pedagogové. Před nástupem do SVP se jeho

chování zhoršilo. Měl konflikty se spolužáky. Často je provokoval a některé projevy spolužáků si až příliš zabíral. V kolektivu byl spíše dominantní a poslední dobou se ke spolužákům choval chladněji. V hodinách byl snaživý a plnil si své povinnosti. Prospěch se ale zhoršoval.

Ve výuce v rámci pobytu byl zpočátku nesoustředěný, vyrušoval. V průběhu se jeho chování zlepšilo, včetně přístupu k výuce. Jeho pozornost byla kolísavá. Byl snaživý, dokázal ovládat své chování. Výraznějšími jedinci se však nechával snadno ovlivnit. Občas si stěžoval, jak to má těžké. Povinnosti a úkoly si plnil bez potíží

INT: V současné době, kdy v důsledku opatření v souvislosti s COVID-19 probíhá distanční výuka, Vojta veškeré školní povinnosti plní sám.

„... já se učím sám, kdyby nebyla škola, tak samouk, učím se sám, to, co pochytím z hodin, a to co se našrotím na nějaký test.“

Distanční výuku vnímá spíše negativně, protože mu chybí přímý kontakt s učitelem, kdy se může doptávat na pasáže, jimž nerozuměl. Matka se s ním neučí, ví ale, že o pomoc může požádat sestru.

Co se týče kamarádů uvádí, že jich má hodně, ale není mezi nimi žádný, kterému by plně důvěřoval. Dlouze popisuje konflikt s kamarádem, který se s ním nyní nebaví. Jeho prospěch ve škole se zlepšil. Vnímá rezervy a ví, jak se může zlepšit.

kategorie: SVP Domek

DOK: Důvodem pobytu byly opakované krádeže peněz, a to ve výši několika tisíc korun. Také ukradl kolo, což řešila i policie. Z počátku pobytu byl Vojta plačtivý a nesmělý. Byl přecitlivělý, urážel se a hůře vnímal kritiku. K dospělým se choval slušně, zdvořile a přirozeně navazoval kamarádské vztahy s ostatními klienty.

INT: Jako primární důvod svého pobytu uvádí krádeže peněz; sám je ale přesvědčen, že hlavním důvodem, proč se dostal do SVP, byla komunikace v rodině. Jako příklad uvádí nevyplácení přislíbeného kapesného.

... jsme byli domluvení s mámou na kapesném, že budu dostávat 50 Kč týdně, máma nedostávala alimenty, teď už dostávám 100 Kč, jenže máma mi to kapesné nikdy nedala, asi jednou nebo dvakrát a já když jsem si chtěl něco koupit, tak jsem nemohl, tak jsem šel a vzal jsem si peníze...

Vojta cítí po absolvování pobytu snížení úzkosti. Již se tolik nebojí sdělovat matce informace o špatných výsledcích ve škole. Změnu vnímá i v komunikaci s matkou.

„Komunikujeme spolu mnohem líp a nemáme problém si říct cokoli.“

Po návratu z pobytu se cítí šťastnější, zejména díky zlepšení ve škole a díky zlepšení komunikace s matkou. Oblast, kde pociťuje smutek, je neudržení si snížené hmotnosti, na čemž po návratu z pobytu pracoval.

kategorie: Úzkostnost

DOK: Z dokumentace ani z vyšetření v rámci pobytu nebyla u Vojty zjištěna zvýšená míra úzkostnosti. Bylo však zjištěna jeho výrazná emoční nestabilita a vysoká míra emocionality.

INT: Úzkost Vojta pociťuje s ohledem na vnitřní rozpoložení a na okolnosti, zejména je-li unavený nebo naštvaný či nervózní. V takových situacích se začne třást, zhorší se mu paměť a soustředění. Nejčastěji tyto pocity zažívá před testy ve škole nebo při hádkách s matkou. Přítomnost těchto projevů pociťuje od 3. třídy, kdy začalo být učivo těžší a na jeho neúspěch ve škole reagovali rodiče nervozitou. Začal pociťovat strach z možné reakce rodičů a raději své neúspěchy zamlčoval. Ve chvíli, kdy mu učitel nedovolil známku si opravit a rodiče mu vlastní odhodlání známku si opravit nevěřili, vytvořil se začarovaný kruh nervozity a strachu. Strach v něm vyvolávají špatné známky a v současnosti se bojí o zdraví svých blízkých, neboť jsou vystaveni kontaktu s druhými lidmi a existuje zde riziko nákazy COVID-19. Opakovaně zmiňuje svůj strach o život.

POZ: V průběhu interview seděl vzpřímeně opřen o opěradlo točící židle. Ruce měl opřené o opěradla nebo si je pokládal na stehna nebo si je mnul nebo se celým tělem předkláněl dopředu. Výraz v tváři působil sklíčeně, čelo krčil. Pohled do očí byl delší, než je obvyklé. Řeč byly plynulá, pomalá, odpovědi bohaté. Celkově řeč působila nepřiměřeně vyspěle na daný věk. V řeči se objevovala spojení a fráze, které působily spíše přejatým dojmem, velmi dospěle.

DOT: V SUDS získal Vojta HS 66 a svým výsledkem překročil průměrnou hodnotu příslušné kategorie o více než +1 SD. Tomuto výsledku odpovídá percentil 90, což značí, že pouze 10 % chlapců v jeho věku má vyšší výsledek. Je tedy významně úzkostný.

kategorie: Sebepojetí

DOK: Z vyšetření vyplývá, že Vojta je spíše introvertovaný, lehce ovlivnitelný. Je bezelstný a submisivně založený. Chce se ostatním zavděčit a raději upustí od svého názoru. Nemá

vlastní názor a přebírá názory ostatních, někdy doslovně. Nebyl agresivní, jen v podezíravosti dosahuje vyšších hodnot. Od počátku pobytu byl plačtivý a vztahovačný. Na svou osobu byl útlocitný. Měl časté konflikty s ostatními kvůli popichování, jehož byl iniciátorem. Pak se ale podbízel. Je disciplinovaný, k dospělým se chová zdvořile. Zároveň je velmi sebeobviňující. Snažil se na sobě pracovat, ale bránila mu v tom jeho nízká sebeúcta, sebedůvěra.

INT: Vojta si od návratu z pobytu více důvěřuje ve školních aktivitách. Osvojil si řád pro přípravu na výuku a pro volný čas.

Na otázku po spokojenosti se svým zevnějškem odpovídá záporně:

„Moc ne, spíš vůbec než moc, protože to bylo, to jsem vypadal jak bečka sádla, když to tak řeknu.“

V současné době, kdy zredukoval svoji váhu o více než 10 kilogramů, je se svým vzhledem spokojený. V hubnutí ho podporuje i matka. Dokáže svůj vzhled pochválit. Cení si na sobě svého „*myšlení*“, kterým se odlišuje od svého okolí. Rezervy vnímá ve své schopnosti dobře se rozhodovat. Při popisu vlastní osoby je patrná změna oproti nižšímu sebevědomí v době před nástupem na pobyt.

DOT: V PHCSCS-2 získal nízký Celkový skóre (TOT) 35T. Výsledek značí vážné pochybnosti o vlastní hodnotě. Nízké hodnoty získal také v subškále Intelektové a školní postavení (INT) 36T, dále v subškále Fyzického zjevu (PHY) 37T, v Nepodléhání úzkosti (FRE) 33T a ve Štěstí a spokojenosti (HAP) 34T.

kategorie: Volný čas

DOK: Před nástupem na pobyt většinu volného času trávil u mobilu. V minulosti rybařil.

INT: Ve volném čase chodí Vojta na dlouhé procházky do přírody nebo je venku s kamarády. Pravidelně se věnuje míčovým hrám. Někdy tráví čas s matkou a jejím přítelem. Ve všední dny se společně s matkou dívají na televizi; to je chvíle, kdy se sám cítí dobře. Uvádí, že před nástupem na pobyt trávil hodně času na mobilu a s telefonem v ruce i usínal. Nyní na mobilu tráví 3–4 hodiny denně. Na noc mobil vypíná.

kategorie: Protektivní faktory

DOK: Dobře reaguje na pochvalu a ocenění. Potřebuje důslednost a stanovené hranice. Funguje u něj práce v klidu, popovídání si po odeznění emocí. Vojtovi pomáhá, když mu někdo dá zpětnou vazbu a návod, jak dělat věci jinak.

INT: Povzbudivě na Vojtu působí čas, který mu věnuje matka a její přítel. Stejně tak si chválí čas, kdy sportuje nebo se hýbe.

Interpretace případu

Výsledky SDDSS a SIDS odpovídají zjištěním z ostatních metod, tedy že respondent nevykazuje depresivní symptomy ani impulzivitu. V tomto směru tedy metody nepřinášejí žádné nové informace.

Slovní projevy neodpovídaly úzkostným projevům. Nízké sebevědomí bylo zjištěno při pobytu v SVP, což koresponduje se zjištěními jednotlivých subškál PHCSCS-2. Vojtův skóre v subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) značí zejména jeho obavy, smutek, strach a pocit opomíjení ostatními. Z rozhovoru byly patrné obavy o své zdraví a zdraví svých blízkých. Jistá míra sklíčenosti a útlocitnosti byla patrná i ve výrazu tváře v průběhu interview. Výsledky ze subškály Intelektového a školního postavení odpovídají zjištěním z dokumentace, stejně jako z interview. Co se týče výsledku v subškále Fyzického zjevu, odpovídá to informacím sděleným při interview. Nízký skóre v subškále Štěstí a spokojenosti odpovídá zjištěním jak v dokumentaci, tak i v průběhu interview. Při pozorování byl patrný spíše smutek až sklíčenost, a to zejména při popisu aktuálního přístupu otce k respondentovi a při zmínce o vztahu ke kamarádům. Celkově nižší sebevědomí potvrzuje jak PHCSCS-2, tak dokumentace i interview.

Výsledky SDDSS, SIDS a PHCSCS-2 korespondují se zjištěními z dokumentace a z interview. Výsledek SUDS, jenž značí zvýšenou míru úzkostnosti, však nebyl v dokumentaci potvrzen. V rámci interview byla zjištěna úzkostnost a potvrdil ji i nízký skóre v subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) v PHCSCS-2. Zjištění z dokumentace spíše značí potíže se sebepojetím, na což ukázala také metoda PHCSCS-2. Z pozorování byla patrná sklíčenost a smutek, avšak verbální projevy a obsah sdělení nenaznačovaly depresivitu. I v tomto případě se zdá být užitečné využít SDDSS, čímž se projevy a informace, jež byly zachyceny v průběhu pozorování, v interview a při vyšetření SVP jasně odlišují od projevů depresivity.

8.10 Šimon

Šimon má 9 let. V SUDS získal vysoký skóre a v PHCSCS-2 skóre nízké. Proto byly do interview zařazeny otázky na úzkostnost a sebepojetí. V SDDSS a SIDS získal hodnoty průměrné.

Rozhovor proběh osobně v místě jeho bydliště po 7 měsících od ukončení pobytu ve středisku výchovné péče.

kategorie: Domov

DOK: Šimon svého otce nezná. Od narození žil s matkou a jejím přítelem. Těhotenství matky bylo rizikové a porod proběhl císařským řezem. Po rozchodu matky s jejím přítelem mohl Šimon matčina bývalého přítele dál navštěvovat. V té době se u Šimona začaly objevovat potíže: neklid, opoziční chování a negativismus. Byl vyšetřen psychologem a byla u něj zjištěna porucha aktivity a pozornosti. V dané době také Šimonovi umřel blízký kamarád. Významné změny vedly k jeho destabilizaci. Pedopsychiatr předepsal Šimonovi léky na ADHD, po nichž byl apatický a hubnul. Medikace byla vysazena. Před nějakou dobou si matka našla nového přítele a za ním se společně se Šimonem přestěhovala. Společně bydlí v rodinném domě. Šimon tedy musel změnit bydliště, školu i kamarády. U Šimona se opět objevily potíže. Z dokumentace vyplývá, že Šimona trápí matčina vytíženost, kdy nemá čas si s ním hrát. Matka má středoškolské vzdělání a je zaměstnaná. Šimon sám nevnímá, že by bylo něco v nepořádku. Dle svého vyjádření si zadané úkoly plní a jeho chování je ve srovnání s minulostí lepší. Nejprve se však odmítal bavit s pracovnící SVP při konzultaci se slovy, že se s cizí paní bavit nebude. Z výpovědí partnerů matky vyplývá, že se snaží vůči Šimonovi vystupovat jednotně a trvají na dodržování stanovených hranic. Nabízené společné aktivity Šimon spíše odmítá a pokud se nějaké aktivity zúčastní, tak až po počáteční nechuti.

INT: Při interview Šimon situaci před nástupem na pobyt hodnotí jako „*hodně špatnou*“. Odmlouval a často si vymýšlel. Po návratu se, dle jeho mínění, situace doma zlepšila.

kategorie: Škola

DOK: Z dokumentace vyplývá, že u Šimona se v minulosti v průběhu školní práce projevovala nepozornost a roztržitost. Byl vyšetřen v PPP. Z vyšetření vyplynulo, že Šimon ochotně pracuje, je při práci zbrklý, divoký a netrpělivý. Často překračuje hranice, snaží se prosazovat své, měnit zadání. Také se obává, že něco nezvládne. Je u něj patrné nevyrovnané sebevědomí. Odbíhá od tématu. Byl u něj vyzorován psychomotorický neklid a impulzivita. Rozumově je v pásmu lehkého nadprůměru. Sám při konzultaci uvedl, že se při vyučování nudí, neboť má zadané úkoly velmi rychle hotové a není dovoleno si požádat o další.

Při výuce během pobytu pracoval, ale musel být často pobízen. V prvních hodinách byl unavenější. Práci si však splnil rychle a správně. Nebál se zeptat. Více jej uspokojovala tvořivá práce. V myšlení byl pohotový a bystrý. Slovní zásobu měl bohatou a vyjadřování pohotové, plynulé a výstižné. Domácí úkoly si plnil. Měl velké encyklopedické znalosti, zaměřoval se na techniku, která jej velmi zajímala. Nabýval často dojmu, že jej ostatní provokují a dělal povyk. Jeho chování vůči ostatním se ale časem zlepšilo.

INT: K chování ve škole před nástupem Šimon pouze zmiňuje nespokojenost se spolužáky, kteří slovně napadali ostatní. Nyní, když navštěvuje jinou školu, je spokojený. Má za to, že v minulosti se ve škole choval lépe než nyní.

kategorie: SVP Domek

DOK: Celkově se Šimon v domácím prostředí choval negativně. Vztekal se a byl neklidný. Odmítal jíst a rodiče jej do jídla nutili. Ve chvíli, kdy na něj rodiče tlačili, začal se vztekat a mluvil tak rychle, že mu nebylo rozumět. Po smrti svého kamaráda začal říkat, že by bylo lepší, kdyby taky umřel. Matka jej vzala k psychologovi a ten uvedl, že se tímto vyjádřením Šimon pokouší matkou manipulovat.

Po nástupu na pobyt působil plaše, příliš nemluvit. Oční kontakt udržoval. Občas byl plačtivý a přecitlivělý. Často se zlobil a dělal povyk. Postupně se stával otevřenějším a více komunikoval. Po druhém nástupu (přerušeno kvůli COVID-19) se jeho chování zlepšilo, nebyl již přehnaně plačtivý. Negativně reagoval na provokace od ostatních. Pověštinou byl lítostivý. I přes citové založení je značně materiálně zaměřený. Je bystrý a zkouší si u dospělých vyjednat úlevy. Ve svých osobních věcech si udržoval pořádek. V kontaktu je slušný, bez potíží si plní své povinnosti. Rád lidem vysvětloval, jak věci fungují. Je nesobecký, umí se rozdělit.

INT: K důvodům nástupu na domek Šimon uvádí:

„Já jsem mamku neposlouchal, třeba když mi něco řekla, tak jsem to udělal až za hodinu. A když něco říkala, tak jsem ji ignoroval, nic jsem nedělal. A třeba jsem byl na mobilu a tak.“

Před nástupem pociťoval tlak, myslel, že to nezvládne. Po nástupu vytvářel na matku nátlak, aby jej vzala zpět domů. Chlubí se, že při možnosti vrátit se zpět na pobyt, tuto šanci využil rád. Sám pociťuje zlepšení. Změnu spatřuje v tom, že se více zamýšlí nad svou osobou.

Šimon hovoří o oblibě některých pracovníků SVP, zejména programy, které byly zaměřeny na trávení času venku si Šimon nejvíce pochvaluje, podobně jako rukodělné činnosti.

kategorie: Úzkostnost

DOK: Při vyšetření v SVP byla u Šimona zjištěna zvýšená míra vnitřní úzkostnosti. Ve skupině byl spíše zdrženlivý a opatrný. Nebyla u něj zjištěna agresivita, spíše byl plachý a citlivý. Blíže nebyly úzkostné projevy popsány.

INT: Šimon potvrzuje, že se někdy cítí nervózní a má strach, v současné době však v nižší míře, než tomu bylo v minulosti. O strachu hovoří ve spojení se ztrátou svého domácího mazlíčka, který se ztratil v době před nástupem do SVP, i nyní, když se vrátil z pobytu domů. Důvody nervozity a konkrétní projevy se u něj mění v souvislosti s danou situací. Uvádí, že v současné době se ničeho nebojí, jen hororové hry.

POZ: Je u něj patrné zrychlené dýchání. V průběhu rozhovoru různě poposedá, zvedá se z místa a ukazuje mi předměty, o kterých zrovna hovoří. Bohatou gestikou a mimikou doprovází mluvené slovo. Nestydí se, hovoří. Je u něj patrná velká slovní zásoba a radost z možnosti poučit mě a vysvětlit mi možnosti, jež technologie nabízejí.

DOT: V SUDS získal Šimon HS 63. Podle srovnání s výsledky jedinců mladších 11 let překročil průměrnou hodnotu o více než +1 SD. Tomuto výsledku odpovídá percentil 87. Chlapci v jeho věku mají v 86,99 % nižší výsledek než Šimon. Je tedy výrazně úzkostný.

kategorie: Sebepojetí

DOK: Z dokumentace vyplývá, že se jedná o introvertního chlapce, který rychle navazuje sociální kontakty. Z počátku pobytu byl plačtivý, když měl pocit, že na něj někdo slovně útočí nebo když prohrával ve hře. Šimon byl přecitlivělý, ovlivnitelný svými pocity a byla u něj patrná emocionální nestabilita. Na svůj věk byl poměrně vážný a zdrženlivý, působil starším dojmem. Uměl uznat, že udělal chybu a omluvit se. Zároveň se nebál říct svůj názor. Byl soutěživý a nerad prohrával.

INT: Šimon zmiňoval, jak cílevědomě plnil úkoly v rámci pobytu. Na otázku, zda si spíše věří, uvádí příklad jakéhosi magického myšlení, jímž předchází tomu, aby se mu plánovaná aktivita nepovedla.

Jo, protože já nechci věřit tomu, že když v něco věřím, že se to stane, tak ono je to úplně opačně a když věřím, že se to nestane, tak je to úplně opačně. Ale ne, když si třeba myslím, že aha, tak na to myslet nesmím a dělám, že myslím že myslím, že na to nesmím myslet a neměl špatně to furt dopadne špatně. Že musí to být první rozhodnutí.

Sám sebe vnímá jako aktivního kluka, který chce být venku a trávit čas s kamarády nebo se věnovat aktivitám na mobilu. Je spokojený s tím, jaký je a nechtěl by na sobě nic měnit.

DOT: V PHCSCS-2 získal nízký Celkový skóre (TOT) 35T, což ukazuje na vážné pochybnosti o vlastní hodnotě. Nízké skóre získal v subškále Fyzický zjev (PHY), a to 34T, v subškále Popularita (POP) 31T. V subškále Štěstí a spokojenosti (HAP) získal také nízký skóre 38T.

kategorie: Volný čas

DOK: V minulosti ve volném čase navštěvoval Šimon několik kroužků. Zajímá se o technické věci, sám si informace vyhledává na internetu. Nemá v oblíbenosti kolektivní sporty. V době nástupu na pobyt značnou část volného času trávil na technologiích.

INT: Šimon uvedl, že po návratu z SVP tráví více času venku se svým kamarádem nebo navštěvuje kamarádku. Chodí také s mámou na procházky. Uznává, že v minulosti chodil ven velmi málo a povětšinou hrál hry na telefonu. Nyní snížil dobu, kdy si hraje na telefonu na 3,5 hodiny denně z původních 6 hodin.

kategorie: Protektivní faktory

DOK: Je lépe s ním řešit vše v klidu. Při zvýšení hlasu se rozruší a přestane vnímat okolí. Je dobré s ním mluvit a společně domlouvat pravidla. Komunikovat klidně a nenechat jej něco si vynutit pláčem. Osvědčila se u něj důslednost, pochvala a ocenění. Dobře reaguje, pokud mu dospělý věnuje čas a sdílí s ním zájem o technické věci.

INT: Z rozhovoru je patrné, že Šimon s ohledem na svůj naturel oceňuje možnost trávit čas s přáteli venku. Sám uvádí, že mu pro změnu chování velmi pomohl řád a motivační bodový systém v SVP, který by chtěl mít zavedený i doma. Dále jako přínosné vidí společenství ostatních klientů a snížení doby na technologiích.

Interpretace případu

V SDDSS dosáhl respondent průměrné hodnoty. Přítomnost depresivních symptomů nebyla potvrzena ani při vyšetření v SVP, ani v průběhu interview. Průměrné hodnoty dosáhl i v SIDS, což se však rozchází se zjištěními z dokumentace, kde je naopak impulzivita a snížená schopnost pozornosti popsána ve vztahu ke stanovené diagnóze ADHD. V průběhu rozhovoru a pozorování byl zjištěn motorický neklid a potřeba prostoru pro vybití energie, ať už venku s přáteli nebo při aktivitách spojených s technologiemi.

Výsledek SUDS koresponduje s informacemi z dokumentace, kde byla popsána zvýšená míra vnitřní úzkostnosti. V průběhu interview strach a nervozitu respondent potvrzuje, po absolvování pobytu v SVP však ve snížené míře.

Metoda PHCSCS-2 uvádí snížené sebepojetí, a to jak v Celkovém skóru, tak i ve skórech jednotlivých subškál. Nespokojenost s fyzickým zjevem, jak uvádí dotazníková metoda, nebyla zjištěna ani v dokumentaci ani v průběhu interview. Nízké skóry v subškále Popularity a Štěstí a spokojenosti zřejmě odráží jeho nespokojenost s životní situací a se situací mezi spolužáky před nástupem na pobyt v SVP. Tato situace se však po návratu z pobytu změnila. Nyní v interview uvádí, že je se sebou spokojený, stejně tak je spokojený ve škole a doma a nechtěl by nic měnit. Z dokumentace nevyplývá, že by měl respondent výrazně snížené sebepojetí. Kromě emoční nestability se projevoval suverénně: uměl říct svůj názor a ukázat své silné stránky, bylo-li třeba, uměl se za své chování omluvit. Ani v rozhovoru nebylo patrné snížené sebepojetí.

Výsledky metod SDDSS a SUDS odpovídají zjištěním z dokumentace a interview potvrdilo úzkost, kterou respondent prožíval v minulosti i v době, kdy metody vyplňoval. Výsledek v SIDS neodpovídá zjištěním z předchozích vyšetření a ani pozorovaným projevům při interview. V rozhovoru o impulzivité ani snížené pozornosti respondent nehovořil, v projevu byl však neklid evidentní. Je tedy otázkou, co rozpor mezi výsledkem v SIDS a zjištěním z dokumentace způsobuje. Dle PHCSCS-2 má respondent vážné pochybnosti o vlastní hodnotě, a to jak dle Celkového skóru, tak i dle výsledků jednotlivých subškál, což nepotvrzuje studium dokumentace. Interview nenaznačuje snížené sebepojetí. Rozpor výsledku PHCSCS-2 a informací z interview však lze vysvětlit změnou životní situace a postavení respondenta mezi vrstevníky před a po absolvování pobytu v SVP.

8.11 Výsledky společné analýzy dat

Výše byly popsány jednotlivé případy, jak byly zachyceny prostřednictvím šetření metodami SUDS, SDDSS, SIDS a PHCSCS-2, interview a doplněny o informace z pozorování a analýzy dokumentace. Následující text zahrnuje výsledky společné analýzy dat strukturované dle jednotlivých kategorií, vyjma pasáže Interpretace případů, která má význam vždy ve spojení s konkrétním respondentem. Souhrnné informace o výsledcích dotazníkových metod u vybraných respondentů jsou uvedeny vždy pod konkrétní kategorií specifické charakteristiky v části označené DOT.

kategorie: Domov

DOK: 5 respondentů nežije v úplné rodině a 4 ze 7 respondentů nemají nebo mají pouze minimální kontakt se svým druhým rodičem.

U 2 respondentů, jejichž matky těhotenství nebo porod popisují jako komplikované nebo v doprovodu stresu a zároveň došlo k rozpadu manželství rodičů, byla prostřednictvím dotazníkové metody zjištěna zvýšená míra depresivity. 1 z těchto respondentů užívá stále medikaci a u 1 respondentky byly prvky depresivity zjištěny v průběhu rozhovoru i pozorování. U 1 respondenta, kdy těhotenství matky doprovázel stres, byla zjištěna impulzivita při vyšetření pedopsychiatrem, ne však SIDS.

Výchova rodičů je u respondentů povětšinou nejednotná. Stres v době těhotenství nebo porodu byl zjištěn u 3 matek respondentů a zároveň byly zaznamenány vysoké nároky na dítě ze strany matky, jimž dítě nemohlo vyhovět. 2 z těchto 3 respondentů měli vysoký skóre v SDDSS.

Opakovaně se objevují i napjaté vztahy se sourozenci, zejména s těmi staršími. Povinností se respondenti vyhýbají, ale jsou do nich rodiči nuceni. Povinností se snažili 2 respondenti vyhnout předstíráním nemoci.

INT: Domácí atmosféru popisují shodně jako napjatou či dusnou, a to zejména z důvodu hádek rodičů mezi sebou nebo kvůli hádkám rodičů s respondentem. Důvody hádek jsou nejčastěji poznámky, špatné výsledky ve škole a neplnění domácích povinností. Dojde-li v průběhu společného soužití s rodiči k rozpadu manželství a odchodu jednoho z rodičů, je toto období respondenty popisováno v souvislosti s nástupem nebo se zhoršením jejich psychického stavu a chování. U respondentů, kde došlo k rozpadu manželství rodičů, jsou shodně popsány konfliktní vztahy alespoň s jedním rodičem. U 2 respondentů byla zjištěna naprostá absence kontaktu s jedním rodičem. U těchto respondentů byla zjištěna zvýšená míra depresivity.

Pocitují-li klienti domácí atmosféru jako napjatou, klade to nároky na jejich přizpůsobování a omezujete to jejich spontánní projev. Respondenti pocitují zvýšené nároky na svou osobu ze strany rodičů, ale i pedagogů. Konkrétně se jedná o delegování povinností rodičů na děti. Atmosféra, kterou zažívají doma, jejich stav nelepší a odráží se to v jejich chování. Podíl na napjaté situaci doma si ne všichni respondenti uvědomují. Někteří mají za to, že je to právě špatné domácí klima, které jim zhoršuje náladu a bere motivaci něco dělat. U respondentky,

jež domácí atmosféru popisovala jako stejnou před nástupem na pobyt, byla pozorována depresivita v průběhu rozhovoru.

Reakce rodičů na chování respondentů zpravidla doprovází výčitky a křik. Požadují od respondentů jiné než dosavadní chování a větší snahu o přizpůsobení se rodinným podmínkám. Ostře kritizovaná byla matka respondentem, u nějž byla zachycena depresivita a impulzivita. Výchovné postupy, dle popisu v interview, byly plné fyzického násilí a necitlivosti vůči psychickému rozpoložení respondenta. V současnosti se s matkou nechce kontaktovat a cítí se lépe, než tomu bylo v minulosti.

4 respondenti uvedli, že jim rodiče nepomáhají s přípravou do školy. Zároveň pociťovali nezáměr od rodičů vůči své osobě a zmiňovali nedostatek času, který jim rodiče věnují.

kategorie: Škola

DOK: U 3 ze 4 respondentů, jejichž výsledky v SDDSS přesáhly hodnotu průměru, byly analýzou dokumentace zjištěny potíže při adaptaci na školní prostředí. U 1 respondenta, kde nebyly zjištěny potíže s adaptací, byla školní docházka zahájena s odkladem.

U zmíněných 3 respondentů se také buď měnila škola, došlo k výměně třídních učitelů a případně se změnila skladba třídy. To je v rámci dokumentace popisováno v souvislosti s negativním dopadem na chování a prospěch.

U všech respondentů byly zjištěny problémy se spolužáky a potíže v udržování dlouhodobých přátelských vztahů. Nejvíce však u 4 respondentů s vysokými skóry v SDDSS. 2 z nich se pokoušeli získat si přátele nákupy dárků, na jejichž pořízení si peníze obstarávali krádežemi.

Pouze 1 respondentka neměla s prospěchem ve škole potíže. U ostatních respondentů docházelo k postupnému zhoršování prospěchu i chování vůči učitelům. Dle školních výsledků byli ostatní respondenti řazeni ke slabším, průměrným nebo lehce nadprůměrným. Ke zhoršování chování docházelo postupně, nejčastěji po přechodu na vyšší stupeň základní školy.

Projevy chování se u respondentů lišily, avšak opakovaně se objevovala slovní či fyzická agrese, nepozornost a roztržitost, apatie a nezáměr o výuku a případné záškoláctví.

U všech respondentů došlo v průběhu pobytu ke zlepšení chování během výuky i ke zlepšení školního prospěchu.

INT: Školní docházka, respektive nároky, které škola na jedince klade, vytvářely na respondenty tlak, jenž vnímali velmi negativně. Ať už se jednalo o tlak na výkon a úspěch při testech, nebo o tlak na správný výběr dalšího budoucího vzdělání.

Všichni respondenti s vysokými skóry v SUDS a v SDDSS pocítují zvýšené nároky na svou osobu ze strany rodičů i pedagogů, a to na školní výsledky; bez pomoci však nárokům není dítě schopno vyhovět. Tlak pocítují i v případě nutnosti přizpůsobit se změnám v rodinném soužití či bydlení. Tyto situace respondenti popisují v kontextu počátků jejich obtíží.

Nevhodné chování ve škole popisují respondenti jako důsledek svých prožívaných těžkostí, které nedokázali sami vyřešit. Respondenti se snažili případný pocítovaný smutek skrývat, ale výsledkem byly jiné nevhodné projevy, které negativně vnímali pedagogové. Za takové chování pak dostávali respondenti poznámky či sníženou známku z chování.

Co se týče kolektivu, 6 respondentů uvedlo potíže v kolektivu spolužáků. Buď se jednalo o neschopnost navázat a dlouhodobě si udržet přátelské vztahy, nebo, a to ve 2 případech, se respondenti stali obětí šikany. I při upozornění ve škole nebyla šikana adekvátně řešena a chování respondentů bylo chápáno jako příčina nevhodného chování spolužáků k nim.

Po návratu z SVP Zlín došlo ke zlepšení prospěchu i chování ve škole. Pouze 1 respondent (Šimon) uvádí zhoršení chování, neboť na mladší spolužáky tajně ukázal prostředníček.

Distanční výuka klade nároky na disciplínu respondentů a omezuje jejich kontakt se spolužáky. Z různých důvodů ji respondenti hodnotí spíše negativně.

kategorie: SVP Domek

DOK: Z nejčastěji uvedených důvodů pobytu bylo zmiňováno nerespektování autorit, neplnění povinností doma a ve škole. U 3 respondentů to byly krádeže peněz. Opakovaně byla zmiňována neschopnost udržet si přátelské vztahy a potíže v kolektivu. U 1 respondenta (Davida) byly důvodem zejména útěky z domu, záškoláctví a experimentování s drogami. Kromě 1 respondentky měli všichni respondenti, dle výpovědi rodičů, potíže s nadužíváním technologií. Na potíže obvykle reagují rodiče ve chvíli, kde se chování negativně odrazí ve školním prospěchu.

Respondenti jsou vždy schopni popsat chování, které vedlo k jejich umístění na pobyt. Obvykle si jsou vědomi svého podílu na svém umístění do SVP.

Všichni z respondentů měli již v minulosti zkušenost s nějakou formou odborné pomoci. 3 respondenti využívali ambulantních služeb SVP. Z dalších odborníků to byli psycholog,

klinický psycholog, pedopsychiatr a kurátor pro děti a mládež. 4 respondenti v průběhu potíží užívali medikamenty, u 1 respondenta byly kvůli vedlejším účinkům léky vysazeny. Pouze 1 respondent měl za sebou pobyt v PN z důvodu sebevražedného pokusu.

V průběhu pobytu se respondenti projevovali rozdílně: od apatie a uzavřenosti, přes hluk a atakování hranic, až po drzost laxnost a bohorovnost.

Ke zlepšení chování došlo v průběhu pobytu u všech klientů.

INT: Důvody pobytu respondenti ochotně a přesně vyjmenovávají. Opakovaně mezi důvody, které přispěly k jejich umístění na pobyt, uvádí špatnou komunikaci s rodiči.

Zlepšení svého chování i psychické kondice vnímají všichni zúčastnění. U osob s vysokým skórem v SUDS došlo k redukci úzkosti, u respondentů s vysokým skórem v SDDSS se snížily projevy depresivity a osoby, jež SIDS označil jako impulzivní, pociťují větší klid a pohodu. Sebevědomí se dle výpovědí respondentů zlepšilo všem. Snížila se i doba trávená na technologiích.

Z příčin možné změny uváděli respondenti zažití pocitu samostatnosti a převzetí zodpovědnosti za své chování, rozšíření vnímání, zlepšení komunikace s rodiči i vrstevníky. Podstatné bylo, že respondenti se na pobytu cítili bezpečně a mohli si v bezpečném prostředí trénovat lepší chování a naučit se je korigovat a předcházet konfliktům.

kategorie: Úzkostnost

DOK: Dokumentace, respektive vyšetření respondenta v rámci pobytu, přináší přesné informace o případné vnitřní úzkostnosti, nervozitě a úzkosti. Také bývá uvedeno, jak se s tímto prožíváním respondenti vyrovnávají (např. maskuje to smíchem, hlasitou mluvou). Z úzkostných projevů, které byly v průběhu pobytu nejčastěji zmiňovány: vyhýbání se společnosti ostatních či ostych v kontaktu, potřeba potvrzení správnosti chování. U 1 respondenta nebyla při vyšetření v SVP úzkostnost zjištěna, byť byla zjištěna metodou SUDS a rozhovorem.

V dokumentaci se nedozvídáme nic o tělesných projevech úzkosti respondentů. Také se nedozvídáme počátek úzkostných projevů. Nejsou zde zachyceny prožitky respondentů a jejich vliv na chování. Vždy se jedná o popis projevů nevhodného chování respondenta, avšak toto chování nebývá dáno do souvislosti s úzkostností.

INT: V rozhovorech respondenti uvádějí pocity nervozity a úzkosti, a to ve spojitosti s určitým časovým obdobím, kdy tyto prožitky začaly registrovat. Úzkostnost uvádějí

ve spojitosti s dobou rozchodu rodičů či se zhoršeným prospěchem ve škole. Vzrůst úzkosti bývá spojen se situacemi, které vyžadují zvýšené úsilí o přizpůsobení se a omezení spontánnosti.

Ze zmíněných projevů nejčastěji uvádí strach a nedostačivost ve škole, bolesti břicha, třes rukou, ztrátu důvěry, pocit nejistoty, zhoršení paměti a neschopnost soustředit se. V souvislosti s COVID-19 byl u 1 respondenta zjištěn i strach o život a zdraví své i zdraví v jeho rodině.

V interview je opakovaně zachycen „začarovaný kruh úzkosti“, kdy respondenti začínají pociťovat úzkostné pocity před testy ve škole, následně při neúspěchu se bojí toto oznámit doma, protože očekávají negativní reakci rodiče. Doba pociťování úzkosti se protahuje od chvíle před psaním testu až po kontakt s rodičem. Strach a úzkostnost vede dále k negativnímu chování: naštvanosti a agresi, vyhýbání se škole a konfliktům s autoritami.

POZ: V průběhu pozorování byly projevy úzkostnosti zaznamenány u 3 respondentů, kteří v SUDS měli hrubý skóre vyšší, než je průměrná hodnota příslušné populace + 1 SD. Projevy úzkostnosti byly zachyceny v mimice, gestice, posturice i ve formě mluveného projevu. 2 respondenti, kteří byli díky SUDS označeni jako významně úzkostní, se v pozorovaném chování projevovali spíše sebevědomě, a to jak ve způsobu držení těla, tak i sebevědomým verbálním projevem.

DOT: Metodou SUDS byla zvýšená míra úzkostnosti zjištěna u 5 respondentů, přičemž hodnota percentilu se pohybovala v rozmezí od 87 do 96 a oproti průměrným hodnotám osob v daném věku jsou významně úzkostní. Výsledek SUDS ne vždy korespondoval s výsledky z vyšetření v rámci SVP. 1 respondent, jenž v SUDS skóroval jako významně úzkostný a dosáhl percentil 90, což značí, že pouze 10 % osob v jeho věku je méně úzkostných, nebyl pracovníky SVP vyhodnocen jako úzkostný. Úzkostnost však byla potvrzena v průběhu interview. Naopak 1 respondent (David), jehož výsledek v SUDS odpovídal průměrné hodnotě, byl v rámci pobytu vyšetřen a byla u něj úzkostnost zjištěna.

kategorie: Depresivita

DOK: V dokumentaci se zmínky o depresivitě objevují zejména díky lékařským zprávám a díky vyšetřením, která respondenti prodělali před nástupem na pobyt v SVP. U 1 respondentky například není depresivita zmíněna vůbec, vyjma jedné konzultace, při níž respondentka své nevhodné chování dala do souvislosti s prožitky smutku. U jednoho z respondentů jsou navíc depresivní projevy jako plačtivost a sklíčenost vnímány jako

slabost a ufnukanost klienta. U respondenta, jenž se pokusil o sebevraždu, nebylo uděláno vyšetření, protože z důvodu opatření v souvislosti s nákazou COVID-19 respondent ukončil pobyt před provedením vyšetření. I tak, mimo lékařské zprávy a zprávy z vyšetření jiných subjektů, nebyla depresivita v SVP popsána. V dokumentaci u depresivních klientů byla v SVP zjištěna emocionální nestabilita a střídání nálad, což bylo dáváno do souvislosti s jejich chováním. Pouze u 1 z respondentů je součástí dokumentace i informace o začátku projevů depresivity, a to v období 7. třídy. Z depresivních projevů byly popsány sebevražedné sny a špatné spaní. Bylo zmíněno sebepoškozování – řezání špendlíky a ostřím.

U respondentů, u nichž v SDDSS nebyla zjištěna zvýšená míra depresivity, nebyla depresivita zachycena v dokumentaci a nebyla zjištěna ani v průběhu rozhovoru.

INT: Z jednotlivých rozhovorů vyplynulo, že respondenti jsou schopni na dotaz přesně určit období, kdy se u nich objevilo depresivní prožívání. U 3 ze 4 respondentů s významnou mírou depresivity byl počátek potíží dáván do souvislosti se ztrátou blízké osoby. Buď se jednalo o rozvod rodičů, ztrátu partnera nebo o ztrátu jiné blízké osoby a zároveň u jednoho klienta došlo ke zhoršení stavu, když tajně vysadil předepsané medikamenty určené k léčbě deprese.

Z projevů, které respondenti zmiňovali, se nejčastěji objevovaly velké obavy a strach, tlak na chování okolí, samota a jinakost.

Depresivní projevy střídaly krátké chvílky radosti. Pocity smutku je většinou provázely od rána. Depresivní prožívání bylo 1 respondentkou maskováno neurvalými projevy vůči dospělým. Snažila se zakrývat pravé důvody chování, za nimiž stál velký smutek. Nerozpoznání depresivity u této respondentky navíc v souvislosti s dalšími těžkostmi vedlo k prohloubení smutku a beznaděje. 2 respondenti se snažili utéct nepříjemným pocitům prostřednictvím konzumace jídla. Všichni respondenti potvrdili, že se své skutečné prožívání snažili maskovat před okolím.

Respondenti byli bez výjimky schopni velmi dobře popsat, co prožívali, jak se to odrazilo v jejich chování a co bylo na počátku vzniku tohoto depresivního prožívání.

Reakce okolí však nebyla, s výjimkou jednoho respondenta, adekvátní ve vztahu k daným důvodům nevhodného chování. Ve škole učitelé na nevhodné chování reagovali poznámkami či sníženou známkou z chování, doma respondenty čekal křik rodičů. Matka

1 z respondentů se jala jeho nevhodné chování léčit pomocí spirituálních technik – exorcismu, tedy vymítání ďábla.

3 respondenti vnímali svou odlišnost ve vztahu ke svým vrstevníkům a trápili se pro neschopnost najít si přátele. 4 respondenti shodně uvedli, že se jejich stav po absolvování pobytu výrazně zlepšil. U 1 respondentky však došlo opět ke zhoršení stavu a plánuje kontaktovat středisko.

DOT: Depresivita byla metodou SDDSS zjištěna u 4 ze 7 dotazovaných respondentů. Ti dosáhli percentilu 84, 91, 98 a 99, což značí, že jsou významně depresivnější než jejich vrstevníci. Takto vysokých výsledků dosáhli i 2 respondenti, přestože v době dotazníkového šetření pravidelně užívali medikaci. U zbylých 3 respondentů metodou SDDSS nebyla zjištěna významná míra depresivity.

Všichni respondenti, kteří měli vysoký skóre v SDDSS měli jako jediní skóre alespoň ve 2 subškálách PHCSCS-2 nižší (≤ 29). Tedy výrazně pod nízkou hodnotou ($\leq 39T$) subškál.

POZ: V rámci pozorování byly zřetelné depresivní projevy zachyceny pouze u 1 respondentky, u níž byla přítomna plačtivost, přemáhání se k úsměvu, shrbené držení těla a svěšená ramena. U 3 respondentů, kteří v metodě i v rozhovoru potvrdili depresivní symptomy, došlo po absolvování pobytu v SVP k výraznému zlepšení a v jejich projevu nebyla depresivita patrná.

kategorie: Impulzivita

DOK: U 1 respondenta (Davida) informace hovořící pro či proti impulzivitě nenalezneme. Pro uzavření střediska v souvislosti s nákazou COVID-19 u něj nebylo provedeno vyšetření. U dalšího respondenta (Marek) byla v minulosti zjištěna porucha soustředění a užíval medikaci. Dále u něj byla při vyšetření v SVP zjištěna výrazná iritabilita. Ze zjištěných projevů impulzivity byla zachycena tendence vše komentovat, upozorňovat na sebe, předvádění se a bezhraničnost. Vysoká míra iritability byla zjištěna i u 1 dalšího respondenta (Adam), stejně tak i zvýšená míra vznětlivosti a vysoká míra ve všech aspektech agresivity. Oba dva tito respondenti měli potíže své chování korigovat a jejich nevhodné chování se odrazilo v neschopnosti udržovat vztahy s vrstevníky.

INT: Ohledně pozornosti se všichni respondenti shodně vyjádřili, že jejich schopnost soustředit se se odvíjí od činnosti, kterou provádí. Dobře se soustředí na užívání technologií (mobilního telefonu, počítače), případně aktivity v domácím prostředí; všechny tyto činnosti

je baví. Ve škole pak pozornost klesá, zejména pokud je výuka nebaví, nudí nebo se blíží konec vyučování.

Obdobně respondenti potvrzují výskyt nepromyšlených reakcí. Pouze 2 však těchto reakcí zpětně litují. Jen 1 respondent uvedl způsob, jakým se naučil předcházet výbuchům a konfliktům. Zodpovědnost za výbuchy vzteku však žádný nepřisuzuje sobě.

POZ: U 1 respondenta (David) bylo kvůli absenci kamerového přenosu pozorování omezeno pouze na mluvený projev. V projevu byla patrná slovní agrese. Tempo řeči bylo rychlé. Naopak u jiného respondenta byl neklid pozorován zejména v neverbální komunikaci. Další respondent (Adam) měl vyjadřování chudé. Nevýrazná byla i neverbální komunikace.

DOT: Impulzivita byla dotazníkovou metodou zjištěna u 3 respondentů ze 7, s nimiž bylo provedeno interview. V SIDS získali tito respondenti percentily 92, 95 a 99, což značí, že ve srovnání se svými vrstevníky jsou významně impulzivní. U dalších respondentů SIDS impulzivitu nepotvrdil, ačkoliv další 2 ze 7 respondentů měli v anamnéze uvedenu diagnózu ADHD.

kategorie: Sebepojetí

DOK: Ke kategorii sebepojetí přináší dokumentace respondentů bohaté informace. Informace se týkají jak osobnostních rysů, tak způsobů, jimiž se vztahují k vrstevníkům a autoritám.

Všech 7 respondentů mělo snížené sebepojetí. Nejčastěji zachycenými projevy sníženého sebepojetí bylo bagatelizování úspěchů, shazování se, podceňování, úzkostná sebenejistota, agresivita ve verbálním i neverbálním projevu i fyzická agresivita a nízká sebeúcta. Opakovaně byla v dokumentaci zjištěna zvýšená míra citlivosti, schopnost empatie a pesimistický pohled na sebe.

Respondenti měli často narušené vztahy s vrstevníky. Obvykle si přátele umí najít, avšak v důsledku nedostatku komunikačních kompetencí, neschopnosti říkat si o pozornost vhodným způsobem, nedostatkem sebeřízení a maskováním skutečného prožívání se přátelské vztahy dlouho neudrží.

INT: Respondenti byly schopni pojmenovat své dobré a špatné vlastnosti. Stejně tak byli schopni reflektovat případné nedostatky v oblasti udržování přátelských vztahů s vrstevníky i své nedostatky spojené se školním výkonem.

Z opakovaně zmíněných vlastností to byly zbrkllost, schopnost naslouchat, moudrost, nedochvilnost, lenost, vtipnost, objevila se i pochybnost o intelektu.

Respondent (Marek) si je vědom svých rezerv při vyjadřování niterných pocitů a ví o své tendenci věci zlehčovat a vtipkovat. Respondentka (Jana) ví o své zvýšené citlivosti a uvědomuje si vlastní neznalost sebe sama.

Významným faktorem v sebepojetí, který byl v průběhu interview zaznamenán u 4 respondentů, byla tělesná hmotnost. Nadváha či obezita byla respondenty vnímána jako něco, za co se musí stydět. V případě, že došlo k její redukci, popisovali tuto změnu jako významný prvek, který napomohl ke zvýšení jejich sebevědomí. I v případě zvýšené tělesné hmotnosti byl zachycen jakýsi „začarovaný kruh“. Respondenti totiž z pocíťovaného tlaku a stresu redukovali nepříjemné pocity jídlem, což ale mělo za následek zvýšení hmotnosti a snížení spokojenosti s vlastním vzhledem.

Oblast přátelství, kde opakovaně respondenti zažívali neúspěchy a zklamání, taktéž figurovala jako významná komponenta, jež sebevědomí negativně ovlivňovala. Tato selhání ve vztazích vnímali jako další potvrzení jejich nehodnosti a neschopnosti.

Došlo-li po ukončení pobytu ke změně vzhledu a navázání lepších přátelských vztahů s vrstevníky, hodnotili toto respondenti v souvislosti se zlepšením jejich sebevnímání.

Po ukončení pobytu všichni respondenti uvedli, že se zlepšil jejich prospěch nebo chování ve škole. Tento fakt se také odráží v jejich sebevědomí a sami respondenti, díky osvojeným návykům pro přípravu do školy, hovoří o větší spokojenosti v této oblasti.

Sebevědomě se respondenti cítí zejména u aktivit spojených s technologiemi, avšak v aktivitách spojených se školou pocíťují nedostatky a nevěří si.

Všichni respondenti shodně uvedli, že před nástupem na pobyt a v době dotazníkového šetření bylo jejich sebepojetí nižší než v době, kdy proběhlo interview.

POZ: 6 respondentů hovořilo o svém prožívání a sebe vnímání velmi otevřeně, a to i přesto, že se hovořilo o velmi citlivých tématech ve vztahu k sebepojetí. 1 respondentka byla dokonce schopna přesně pojmenovávat emoce v souvislosti s prožíváním sebepojetí. Pouze vyjadřování u 1 respondenta bylo velmi chudé. Slovní agresivita byla zachycena jen u 1 respondenta, ostatní vyjádření působila velmi otevřeně.

DOT: Všech 7 respondentů mělo v PHCSCS-2 Celkový skóre (TOT) nízký ($\leq 39T$), což ukazuje na děti a adolescenty s vážnými pochybnostmi o vlastní hodnotě. Obvykle se

negativně hodnotí ve vícero oblastech, což se potvrdilo i v našem případě. Děti a adolescenti se v takovém případě vnímají jako méně talentovaní a méně schopní, nezapojují se do nových aktivit, protože mají strach, že by se ukázaly jejich nedostatky. Jsou všeobecně nejistí. 1 respondentka získala hodnotu 27T, přičemž takto nízký výsledek hovoří o zvýšené pravděpodobnosti přítomnosti diagnostikovatelné poruchy, což potvrzují takto nízké skóry ve 2 dalších subškálách. V subškále Přizpůsobivost (BEH) neměl nízký skór pouze 1 respondent. U osob s nízkým skórem v BEH ($\leq 39T$) se mohou objevit různé psychologické syndromy, zejména poruchy chování a porucha opozičního vzdroru. 3 respondenti měli dokonce velmi nízký skór BET ($\leq 29T$). Dále mělo 5 respondentů nízký skór ($\leq 39T$) v subškále Intelekt a školní postavení (INT). Pouze 2 respondenti byli v této oblasti v době vyplňování metody spokojeni. V subškále Fyzický zjev (PHY) skórovali níže než PHY ($\leq 39T$) 3 respondenti, pouze 2 z nich v rozhovoru uvedli svou nespokojenost s fyzickým zjevem, 1 nespokojence tento test neodhalil a u dalšího, jenž v rozhovoru uváděl spokojenost se vzhledem, zase označil za nespokojeného. V subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) získali 2 respondenti nízký skór, což hovoří o permanentním pocitu úzkosti a nejistotě zejména ve školních činnostech. Další 2 respondenti získali skór nižší než 29T. Zbylí 3 respondenti měli skór v pásmu průměru. V subškále Popularita (POP) měli 4 respondenti hodnotu nižší než POP ($\leq 39T$) a 1 respondent nižší než POP (≤ 29). Takto nízké skóry svědčí o nespokojenosti s přátelskými vztahy, o pocitu sociální izolovanosti. Tito lidé se cítí být ignorováni, mohou být stydliví a v případě takto nízkých skórů může být přítomna i psychická porucha. V subškále Štěstí a spokojenost (HAP) měli 4 respondenti skór nižší HAP ($\leq 39T$) a 2 respondenti nižší než HAP (≤ 29). Děti a adolescenti mají tendenci popisovat celkovou nespokojenost se sebou samými, se svým vzhledem a schopnostmi komunikovat s ostatními. Takto nízké skóry bývají zjištěny u osob s diagnostikovanou psychickou poruchou. U skóru nižší než HAP ($\leq 29T$) je pravděpodobná přítomnost vážné emoční poruchy nebo poruch chování.

kategorie: Volný čas

DOK: Oblast volného času je v dokumentacích klientů obsáhle zpracována. U 4 respondentů bylo zjištěno poměrně bohaté trávení volného času. Obvykle se jednalo o vedené kroužky zaměřené na sport nebo na nějakou zájmovou činnost respondenta či aktivity na technologiích. U 3 respondentů většinu volna před nástupem na pobyt v SVP vyplňovaly aktivity na technologiích. 2 respondenti zmínili také placenou brigádu.

INT: 6 respondentů shodně přiznalo nadužívání technologií před nástupem na pobyt v SVP. Po absolvování pobytu došlo v této oblasti k poklesu přibližně na 4 hodiny denně na technologiích u 2 respondentů a u 2 respondentů přibližně na 1 hodinu denně. 1 respondent, byť po návratu domů začal sportovat, tráví na počítači více než 4 hodiny denně a o víkendu se věnuje pouze technologiím (hraje hry, sleduje seriály). U 1 respondenta nenastalo žádné snížení doby trávené na technologiích.

Ti, co redukovali množství času věnovaného technologiím a začali chodit ven nebo se začali věnovat jiné aktivitě, vnímají tuto změnu jako pozitivní i ve vztahu ke zlepšení svého duševního zdraví a sebepojetí. Značně kladně ovlivnila prožívání respondentů i skutečnost, pokud si našli přátele, se kterými mohli volný čas sdílet.

Pouze 1 respondentka, jejíž většinu volného času vyplňovaly aktivity společné s jinými lidmi venku, neměla s nadužíváním technologií potíže ani před nástupem do SVP.

V době rozhovorů se vlivem distanční výuky a různých omezení v souvislosti s COVID-19 počet hodin strávených aktivitami na technologiích navýšil. Z rozhovorů vyplynulo, že rodiče obvykle s respondenty netráví aktivně volný čas. Pouze 2 respondenti uvedli společné aktivity s rodičem a negativně hodnotili jejich případné snížení.

kategorie: Protektivní faktory

DOK: Za univerzálně protektivní faktory lze považovat pochvalu a podporu, na něž respondenti reagovali pozitivně. Stejně tak vytvořený řád a harmonogram dne s nastavenými hranicemi napomáhal vymezit oblasti vhodného a nevhodného chování. V případě poskytování zpětné vazby respondentům je třeba také ukázat alternativní možnost volby chování nebo podat informaci, co respondent může dělat jinak. U respondentů s diagnózou ADHD se jeví jako žádoucí nechat případné afekty odeznít a až následně hovořit o tom, co se stalo. Respondenti také dobře reagují, pokud jim dospělý věnuje čas a vyslechne si je.

INT: Opakovaně nabývané zkušenosti vlastního úspěchu vnímají respondenti pozitivně a ovlivňuje to jejich sebevědomí. Zavedení řádu a harmonogramu dne napomáhá zejména k redukci úzkosti a respondenti pociťují úlevu v této oblasti.

Na všechny 4 respondenty, kteří v SUDS byli hodnoceni jako významně úzkostní, protektivně působilo, pokud cítili skupinový tlak dalších klientů v průběhu pobytu a tlak ze strany pracovníků střediska, který je nutil měnit své chování. Dále pomáhá, pokud respondenti zakoušejí pocit sounáležitosti a nachází se v prostředí, kde se mohou autenticky projevit. V takových chvílích pociťují úlevu od starostí a snižuje se jejich tenze. Pro

některé je místem, v němž se cítí dobře domov, pro jiné, kteří vnímají atmosféru doma jako napjatou, je to prostředí venku mezi kamarády.

2 respondenti, jejichž výsledky v SUDS se nacházely v pásmu průměru, si zlepšovali náladu jídlem. V důsledku navýšení tělesné hmotnosti však docházelo ke snížení sebevědomí. 1 respondent svoji hmotnost následně redukoval, což se pozitivně odrazilo v jeho sebepojetí.

U všech respondentů, u nichž SDDSS odhalil depresivitu (4 respondenti), se ukazuje jako protektivní, pokud vnímají, že jsou zodpovědní za své chování a za to, jak se cítí. Nabytí prostoru pro samostatné rozhodování je v tom utvrzuje. K redukcii depresivních pocitů pomáhá každému něco jiného. Někomu vyhovuje kontakt s přáteli, jindy samota a klid. Těmto respondentům pomáhá, pokud v domácím prostředí zakoušejí dosud absentované láskyplné přijetí a klidnou atmosféru. 1 respondentce také pomáhá pocit naděje do budoucna a existence šance na nápravu a vztah s blízkou osobou.

U respondentů s diagnózou ADHD nebo s potížemi s pozorností a u respondentů, kterým byla metodou SIDS přisouzena zvýšená míra impulzivity se jeví jako žádoucí nechat odeznít emoce po konfliktu a až následně v klidu situaci řešit. Tyto skupiny se však plně nepřekrývají.

8.12 Odpovědi na výzkumné otázky a soulad s cíli

1. Jaká je míra úzkostnosti u klientů pobytových služeb střediska?

Z výsledků analýzy kvantitativních dat získaných metodou SUDS vyplývá, že klienti pobytových služeb SVP nejsou jako celek úzkostnější ve srovnání s normou.

2. Jaká je míra depresivity u klientů pobytových služeb střediska?

Z výsledků analýzy kvantitativních dat získaných metodou SDDSS vyplývá, že klienti pobytových služeb SVP nejsou jako celek depresivnější ve srovnání s normou. Výsledky však naznačují určitý trend směrem k vyšší míře depresivity.

3. Jaká je míra impulzivity u klientů pobytových služeb střediska?

Z výsledků analýzy kvantitativních dat získaných metodou SIDS vyplývá, že klienti pobytových služeb SVP nejsou jako celek impulzivnější ve srovnání s normou.

4. Jaké je celkové sebepojetí u klientů pobytových služeb střediska?

Výsledky analýzy dat získaných PHCSCS-2 značí, že klienti pobytových služeb střediska mají celkově nižší sebepojetí ve srovnání s normou a tento rozdíl je statisticky významný.

5. Jaká je skladba specifických charakteristik klientů pobytových služeb střediska?

Co se týče klientů, kteří se zúčastnili interview, u 3 respondentů se objevila triáda depresivita, úzkostnost a nízké sebepojetí. Dále se úzkostnost dvakrát vyskytovala společně s nízkým sebepojetím. Impulzivita se objevila jednou v kombinaci s úzkostností, depresivitou a nízkým sebepojetím, jednou společně s depresivitou a nízkým sebepojetím a v jednom případě ve spojení s nízkým sebepojetím. V PHCSCS-2 bylo zjištěno nízké sebepojetí ve vícero subškálách v kombinaci s další specifickou charakteristikou u 7 klientů.

6. Jak se specifické charakteristiky klientů pobytových služeb střediska prolínají do jejich života?

U dotazovaných 7 klientů byla úzkostnost zjištěna v 5 případech. Úzkostnost se odráží ve všech oblastech života klientů. V domácím prostředí se pociťovaná úzkost přetavuje do negativního chování vůči vychovávajícím osobám, případně do vztahu a chování k sourozencům. Stresové situace, jaké reprezentuje mezi jinými například rozchod rodičů, úzkostní klienti interpretují jako počátek, kdy začali úzkost pociťovat a uvědomovat si ji. Úzkostnost klientů se projevovala i v průběhu pobytu v SVP. Nejčastěji popisované úzkostné projevy jsou vyhýbavé chování, ostych v kontaktu a potřeba potvrzení správnosti chování. Z vlastních projevů je to pak strach z nedostačivosti ve škole, bolesti břicha, třes rukou, ztráta důvěry, pocit nejistoty, zhoršení paměti a neschopnost soustředit se. Úzkost se klienti pokoušejí skrývat a maskovat slovní agresí, smíchem, hlasitým slovním projevem a podobně. Nevhodné chování respondentů nebývá dáváno do souvislosti s úzkostností. Úzkostnost se odráží i ve školním prospěchu a chování ve škole. U klientů s pociťovanou úzkostí se vytváří začarovaný kruh, kdy pociťují úzkost před výkonem ve škole, po neúspěchu očekávají negativní reakci ze strany rodičů a doba zakoušení úzkosti se tak prodlužuje. V důsledku pociťovaného napětí se u klientů začíná demonstrovat naštvání a agresivita, vyhýbají se škole a mají konflikty s autoritami.

Jako protektivní se u klientů s vyšší mírou úzkostnosti jeví skupinový tlak na změnu chování a pocit sounáležitosti, jakož i možnost zažít úlevu od svých starostí. Univerzálně protektivně na klienty se specifickými charakteristikami působí pochvala, podpora, řád, harmonogram a stanovené hranice.

Klienti, u nichž byla depresivita zjištěna metodou SDDSS, se ve svých projevech liší. Projevy depresivity byly rozmanité od pocitů plačtivosti, smutku, sklíčenosti, jinakosti, emoční nestability, špatného spaní a sebepoškozování, přes sebevražedný pokus, obavy a nejistoty a beznaděj, až ke slovním útokům a agresí. Všichni klienti jsou schopni určit počátek depresivního prožívání a popsat, co prožívali a jak se depresivita odrazila v jejich chování. 3 klienti s výraznou mírou zjištěné depresivity počátek potíží dávají do souvislosti se ztrátou blízké osoby. Všichni klienti se své prožívání pokoušeli maskovat před okolím. 2 klienti utíkali od nepříjemných pocitů ke konzumaci jídla. Maskování skutečných pocitů se projevilo nevhodným chováním, které však nebylo interpretováno jako projev deprese, ale jako nevhodné chování bylo postihováno ve škole poznámkami, zhoršenou známkou z chování a podobně, doma pak výčitkami a křikem. Pouze u 1 klienta byly projevy depresivity zachyceny na počátku a následně léčeny medikamenty. Klienti si uvědomují svou odlišnost i ve vztahu k vrstevníkům. Trápí se pro neschopnost nalézt a udržet si přátele. Všichni klienti s vysokými skóry v SUDS a SDDSS pociťují zvýšené nároky na sebe ze strany rodičů a pedagogů, a to zejména tlak na školní výsledky; těmto nárokům klienti nejsou schopni bez pomoci vyhovět a dostat.

Klienti s vysokým skórem v SIDS shodně potvrzují, že jejich schopnost soustředění se odvíjí od činnosti, kterou vykonávají. Činnosti, na které jsou schopni se soustředit se týkají technologií, případně činností v domácím prostředí, které je baví. Při výuce pozornost klesá, zejména označují-li výuku za nudnou nebo se blíží konec vyučování. Klienti potvrzují i výskyt nepromyšlených reakcí. Klienti často zodpovědnost za výbuchy vzteku nepřisuzují sobě. Výbušné reakce vnímají jako něco vlastního a chápou je jako normální reakci na to, co se jim děje. Projevy impulzivity se vyskytují zejména ve školním prostředí, u 2 klientů i v prostředí mimo školu. Pouze u 1 klienta nebyla impulzivita popsána v domácím prostředí.

Snížené sebepojetí klientů se promítá zejména do oblastí školního výkonu a udržování přátelských vztahů. Všichni klienti jsou schopni reflektovat své dobré i špatné vlastnosti a nedostatky v oblasti udržování přátelských vztahů. Nejčastěji zachycené projevy jsou: bagatelizování úspěchu, shazování a podceňování se,

úzkostná sebenejistota, agresivita verbální i neverbální, fyzická agresivita a nízká sebeúcta. Zároveň jsou klienti zvýšeně citliví a schopní empatie ke druhým lidem. Mají však pesimistický pohled na sebe. Klienti měli často narušené vztahy s vrstevníky – přátele si najdou, ale v důsledku nedostatku komunikačních kompetencí a neschopnosti říkat si o pozornost vhodným způsobem, nedostatkem řízení a maskováním skutečných prožitků si přátelské vztahy dlouho neudrží. Sebevědomě se klienti cítí při aktivitách spojených s technologiemi. Zlepšení sebepojetí po absolvování pobytu je spojeno i se snížením množství času na technologiích a s rozvojem zájmu o jiné aktivity, přičemž tato změna vede také ke zlepšení duševního zdraví a posílení sebepojetí. Různé kombinace specifických charakteristik se odrážejí v neschopnosti klientů chovat se autenticky.

7. Jak se shodují výsledky dotazníkových metod klientů pobytových služeb střediska s jejich výsledky z interview, pozorování a obsahové analýzy?

Výsledky získané metodou SUDS se ne vždy shodovaly se zjištěními uvedenými v dokumentaci klientů. U 1 klienta byla zjištěna úzkostnost metodou SUDS a potvrzena v rámci interview, ale nebyla zjištěna pracovníky SVP při analýze dokumentace. A naopak. Povětšinou však výsledky metodou SUDS byly potvrzeny i v rámci rozhovoru a analýzou dokumentace. Podobně v rámci interview byla úzkostnost potvrzena vyjádřením klientů, ne vždy však pozorováním. Z celkového počtu 5 klientů, kteří byli dle metody SUDS významně úzkostní, se při pozorování 2 klienti projevovali sebevědomě. Největší shoda zde panuje mezi výsledky z metody SUDS a z interview.

Největší rozpory mezi výsledky užitých dotazníkových metod a analýz dokumentace byly u depresivity. Výsledky metody SDDSS hovoří o výskytu depresivity u 4 ze 7 klientů, v dokumentaci je však depresivita zmiňována pouze ve zprávách lékařů či jiných odborníků, kteří s klienty pracovali v minulosti. Samotné vyšetření a další materiály v dokumentaci SVP o depresivitě těchto klientů nehovoří nebo jsou depresivní projevy, jakými jsou plačtivost a sklíčenost, interpretovány jako slabost a ufnukanost. V rámci interview byla depresivita potvrzena u všech klientů, kteří v SDDSS dosáhli významných výsledků. Depresivita byla metodou SDDSS odhalena i u 2 klientů, přestože v souvislosti s depresivitou pravidelně užívali medikaci. U dalších klientů, jež se zúčastnili interview, a u nichž dotazníkem SDDSS nebyla zjištěna zvýšená míra depresivity, nebyla depresivita zjištěna ani v rámci

analýzy dokumentace. V rámci pozorování byla depresivita zjištěna pouze u 1 klientky, u níž došlo po návratu do domácího prostředí ke zhoršení psychického stavu. Zbývající 3 klienti v interview depresivitu potvrdili, ale po absolvování pobytu se jejich stav zlepšil a depresivní projevy nebyly pozorovány. Pro zjišťování depresivity se jeví jako nejvhodnější užití metody SDDSS a následný rozhovor s otázkami cílenými na depresivitu.

Významně zvýšená míra impulzivity byla zjištěna metodou SIDS u 3 respondentů. Projevy impulzivity byly u těchto klientů zjištěny i analýzou dokumentace. Při interview byly projevy impulzivity potvrzeny u všech 3 respondentů, ale jen u 2 respondentů byly tyto projevy zachyceny pozorováním. Výsledky SIDS se sice shodují s informacemi zjištěnými jinými metodami, zároveň však impulzivita nebyla detekována u 2 respondentů, u nichž byl diagnostikován syndrom ADHD a projevy impulzivity byly zjištěny z analýzy dokumentace.

V otázce sebepojetí se výsledky získané metodou PHCSCS-2 shodují s výsledky analýzy dokumentace. Výhodou užití metody PHCSCS-2 je její přesné vymezení oblastí, jichž se nízké sebepojetí týká a určení míry narušení sebepojetí.

9 DISKUZE

Práce, jež navazuje na dříve provedený výzkum v rámci bakalářské práce (Stránská, 2019), má za cíl prohloubit a přinést bližší informace o klientech, kteří využívají pobytových služeb střediska, určit míru specifických charakteristik v porovnání s normální populací, zjistit jejich sebepojetí, případně zjistit, jaká je skladba těchto specifických charakteristik a jak se tyto charakteristiky demonstrují v životech klientů. Práce má rovněž za cíl určit, zda a nakolik se shodují výsledky zprostředkované užitými metodami (SUDS, SDDSS, SIDS, PHCSCS-2) s informacemi získanými z interview, z pozorování a konečně z obsahové analýzy dokumentace klientů střediska.

Z výsledků zprostředkovaných využitím metod SUDS, SDDSS a SIDS vyplývá, že daná skupina respondentů není úzkostnější, depresivnější ani impulzivnější v porovnání s normou. Výsledky však naznačují určitý trend směrem k vyšší míře depresivity. Aplikací metody PHCSCS-2 bylo zjištěno nízké celkové sebepojetí u klientů pobytových služeb střediska v porovnání s normou. Významně nízké sebepojetí bylo zjištěno i v dalších 3 subškálách, a to Přízpůsobivost (BEH), Fyzický zjev (PHY) a Štěstí a spokojenost (HAP). V subškálách Popularita (POP) a Nepodléhání úzkosti (FRE) se výsledky shodovaly s normou. Výsledek v subškále Nepodléhání úzkosti (FRE) koresponduje s výsledky SUDS. Výsledek v subškále Intelektové a školní postavení (INT), kde respondenti získali vyšší skóre než populace, ukazuje na vyšší sebepojetí v této oblasti.

Výzkumná část práce, zejména ta, která se týkala sběru dat prostřednictvím dotazníkových metod, byla poznamenána opatřeními v rámci onemocnění COVID-19, přičemž v dané době, která byla obdobím sběru dat, bylo středisko dvakrát uzavřeno. Tato opatření narušila harmonogram výzkumu. Především se prodloužila doba sběru dat a situace ovlivnila i celkový počet klientů pobytových služeb střediska, kteří mohli být do výzkumu zařazeni. A zde je třeba zmínit skutečnost, že užití dotazníkových metod nemělo za cíl získat data zobecnitelná na celou populaci klientů střediska, ale metody byly použity spíše pro selekci skupiny klientů, u nichž bude docházet k průniku specifických charakteristik a na něž bude možné zaměřit pozornost.

V oblasti skladby specifických charakteristik klientů střediska je třeba zmínit výskyt triády depresivita, úzkostnost a nízké sebepojetí, případně spojení úzkostnosti a nízkého

sebepečetí. Další skladba specifických charakteristik, která by se opakovaně u respondentů objevovala, nebyla zjištěna. Zůstává však otázkou, proč nebyla zjištěna impulzivita u všech respondentů, kterým byl diagnostikován syndrom ADHD, respektive měli v dokumentaci uvedenu impulzivitu.

Úzkostnost se promítá do všech oblastí života klientů. V domácím prostředí se pocíťovaná úzkost přelévá do negativního chování vůči vychovávajícím a mnohdy do vztahu k sourozencům. Úzkostnost byla zachycena v projevech i v rámci SVP. Zjištěnými úzkostnými projevy bylo vyhýbavé chování, ostych v kontaktu, potřeba potvrzení správnosti chování, strach z nedostatečnosti ve škole, bolesti břicha, třes rukou, pocit nejistoty, zhoršení paměti a neschopnost soustředit se. Úzkostnost se odráží i v chování ve škole a ovlivňuje i školní výkon, negativně se odráží ve schopnosti navazovat a udržet si přátelské vztahy. O vlivu úzkosti u mládeže ve vztahu ke špatnému školnímu výkonu a rodinným konfliktům referují i Southam-Gerow a Chorpita (2007).

Vliv trestů na úzkostnost dokládají Langmeier a Krejčířová (2013), podle kterých trestání dítěte za chybu, zvláště pokud se tresty opakují, může rozvíjet nežádoucí rysy osobnosti a podněcovat ke vzniku dalších poruch a vést k ustrašenosti, plachosti, neprůbojnosti i celkové neurotizaci se somatickými příznaky. Tento začarovaný kruh, začínající špatnou školní známkou, pokračující domácím trestem, končící nárůstem úzkosti spojené s dalším výkonem ve škole a očekávaným trestem, popisují i naši respondenti.

Na rozvoj úzkostnosti u dívek mají vliv tělesné tresty a vyžadování úspěchu matkou, stejně tak projevy odmítání a uplatňování moci rodiči, jak uvádí Medved'ová (2007). Pocity odmítání ze strany matky lze nalézt i u 1 respondentky v našem výzkumu. Szymanská (2015) uvádí, že úzkost a úzkostné příznaky se vyskytují také u deprese. Výsledky SUDS a SDDSS toto potvrzují. Stejně tak jako u depresivních respondentů se ve spojení se separačními potížemi vyskytují i projevy úzkostné.

Jak bylo zjištěno, změna v projevech klientů může nastat díky skupinovému tlaku a pocitu sounáležitosti, za současné úlevy od starostí. Pochvala, podpora, řád a harmonogram dne a stanovené hranice slouží pro redukci úzkosti. Jak zjistila Medved'ová (2007), na straně matky protektivně působí pravidla a oběma rodiči vyžadovaná disciplína, což koresponduje se zjištěními z interview i z analýzy dokumentace.

Bowen, Chavira, Bailey, Stein, & Stein (2008) upozorňují na komorbiditu úzkosti a ADHD. Společný výskyt úzkostnosti a ADHD byl u dotazovaných respondentů zjištěn dvakrát a výskyt úzkostnosti a depresivity třikrát.

Zjištění v oblasti výzkumu depresivity klientů střediska odpovídají již známým zjištěním z teorie, případně tato zjištění dále rozvíjejí a posouvají ve vztahu k diagnostice. 3 klienti s výraznou mírou depresivity počátek potíží dávají do souvislosti se ztrátou blízké osoby. Poruchy emocí, jak dokládá Jochmannová (2019), se u dětí mohou projevit jako reakce na ztrátu blízké osoby. Ani v těchto případech, kdy u klientů byla v dokumentaci zmínka o ztrátě blízké osoby, ať už ve formě rozchodu rodičů, rozchod s partnerem či ztráta blízkého přítele, nebyl brán zřetel na tuto skutečnost v souvislosti s možností výskytu deprese. Tento moment v anamnéze klientů může být velmi důležitý ve vztahu k přesnější diagnostice. Stejně jako výzkumem zjištěné problémy se separací od matky v době nástupu do mateřské nebo základní školy a potíže s adaptací na školní docházku či případný stres v době těhotenství, jsou signifikantní pro pozdější riziko výskytu deprese. Projevy deprese (somatické příznaky, emoční labilita, úzkostnost, nesoustředěnost, odpor k učení, problémy v kontaktu s vrstevníky i s dospělými, pocity viny, únava, podrážděnost, suicidální úvahy, vyšší dráždivost, zlobení), jak je uvádí ve vztahu ke školním dětem Drtílková (2001), byly zjištěny i v tomto výzkumu. U školních dětí se v souvislosti s depresivitou objevuje tendence k přejídání, což má za následek i nárůst hmotnosti – tato skutečnost byla rovněž ve výzkumu potvrzena. Tendence k přejídání či zlepšování si nálady prostřednictvím jídla byla respondenty opakovaně zmiňována.

Všichni dotazovaní klienti, u nichž byla v SDDSS zjištěna depresivita, se své skutečné prožívání pokoušeli maskovat před okolím. Maskování skutečných pocitů se projevilo nevhodným chováním, které však nebylo interpretováno jako projev deprese, ale jako nevhodné chování bylo postihováno ve škole poznámkami, zhoršenou známkou z chování a podobně, doma pak výčitkami a křikem. Pouze u 1 klienta byly projevy depresivity zachyceny včas a léčeny medikamenty. Tato zjištění jsou alarmující, neboť i přes aktuální znalosti projevů depresivity u dětí, ukazují na nedostatky v diagnostice v oblasti depresivity u dětí a dochází k zaměňování projevů depresivity za poruchy chování.

U všech respondentů s vysokými skóry v SUDS a SDDSS byly uváděny vysoké nároky na respondenty ze strany rodičů a pedagogů, a to zejména tlak na školní výsledky. Těmto požadavkům nebyli respondenti schopni vyhovět. Tato zjištění korespondují, jak uvádějí Dolejš, Skopal, Suchá & Charvát (2018) s tím, že aktuální zvýšení depresivního

ladění se může projevit při zvládání nároků spojených se školní docházkou a rovněž může docházet k somatizaci při potížích.

Klienti s vysokým skórem v SIDS potvrzují potíže při soustředění, zejména v době výuky, a stejně tak byly zachyceny impulzivní reakce v době vyučování a v kontaktu se spolužáky. Tato zjištění korespondují i se zjištěním Fil'ové (2008), která impulzivitu dává do souvislosti se školním selháváním a sociálními konflikty. Spojení impulzivního jednání s dalšími psychickými poruchami, jež nacházíme v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2017) bylo potvrzeno i v tomto výzkumu. Zvýšená impulzivita byla zjištěna u 1 respondenta s diagnózou F92.0 depresivní porucha chování a SPU. Dále byla impulzivita zjištěna u 1 respondenta, u něhož byla v dokumentaci zjištěna diagnóza F19.0 Poruchy způsobené více drogami – akutní intoxikace a u 1 respondenta, jenž měl diagnózu ADHD.

Bez povšimnutí nemůže zůstat fakt, že respondenti o svém impulzivním chování dokázali otevřeně hovořit, přičemž zodpovědnost za výbuchy vzteku však povětšinou nepřisuzují sobě. Výbušné reakce vnímají jako něco vlastního a chápou je jako normální reakci na to, co se jim děje. Dawe a Loxton (2004) zmiňují u neproduktivní impulzivity neschopnost náhledu při hodnocení potenciálních rizik chování. V našem případě však narážíme na absenci náhledu na možné důsledky chování, ale i na absenci náhledu na vlastní zodpovědnost ve vztahu k tomuto chování.

Zjištění, že ne všichni respondenti, kteří měli ve své dokumentaci uvedenu diagnózu ADHD a bylo u nich pozorováno impulzivní chování v našem výzkumu získali vysoký skór v dotazníku SIDS, může být způsobeno tím, že projevy impulzivity bývají často interpretovány jako projevy ADHD, což může vést k nadužívání diagnózy a nevyloučí se možnost, že se jedná o běžný projev, který se kromě ADHD vyskytuje u maladaptivního chování, poruch emocí a jiného rizikového chování, což jsou běžné projevy dětí, které Jochmannová (2019) dává do souvislosti s prožitým traumatem.

Bylo zjištěno, že snížené sebezpojetí klientů se promítá zejména do oblastí školního výkonu a udržování přátelských vztahů. 5 ze 7 dotazovaných respondentů, kteří měli nízké Celkové sebezpojetí, žije pouze s jedním rodičem. Prostředí neúplné rodiny dává Možný (2002) do souvislosti s rizikovými tendencemi a Corneau (2018) spojuje absenci otců ve výchově synů s nedostatky v oblasti sociální, sexuální, morální nebo kognitivní. Toto se zřejmě projevuje i u našich klientů.

Všichni klienti jsou schopni reflektovat své dobré i špatné vlastnosti a nedostatky v oblasti udržování přátelských vztahů. Jak dokládá Kast (2010), je to právě kontakt s druhými lidmi, z něž vychází úspěšné zvládnutí vybudování vlastní identity a vnímání své hodnoty. Ve chvíli, kdy mají klienti narušeno sebepojetí, odráží se to v neschopnosti navazovat trvalá přátelství, což dále jejich pocit nízkého sebepojetí umocňuje a kontaktům se mohou vyhýbat. Činí tak kupříkladu tím, že volný čas věnují aktivitám na technologiích, při nichž se cítí sebevědomě, což výzkum potvrzuje. Klienti aktivitami na technologiích tráví značnou část svého volného času. Ve chvíli, kdy získají po pobytu ve středisku vyšší sebevědomí, zlepšují se jejich vztahy s vrstevníky a začínají se věnovat jiným aktivitám. V důsledku toho dochází ke snižování množství času tráveného užíváním technologií, přičemž tyto změny vedou ke zlepšení duševního zdraví a posílení sebepojetí klientů.

Různé kombinace specifických charakteristik, tedy i nízkého sebepojetí, se odrážejí v neschopnosti klientů chovat se autenticky.

Zde i ve výzkumu v rámci bakalářské práce (Stránská, 2019) byla zjištěna šikana, kde se klienti ocitli v roli oběti. A podobně jako v minulém výzkumu nebyla šikana ve školách řádně prošetřena a nebyly vyvozeny důsledky pro agresory. Klienti pak nabývají dojmu, že si jako oběti mohou za nevhodné chování ze strany spolužáků sami, což může opět podkopávat jejich sebepojetí.

Pro nízký počet respondentů, který byl způsoben nouzovým stavem, byly do výzkumu zařazeny i osoby, kterým bylo v jednom případě 8 let a ve čtyřech případech 9 let. A to i přes to, že pro některé metody (SIDS a SDDSS) nebyly pro tuto věkovou kategorii vytvořeny normy. Dotazník PHSCS-2, jež má normy od 9 let věku dítěte, byl předložen respondentovi mladšímu 9 let jednou. Aby se předešlo možnému zkreslení a nepochopení jednotlivých otázek, byl těmto respondentům výzkumník k dispozici a vysvětloval jim případné nejasnosti. I tak mohlo vlivem těchto okolností dojít ke zkreslení výsledků v dotaznících.

Výsledky SUDS často korespondovaly se zjištěními z analýzy dokumentace a byly potvrzeny i rozhovory. Neukazuje se tedy jako účelné využívat tuto metodu v rámci vyšetření ve středisku. Podobně je tomu u SIDS, ačkoliv lze považovat za rozporuplné, pokud u klientů, jež měli diagnózu ADHD a byly u nich zachyceny projevy impulzivity, nebyla impulzivita také zjištěna. U respondentů s vysokým skórem v SIDS však bylo v rozhovoru zjištěno nepřijetí zodpovědnosti za impulzivní jednání.

Ze všech užitých dotazníkových metod se SDDSS jeví jako nejúčelnější co do přínosu nových informací o klientech střediska. Všichni respondenti, kteří měli vysoký skór

v SDDSS měli jako jediní skór alespoň ve 2 subškálách PHCSCS-2 nižší (≤ 29). Tedy výrazně pod nízkou hodnotou ($\leq 39T$) subškál. Pro detekci depresivního klienta se jeví jako užitečné tuto metodu zařadit mezi diagnostické nástroje užívané při vyšetření klientů střediska. Může to v důsledku přispět k včasné identifikaci potenciálního nebezpečí sebevraždy dítěte, neboť odlišení normálních projevů, odpovídajících danému věku, od symptomů deprese je nezbytné pro předcházení riziku suicidia (Krejčířová, 2006) a ranná detekce a následná adekvátní léčba deprese je účinnou prevencí suicidia dětí a adolescentů (Pelkonen, Karlsson, & Marttunen, 2011). Kombinace užití metody SDDSS a následného rozhovoru zacíleného na oblast depresivního prožívání a na otázky na sebevražedné myšlenky klienta se zdá být nejlepší kombinací při diagnostice depresivity. Daným postupem lze již na počátku pobytu odhalit depresivitu, kterou, jak bylo zjištěno, všichni klienti maskují různými projevy nevhodného chování, a zvolit adekvátní postup práce s klientem, včetně doporučení pro psychiatrickou intervenci a nasazení adekvátní farmakologické léčby. I v případě, že se klienti, jež v SDDSS získali vysoký skór, v době rozhovoru necítili depresivně, je užití této metody žádoucí. Depresivita se může u klientů objevit znovu i po absolvování pobytu a nebyla-li zachycena a léčena na počátku pobytu, může se dále skrytě rozvíjet po odchodu ze střediska, přičemž v dané době již klient nemusí být v kontaktu s odbornými pracovníky, kteří byli poblíž během pobytu. Nepodchycení depresivity může mít pro klienta fatální následky. Výsledky výzkumu ukazují na skutečnost, že ve středisku dochází k jistému podceňování této oblasti při diagnostice.

Jak již bylo výše uvedeno, klienti depresivitu zastírají a depresivní projevy mohou být rovněž špatně interpretovány, jelikož může docházet k překrývání projevů úzkostnosti či nízkého sebepojetí a depresivity. To může mít za následek označení takového chování za projev úzkostnosti, nikoli však jako projev depresivity. Při pobytu ve středisku může být například plačtivost přisuzována pouze smutku po domově, přičemž je třeba mít na zřeteli skutečnost, že projevy dětské depresivity se liší od projevů dospělých depresivních osob a mají často podobu somatizace, poruch chování, změn tělesné hmotnosti a podobně (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

Informace o sebepojetí klientů, zjišťované skrze metodu PHCSCS-2, se překrývají s informacemi získanými analýzou dokumentace. Nejeví se tedy účelné tuto metodu zařadit mezi diagnostické nástroje, které se ve středisku běžně užívají. Přesné určení oblastí, v nichž mají klienti snížené sebepojetí, dovedou pracovníci střediska dobře registrovat během pobytu již stávajícími nástroji a pootevírat klientům cesty k posilování sebepojetí a zdravého

sebehodnocení, k adekvátní regulaci emocí a schopnosti respektování stanovených hranic, aby se v průběhu zrání a dospívání klienti emancipovali (Kast, 2010).

Rozhodnutí ve výzkumu ponechat respondenta, který v metodě PHCSCS-2 v Indexu předpojatosti získal příliš vysoký skóre (o jeden bod), a měl být z výzkumu vyřazen, se ukázalo jako žádoucí, neboť u něj byla nejen dotazníkovými metodami, ale i v rámci interview a analýzou dokumentů potvrzena úzkostnost, depresivita i impulzivita. V případě, že by při překročení tohoto kritéria byly z výzkumu podobní respondenti vyřazováni, přišli bychom o cenná data v další fázi výzkumu a zároveň by mohlo dojít k opominutí osob, které vyžadují odbornou péči. U takovýchto výsledků je třeba spíše zvýšené pozornosti a případně rozhovoru s respondentem než jeho automatické vyřazení z výzkumu.

Výsledky diagnostických metod SUDS, SDDSS, SIDS i PHCSCS-2 mohou mít omezenou platnost, neboť ne vždy došlo k absolutnímu překryvu informací získaných interview, pozorováním a analýzou dokumentace. Tento rozpor však může být zapříčiněn různými faktory, a to věkem respondentů, obdobím, kdy respondenti vyplňovali dotazník a rovněž se zde mohl promítnout vliv opatření v souvislosti s onemocněním COVID-19.

Výsledky diagnostických metod také mohly odpovídat určitému časovému období, tedy době, kdy dotazník klienti vyplňovali, což bylo v prvních 14 dnech pobytu ve středisku. Jak všichni dotazovaní uvedli, v jejich psychickém stavu i v chování došlo v důsledku pobytu ke zlepšení. Tato skutečnost a časová prodleva mezi vyplněním dotazníků a uskutečněním interview s pozorováním mohla ovlivnit přesnost výpovědí respondentů. Pro vymezení dopadu výše zmíněných vlivů by sloužilo opětovné předložení diagnostických metod nebo okamžité provedení interview a pozorování. To ale v našem výzkumu z důvodu nouzového stavu nebylo možné.

Členění interview dle specifických charakteristik a konstrukce rozhovorů pro každého respondenta individuálně dle výsledků v jednotlivých metodách se projevilo jako velmi efektivní, a to zejména pro následnou analýzu dat, kdy jednotlivé oblasti interview posloužily také pro strukturované vytváření kategorií a subkategorií a pro snadnější interpretaci dle jednotlivých případů. Takto zvolená struktura interview však zároveň kladla vyšší nároky na čas.

Z důvodů celospolečenských opatření v souvislosti s onemocněním COVID-19 měli respondenti na výběr, zda rozhovor proběhne osobně nebo skrze internetové online komunikační nástroje. Část respondentů využila možnost uskutečnit interview online formou, což v konečném důsledku mohlo ovlivnit obsah sdělení, jelikož respondenti mohli být domácím prostředím ovlivněni ve svých výpovědích. Tento vliv byl alespoň částečně

eliminován tím, že interview proběhla až po předchozí telefonické domluvě jak se zákonným zástupcem, tak se samotným klientem. Klient si tedy mohl zvolit den, přesný čas a prostor, v němž nebude rušen a v němž bude ochoten odpovídat na otázky. S klienty, kteří rozhovor poskytl osobně, byl rozhovor proveden v soukromí, bez přítomnosti další osoby.

Všechna interview s klienty proběhla až po ukončení pobytu ve středisku, což mohlo způsobit změnu v nazírání na prožívání v době, kdy klienti vyplňovali dotazníkové metody. V interview bylo tedy třeba na tuto skutečnost pamatovat a v průběhu rozhovoru adekvátně pružně reagovat otázkami, jež budou rozlišovat mezi prožíváním v době před nástupem na pobyt ve středisku, v době vyplňování dotazníkových metod a prožíváním, které je aktuální při interview. Během rozhovorů poskytovali klienti informace velmi otevřeně. Nebyla zjištěna tendence odpovídat tak, aby se klienti snažili sebe sama stavět do lepšího světla. Klienti střediska byli otevření zejména v popisu svých niterných prožitků a při popisu procesu získání náhledu na své dřívější chování a přijetí zodpovědnosti za něj.

Pozorování, které v tomto výzkumu sloužilo spíše jako doplňující metoda získávání dat, se neprojevovalo jako natolik významné, aby bylo samostatně popisováno a pro jehož zobrazení by bylo nutné vytvoření záznamových archů. V takto koncipovaném výzkumu, kdy je zastoupeno vícero metod získávání dat, se ukázalo jako vhodnější v budoucnu zachytit a popsat pouze významné pozorované momenty při interview a dále je samostatně nezpracovávat. Zejména v případě, jsou-li rozhovory prováděny online formou a není z jakéhokoli důvodu funkční spojení i prostřednictvím kamery, samostatné zpracování pozorování ztrácí na významu. Pozorování s časovým odstupem od vyplňování dotazníkových metod způsobovalo spíše rozpor mezi výsledky ostatních metod.

Analýza celé dokumentace klientů zabrala desítky hodin, a to i přesto, že byly dopředu vymezeny specifické charakteristiky, na které byl přednostně brán zřetel. Uzavření střediska z důvodu onemocnění COVID-19 a omezení vstupu do areálu střediska bylo další komplikací při získávání dat touto formou. I tak se podařilo provést analýzu dokumentace u všech respondentů.

V dokumentaci klientů se často podává popis domácí atmosféry a informace o výchovných postupech, a to zejména od rodičů. Komentáře klientů bývají uváděny spíše jen při konzultacích a ve zprávách často absentují. Přitom je to právě prožívání situace dítěte, které je bohatým zdrojem informací o jeho těžkostech a důvodech jeho chování. Byť je analýza dokumentace přínosná zejména pro získání informací ohledně důvodů umístění respondenta do střediska, možnosti náhledu do lékařských zpráv a zpráv od jiných odborníků, jež s klienty v minulosti došli do kontaktu, možnost získat informace

prostřednictvím dotazníkových metod a interview by byla pro zjištění specifických charakteristik klientů pobytových služeb nejen dostačující, ale i časově úspornější. I takto provedená analýza dokumentace neztratila na významu v tom směru, že napomohla ke zjištění, že ne všechny specifické charakteristiky klientů jsou při pobytu ve středisku odhaleny a správně interpretovány. Toto lze považovat za jeden ze stěžejních přínosů práce.

Reflektujeme-li v kontextu celkovou využitelnost zvolených dotazníkových metod pro diagnostiku klientů střediska, jeví se jako přínosné zařadit mezi diagnostické nástroje metodu SDDSS. Ostatní metody mají v dané oblasti význam případně pro screening, a to v dlouhodobém časovém horizontu, kdy se podaří získat data od většího množství klientů služby. Zásadně lze s ohledem na výsledky výzkumu doporučit, aby činnost odborných pracovníků střediska byla během pobytu klienta zaměřena k rozvoji sebepojetí a pojmenovávání emocí, aby klienti následně rozeznali, zda to, co pociťují, je úzkost a kdy pocity, jež zažívají, jsou projevy depresivity. Rozhodně se jeví jako vhodné klienty edukovat, jak s těmito pocity pracovat a na které odborníky se mohou obrátit v případě následné potřeby, která by se ukázala až po absolvování pobytu.

10 ZÁVĚRY

Odpovědi na výzkumné otázky přináší zjištění, že v míře úzkostnosti, depresivity a impulzivity se klienti pobytových služeb střediska významně neliší od běžné populace. Můžeme však sledovat určitý trend směrem k vyšší míře depresivity. Celkové sebepojetí mají však klienti významně nižší a nižší sebepojetí bylo zjištěno i v subškálách Přizpůsobivost (BEH), Fyzický zjev (PHY) a Štěstí a spokojenost (HAP). Výsledky v subškále Intelektové a školní postavení (INT) ukazují na vyšší sebepojetí ve srovnání s normou.

U specifických charakteristik byla opakovaně zjištěna triáda depresivita, úzkostnost a nízké sebepojetí. Úzkostnost a impulzivita se pak objevovaly v různých kombinacích s nízkým sebepojetím. Nízké celkové sebepojetí se v kombinaci s další specifickou charakteristikou objevilo u 9 klientů, se 7 z nich bylo provedeno i interview.

Bylo zjištěno, že pokud jde o prolínání specifických charakteristik klientů střediska do jejich života, pak úzkostnost, depresivita a nízké sebepojetí se nějakým způsobem demonstrují ve vícero oblastech života klientů. Lze tedy pozorovat průnik jak do domácího prostředí do kontaktu s vychovávajícími, tak do vztahu k sourozencům. Obdobně lze toto pozorovat ve vztahu ke školním výkonům a vztahům k pedagogům, spolužákům a vrstevníkům. Úzkostnost se odráží zejména ve školním prospěchu a chování ve škole. Depresivitu se pak klienti pokoušejí kamuflovat i skrze nevhodné chování, které se okolí jeví jako poruchy chování, ačkoli jde o projevy depresivity. Na všech frontách působí tyto charakteristiky negativně a způsobují klientům mnoho potíží.

Impulzivita klientům způsobovala komplikace především při výuce a při dosahování školních úspěchů.

Pro praxi středisek, po posouzení všech metod, které byly v rámci výzkumu použity, se ukázalo jako vhodné a doporučeníhodné využití metody SDDSS pro diagnostiku klientely střediska během prvních dnů a týdnů pobytu, neboť touto metodou, v kombinaci s rozhovorem stran úvah nad sebevraždou, je možné provést efektivní diagnostiku depresivity a eventuálně následnou adekvátní intervencí významně snížit riziko suicidálního pokusu, přičemž je třeba mít zároveň na zřeteli, že včasné detekci depresivity nezřídká brání tendence klientů kamuflovat vlastní depresivní prožívání a navenek vytvářet dojem veselosti a bezstarostnosti, ačkoli vnitřně prožívají smutek.

11 SOUHRN

Předkládaná magisterská diplomová práce se zabývá specifickými charakteristikami klientů pobytových služeb střediska výchovné péče.

Úvodem práce rekapitulujeme situaci středisek výchovné péče, která jsou od roku 1991 součástí českého školského systému jako zařízení poskytující preventivně-výchovnou péči. S rozvojem společnosti docházelo rovněž k rozvoji služeb středisek, jakož i k modifikacím legislativy, která upravuje jejich činnost, aniž by však v průběhu let došlo k nějakým podstatným změnám stran zaměření středisek a jejich intervenčního působení ve prospěch mládeže ohrožené vznikem poruch chování či dětí s poruchami chování a emocí. V současné době poskytuje péči 33 středisek a pracuje v nich (při přepočtu na celé úvazky) 448,7 pedagogických pracovníků (J. Nebřenský, osobní sdělení 30. listopadu 2020).

V teoretické části se podávají informace o vývojových obdobích v dětství a dospívání a rizicích, která jsou s těmito obdobími spojena a o specifických charakteristikách, jimiž jsou depresivita, impulzivita, úzkostnost a sebepojetí. Přináší se zde nejnovější informace z oblasti výzkumu výskytu těchto charakteristik u dětí a mládeže v ČR a v zahraničí a zkoumá jejich výskyt u dětí ve středisku.

Jde zejména o selhávání v době adolescentní krize, která souvisí s vlastní krizí identity mladého dospívajícího člověka. Projevy mohou mít podobu neurotických onemocnění či psychóz nebo se mohou demonstrovat skrze delikventní chování, přičemž zejména delikventní projevy vedou často k intervenci poskytované středisky výchovné péče (Jedlička, 2015). Dalším rizikovým momentem je psychická deprivace, která může být iniciátorem disharmonického vývoje osobnosti dítěte a s ním souvisejících poruch chování (Říčan et al., 1997), přičemž deprivace nespočívá pouze v neuspokojení psychologických potřeb dítěte, nýbrž rovněž v zanedbávání (Hatem et al., 2020), které mívá komisivní i omisivní podobu. Do této sféry rovněž patří projevy týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, přičemž pro tyto projevy se vžil označení syndrom CAN (child abuse and neglect). Všechny tyto negativní zážitky během cesty zrání a dospívání představují významné rizikové faktory pro rozvoj poruch osobností a mají potenciál negativně ovlivnit člověka během dospělosti až do konce života (Vágnerová, 2014).

V podkapitole nazvané Psychodiagnostické kategorie klientů jsou pojednány poruchy chování z hlediska etopedického (speciálně pedagogického), psychologického a psychiatrického, přičemž jde o část práce, která reflektuje mezioborový přístup k řešení problematického vývoje dítěte a adolescenta. Ukazuje se, že poruchy chování se vyskytují častěji u chlapců a u dětí, u nichž alespoň jeden z rodičů trpí poruchou osobnosti nebo je u něj patrný abúzus návykových látek (Vágnerová, 2014) a čím více zátěže (hereditární či sociální) dítě nese, tím je prognóza méně nadějná (Kvintová, 2016).

Podle Hrdličky a Dudové (2015) se poruchy chování často projevují u dětí, u nichž byla diagnostikována hyperkinetická porucha či syndrom ADHD a hereditární příčiny stojí v pozadí 77 % těchto případů, přičemž na negenetické faktory podle Malé (2000) připadá 20–30 %. Tyto skutečnosti komplikují adekvátní intervenci ve prospěch takto znevýhodněných dětí, neboť podle Stárkové (2016) významná část rodičů nese tuto zátěž. To představuje pro pomáhající profese poměrně náročnou práci nejen se znevýhodněným dítětem, ale zejména s jeho rodiči, kteří bývají nezřídka impulzivní, nedůslední a dezorganizovaní, což je pro intervenci a léčbu významně kontraproduktivní. Vzhledem k časté komorbiditě hyperkinetické poruchy a závislostí se podle Kulhánka (2018) přibližně u ¼ adolescentů přidružuje komplikace vycházející z abúzu návykových látek a ADHD tedy představuje významný rizikový faktor pro rozvoj závislosti, přičemž až ½ dospělých s ADHD má problémy s pitím alkoholu. Významná je rovněž souvislost mezi ADHD a vývojovými poruchami učení, neboť přibližně 50 % dětí s ADHD vykazuje problémy se čtením (Luoni et al., 2013).

Vybrané specifické charakteristiky klientů středisek, kterým je věnována 3. kapitola práce, vycházejí ze zjištění, která přinesl výzkum provedený v rámci předchozí kvalifikační práce, kdy nejvýznamnější faktory v osobnostních profilech klientů střediska byly identifikovány tyto fenomény: depresivita, úzkostnost, impulzivita a sebepojetí (identita).

Depresivní symptomatologie, která je obvyklá u dospělé populace, nemusí nutně odpovídat projevům depresivního onemocnění u dětí. Právě kvůli odlišným projevům dochází při diagnostice k jistým obtížím, neboť čím je dítě mladší, tím obtížněji vyjadřuje své pocity a projevy obvyklé u dospělé populace, jako je ranní pesima, předčasné probouzení a podobně u dětí často chybí, ale deprese se může demonstrovat skrze nechuť ke hře či destruktivní a agresivní chování (Drtilková, 2001; Krejčířová, 2006).

Impulzivita je pak u dětí častým doprovodným jevem u hyperkinetické poruchy. Neschopnost oddalovat slast a dosažení odměny je úzce spjato s nezralou osobností dítěte. Na impulzivitu je však třeba nahlížet dvojím prizmatem, a sice buď jako na rychlou volbu odměny, nebo dezihibované chování, které má charakter odbrzděnosti, vyznačuje se prudkou reaktivitou a výsledně je takové chování neproduktivní (Dawe a Loxton, 2004). U dětí se pak impulzivita projevuje často veskrze touhou, aby odměna nastala okamžitě a ve školním prostředí se demonstruje skrze rivalizaci s autoritou, která má původ v neschopnosti dítěte regulovat své chování v sociálních situacích (Baljan et al., 2006).

Úzkost a úzkostnost patří k dalším charakteristickým rysům, které se objevují v psychice klientů střediska, přičemž úzkostné poruchy patří k nejčastějším psychiatrickým onemocněním vůbec (Szymanská, 2015) a postihují přibližně ¼ populace (Raboch, 2001). Jisté formy úzkosti jsou společné dětem i dospělých, avšak u dětí často souvisejí s vývojem jejich osobnosti (Drtílková, 2001), přičemž jako hlavní rizikový faktor pro rozvoj anxiózních poruch v útlém dětství se jeví málo bezpečný vztah k matce, tedy narušení připoutání, které vychází často z vlastní úzkosti matky, která si je nejistá ve své mateřské roli a hyperprotektivní péčí o dítě tlumí tuto svoji úzkost, což v důsledku zúzkostňuje dítě (Malá, 2011). Významný rizikový fenomén pak představuje úzkost, která u dítěte vyplývá ze separace od pečující osoby, neboť je prediktorem pozdějšího rozvoje úzkostné poruchy (Szymanská, 2015).

Sebepojetí (identita) se vyvíjí od počátku života do jeho konce v rámci procesů formování sebepojetí, sebepojetí jako výsledku sebeuvědomění a v reflexi významu seberegulace chování a jeho vlivu na sebepojetí (Blatný & Plháková, 2003). Významným činitelem je sociální srovnání (Kohoutek, 1998), které se realizuje zejména v kontextu s referenční skupinou a efektivně vybudované sebepojetí je významným benefitem pro budoucí úspěšný život ve společnosti a je významně podmíněno aktivním přístupem rodičů (Hayesová, 2003). K budování identity pak nezbytně patří rovněž schopnost přijetí vlastních specifik, včetně negativních vlastností, genderové identity, sexuální orientace a podobně, stejně jako hledání smyslu života a otázky spirituality (Langmeier & Krejčířová, 2013).

Cílem práce bylo určit míru specifických charakteristik u klientů střediska v porovnání s normální populací, prozkoumat, jaká je skladba specifických charakteristik, zpřesnit a prohloubit informace o specifických charakteristikách klientů pobytových služeb střediska, objasnit, jak dosavadní zkušenost klientů pobytových služeb střediska koresponduje s výsledky v dotaznících a zjistit, jaká je využitelnost dotazníkových metod

při vyšetřeních těchto klientů. Validita výzkumu byla zajištěna triangulací metod získávání dat a triangulací zdrojů dat. V první fázi bylo provedeno dotazníkové šetření za využití metod SUDS, SDDSS, SIDS a PHCSCS-2; následně bylo vybráno několik respondentů, se kterými proběhla interview, včetně pozorování a proběhla analýza jejich dokumentace.

Výběrový soubor byl vytvořen kombinací záměrného výběru přes středisko a totálního výběru z klientů střediska, kteří absolvovali pobyt ve středisku. Pro zpracování dat bylo využito údajů od 26 klientů, z nichž bylo vybráno 9 respondentů (1 dívka, 8 chlapců). Podmínkou pro výběr k rozhovoru bylo získání hrubého skóru alespoň v jedné z metod SUDS, SDDSS a SIDS vyšší než $HS + 1 SD$ a zároveň získání nízkého hrubého skóru alespoň v jedné subškále PHCSCS-2. Interview se s ohledem na opatření COVID-19 a související těžkosti podařilo uskutečnit se 7 respondenty (1 dívka, 6 chlapců).

Analýza dat byla provedena v duchu zakotvené teorie a obsahové analýzy. Z celkového souboru 26 respondentů získalo v SUDS vysoký skór 7 respondentů. V SIDS získalo vysoký skór 5 respondentů a v metodě SDDSS 10 respondentů. V PHCSCS-2 bylo zjištěno nízké sebepojetí alespoň v jedné subškále u 18 respondentů, z nichž 13 mělo nízké sebepojetí ve více subškálách. U 9 respondentů bylo nízké sebepojetí ve vícero subškálách v kombinaci s další specifickou charakteristikou. Celkové sebepojetí (TOT) významně nižší než norma mělo 9 respondentů. U 3 respondentů, kteří se zúčastnili interview, byla zjištěna triáda depresivita, úzkostnost a nízké sebepojetí. Dále se úzkostnost dvakrát vyskytovala společně s nízkým sebepojetím. Impulzivita se objevila jednou v kombinaci s úzkostností, depresivitou a s nízkým sebepojetím, jednou společně s depresivitou a nízkým sebepojetím a v jednom případě ve spojení s nízkým sebepojetím.

Výsledkem výzkumu je zjištění, že klienti pobytových služeb střediska nejsou jako celek úzkostnější než je norma v populaci, nejsou rovněž depresivnější, přičemž v této oblasti můžeme sledovat určitý trend směrem k vyšší míře depresivity u klientů, a nejsou ani impulzivnější, avšak statisticky významný rozdíl byl zaznamenán v oblasti Celkového sebepojetí (TOT), které bylo nižší ve srovnání s normou.

Bylo zjištěno, že pokud jde o prolínání specifických charakteristik klientů střediska do jejich života, pak úzkostnost, depresivita a nízké sebepojetí se nějakým způsobem demonstrují ve vícero oblastech. Lze pozorovat průnik jak do domácího prostředí do kontaktu s vychovávajícími, tak do vztahu k sourozencům. Obdobně je tomu ve vztahu ke školním výkonům a vztahům k pedagogům, spolužákům a vrstevníkům. Úzkostnost se

odráží zejména ve školním prospěchu a chování ve škole. Depresivitu se pak klienti pokoušejí kamuflvat i skrze nevhodné chování, které se okolí jeví jako poruchy chování, ačkoli jde o projevy depresivity. Na všech frontách působí tyto charakteristiky negativně a způsobují klientům mnoho potíží.

Impulzivita klientům způsobovala komplikace především při výuce a při dosahování školních úspěchů.

Snížené sebepojetí se nejvýznamněji demonstruje ve školním prostředí a při absenci schopnosti udržet přátelství.

Konečně bylo zjištěno, že pro testování ve středisku je účelné využívání metody SDDSS ke zjišťování depresivity, která nebyla jinými metodami zachycena, přičemž není bez zajímavosti, že všichni dotazovaní respondenti, kteří měli vysoký skóre v SDDSS, měli jako jediní skóre alespoň ve 2 subškálách PHCSCS-2 nižší (≤ 29). Tedy výrazně pod nízkou hodnotou ($\leq 39T$) subškál.

LITERATURA

- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-Testcentrum.
- Ashton, M. C. (2018). Biological Bases of Personality. *Individual Differences and Personality*, 107-125. doi:10.1016/B978-0-12-809845-5.00005-6
- Balcar, K. (2006). Psychologické aspekty psychosomatických poruch v dětství a dospívání. V P. Říčan, D. Krejčířová, et al., *Dětská klinická psychologie*, (141-154). Praha: Grada Publishing.
- Baltag, T., Hochlová, N., & Myšková, L. (2017). *Porovnání systémů péče o delikventní děti a mládež v České republice, Německu, Velké Británii, Francii a Chorvatsku*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků.
- Barkley, R. A. (2006). The nature of ADHD. V R. A. Barkley, (Eds.). *Attention-deficit hyperactivity disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3-334). New York: The Guilford Press.
- Beljan, P., Webb, J. T., Amend, E. R., Web, N. E., Goerss, J., & Olenchak, F. R. (2006). Misdiagnosis and Dual Diagnoses of Gifted Children and Adults: ADHD, Bipolar, OCD, Asperger's, Depression, and Other Disorders. *Gifted and Talented International*, 21(2), 83-86. doi:10.1080/15332276.2006.11673478
- Bell-Dolan, D. J., Reaven, N. M., & Peterson, L. (1993). Depression and Social Functioning: A Multidimensional Study of the Linkages. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(3), 306-315. doi:10.1207/s15374424jccp2203_1
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 237(9481), 237-248. doi:10.1016/s0140-6736(05)66915-2
- Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T. J., McCreary, M., . . . Faraone, A. V. (2008). New Insights Into the Comorbidity Between ADHD and Major Depression in Adolescent and Young Adult Females. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4), 426-434. doi:10.1097/chi.0b013e31816429d3
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Hérot, C., Friedman, D., Snidman, N., . . . Faraone, S. V. (2001). Further Evidence of Association Between

Behavioral Inhibition and Social Anxiety in Children. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1673-1679. doi:10.1176/appi.ajp.158.10.1673

Blatný, M. (2010). 100 let výzkumu osobnosti v psychologii. V M. Blatný, M. Hřebíčková, K. Millová, A. Plháková, P. Říčan, A. Slezáčková, & I. Stuchlíková, *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy* (11-19). Praha: Grada Publishing.

Blatný, M. (2010). Sebepojetí z pohledu sociálně-kognitivní psychologie: Hlavní témata, současné přístupy. V M. Blatný, M. Hřebíčková, K. Millová, A. Plháková, P. Říčan, A. Slezáčková, & I. Stuchlíková, *Psychologie osobnosti* 105-136). Praha: Grada Publishing.

Blatný, M., & Plháková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Tišnov: Sdružení SCAN.

Bowen, R., Chavira, D. A., Bailey, K., Stein, M. T., & Stein, M. B. (2008). Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity disorder in children from a pediatric primary care setting. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 201-209. doi:10.1016/j.psychres.2004.12.015

Cario, R., & Dünkel, F. (2015). V F. Dünkel, P. Horsfield, A. Păroșanu, (Eds.). *Research and Selection of the Most Effective Juvenile Restorative Justice Practices in Europe: Snapshots from 28 EU Member States*. Brusel: IM Nova Gráfica.

Connor, D. F., Edward, G. S., Fletcher, K. E., Baird, J., Barkley, R. A., & Steingard, R. J. (2003). Correlates of Comorbid Psychopathology in Children With ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(2), 193-200. doi:10.1097/00004583-200302000-00013

Corbett, B., & Glidden, H. (2000). Processing Affective Stimuli in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Neuropsychology*, 6(2), 144-155. doi:10.1076/chin.6.2.144.7056

Corbinová, J., & Strauss, A. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody Zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.

Corneau, G. (2012). *Chybující otec, chybující syn: Jak absence otce ovlivňuje utváření mužské identity*. Praha: Portál.

- Cumyn, L., French, L., & Hechtman, L. (2009). Comorbidity in Adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(10), 673-683. doi:10.1177/070674370905401004
- Čablová, L., Mioviský, M., Kalina, K., & Šťastná, L. (2015). Význam diferenciální diagnostiky poruch osobnosti u pacientů s ADHD v léčbě závislostí. *Česká a slovenská psychiatrie*, 111(2), 99-107.
- Dawe, S., & Loxton, N. J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 43–351.
- Dawson, A., Jackson, D., & Nyamathi, A. (2012). Children of incarcerated parents: Insights to addressing a growing public health concern in Australia. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2433–2441. doi:10.1016/j.childyouth.2012.09.003
- Diagnostický ústav a středisko výchovné péče Brno, o. p. (2019). *Výroční zpráva o činnosti SVP DOMEK Zlín za školní rok 2018/2019*. Načteno z http://www.svpdomek.cz/files/vyrocní-zpravy/vyrocní_zprava_18-19.pdf
- Dickman, S. (1985). Impulsivity and Perception: Individual Differences in the Processing of the Local and Global Dimensions of Stimuli. *Journal of Personality*, 48(1), 133-149.
- Dolejš, M., & Orel, M. (2017). *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., & Skopal, O. (2016). *Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal (SUDS). Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., & Skopal, O. (2016). *Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS). Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Cakirpaloglu, P., Suchá, J., & Vavrysová, L. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., & Charvát, M. (2018). *Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS). Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Dongre, A. S., Inamdar, I. F., & Gattani, P. L. (2017). Nomophobia: A Study to Evaluate Mobile Phone Dependence and Impact of Cell Phone on Health. *National Journal of Community Medicine*, 8(11), 688-693.
- Drtílková, I. (2001). Dětská a dorostová psychiatrie. V J. Raboch, P. Zvolský, et al., *Psychiatrie* (357-394). Praha: Galén.
- Drtílková, I. (2013). Risperidon v léčbě hyperkinetické poruchy/ADHD u dětí. *Česká a slovenská psychiatrie*, 109(4), 178-181.
- Duševní poruchy a poruchy chování*. (2006). Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Eaton, S. E. (8. srpna 2018). Maslow's Hierarchy of Needs – Is the pyramid a hoax? Získáno 10. října 2020 z <https://drsaraheaton.wordpress.com/2012/08/04/maslows-hierarchy-of-needs/>
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: W. W. Norton.
- Filřová, A. (2008). *Psychologické charakteristiky subtypů hyperkinetické poruchy: Interindividuální rozdíly u chlapců s hyperkinetickou poruchou ve věku 7–13 let*. (Nepublikovaná disertační práce). Brno: Masarykova univerzita.
- Fischer, S., & Škoda, J. (2008). *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton.
- Hatem, C., Lee, C. Y., Zhao, X., Reesor-Oyer, L., Lopez, T., & Hernandez, D. C. (2020). Food insecurity and housing instability during early childhood as predictors of adolescent mental health. *Journal of Family Psychology*, 34(6), 721–730. doi:10.1037/fam0000651
- Hayesová, N. (2003). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Hill, R. M., Castellanos, D., & Pettit, J. W. (2011). Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1133-1144. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.008
- Hollý, M. (11. říjen 2019). Blízká setkání. (T. Kostková, Tazatel). Získáno 20. července 2020 z <https://dvojka.rozhlas.cz/deprese-je-nemoc-radosti-reditel-bohnic-popisuje-tri-priznaky-jak-skutecnou-8089360>
- Hornáková, M. (2007). *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca.

- Hosák, L., & Zvěřina, J. (2015). Poruchy osobnosti a chování u dospělých. V L. Hosák, M. Hrdlička, J. Libiger, et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie* (312-331). Praha: Karolinum.
- Hrdlička, M., & Dudová, I. (2015). Pedopsychiatrické poznámky k některým diagnózám dospělého věku a dalším faktorům. V L. Hosák, M. Hrdlička, J. Libiger, et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie* (393-402). Praha: Karolinum.
- Hrdlička, M., & Dudová, I. (2015). Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci. V L. Hosák, M. Hrdlička, J. Libiger, et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie* (357-392). Praha: Karolinum.
- Hutyrová, M., Růžička, M., & Spěváček, J. (2013). *Úvod do speciální pedagogiky osob s psychosociálním ohrožením a narušením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Inderbitzin, M. L., Bates, K. A., & Gainey, R. R. (2015). *Perspectives on Deviance and Sociál Control*. London: SAGE Publications.
- Janotová, D. (1998). Dětská psychiatrie. V P. Zvolský, et al., *Speciální psychiatrie* (165-179). Praha: Karolinum.
- Jedlička, R. (2015). Jak porozumět pojmům „norma“ a „normalita“? V R. Jedlička, et al., *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: Prevence životních selhání a krizová intervence* (56-70). Praha: Grada.
- Jedlička, R. (2015). Životní obtíže a adaptabilita mladého jedince. V R. Jedlička, et al., *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: Prevence životních selhání a krizová intervence* (144-188). Praha: Grada.
- Jochmannová, L. (2019). *Psychická a vývojová traumata u dětí: shody se syndromem ADHD, rozdíly a diagnostická rozlišení*. (Nepublikovaná dizertační práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kalina, K. (2018). Psychoterapeutická léčba ADHD v kontextu adiktologických programů. V M. Miovský, et al., *Diagnostika a terapie ADHD: Dospělí pacienti a klienti v adiktologii* (62-75). Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

- Kasal, A., Bechyňová, L., Daňková, Š., Melicharová, H., & Winkler, P. (2018). *Situační analýza prevence sebevražd v České republice: Podklady pro Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030*. Praha: Světová zdravotnická organizace.
- Kast, V. (2010). *Hněv a jeho smysl*. Praha: Portál.
- Kast, V. (2012). *Úzkost a její smysl*. Praha: Portál.
- Kocourková, J. (2000). Normální vývoj dítěte a adolescenta. V V. Hort, M. Hrdlička, J. Kocourková, E. Malá, et al., *Dětská a adolescentní psychiatrie (27-41)*. Praha: Portál.
- Kohoutek, R. (1998). *Základy sociální psychologie*. Brno: CERM.
- Koltko-Rivera, M. E. (2006). Rediscovering the Later Version of Maslow's Hierarchy of Needs: Self-Transcendence and Opportunities for Theory, Research, and Unification. *Review of General Psychology, 10*(4), 302-317. doi:10.1037/1089-2680.10.4.302
- Komenský, J. A. (2020). *Informatorium školy mateřské v jazyce 21. století*. Chlumec: Poutníková četba.
- Koukolík, F., & Drtilová, J. (2006). *Vzpouora deprivantů: Nestvůry, nástroje, obrana*. Praha: Galén.
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Krejčířová, D. (1997). Psychická deprivace, týrání a zanedbávání dítěte. V P. Říčan, D. Krejčířová, et al., *Dětská klinická psychologie (287)*. Praha: Grada Publishing.
- Krejčířová, D. (2006). Emoční poruchy a poruchy chování v dětství a v dospívání. V P. Říčan, D. Krejčířová, et al., *Dětská klinická psychologie (225-250)*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2013). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing.
- Kulhánek, A. (2018). Epidemiologie ADHD. V M. Miovský, et al., *Diagnostika a terapie ADHD (12-17)*. Praha: Grada Publishing.
- Kulišek, J., & Dolejš, M. (2019). *Depresivita a impulzivita ako prediktory rizikového správania dospievajúcich v systéme ústavnej starostlivosti a nižšieho sekundárneho vzdelávania*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kvintová, J. (2016). Poruchy chování. V M. Pugnerová, & J. Kvintová, *Přehled poruch psychického vývoje (144-169)*. Praha: Grada Publishing.

- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2013). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Langmeier, J., & Matějček, Z. (1974). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicenum.
- Lewis, M. (1996). *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook 2nd Edition*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Linhartová, P., et al. (2017). České verze sebesuzovacích modelů impulzivity Barratovy škály a Škály UPPS-P a jejich psychometrické charakteristiky. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 113(4), 149-157.
- Lobovits, D. A., & Handal, P. J. (1985). Childhood depression: Prevalence using DSM-III criteria and validity of parent and child depression scales. *Journal of Pediatric Psychology*, 10(1), 45-54. doi:10.1093/jpepsy/10.1.45
- Luoni, C., Balottin, U., Zaccagnino, M., Brembilla, L., Livetti, G., Termine, C. (2013). Reading difficulties and attention-deficit/hyperactivity behaviours: evidence of an early association in a nonclinical sample. *Journal of Research in Reading*, 38(1), 73-90. doi:10.1111/j.1467-9817.2013.01555.x
- Machek, V. (2010). *Etymologický slovník jazyka českého*. Praha: NLN.
- Malá, E. (2000). Poruchy chování a emocí. V V. Hort, M. Hrdlička, J. Kocourková, E. Malá, et al., *Dětská a adolescentní psychiatrie* (307-350). Praha: Portál.
- Malá, E. (2000). Týrané, zanedbávané a sexuálně zneužívané dítě. V V. Hort, M. Hrdlička, J. Kocourková, E. Malá, et al., *Dětská a adolescentní psychiatrie* (383-400). Praha: Portál.
- Malá, E. (2011). Úzkostné poruchy v dětství. *Česká a slovenská psychiatrie*, 107(2), 99-105.
- Maršálová, L., Mikšík, O., (Eds.). (1990). *Metodológia a metódy psychologického výskumu*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. doi:10.1037/h0054346
- Matoušek, O., & Kroftová, A. (2003). *Mládež a delikvence*. Praha: Portál.
- Medved'ová, L. (2007). Vztahy úzkostlivosti, hnevливosti s proměnnými rodinného prostředí v období puberty. V P. Humpolíček, M. Svoboda, M. Blatný, (Eds.), *Sociální procesy a osobnost* (284-287). Brno: MSD.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - 10. revize. (2017). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (nedatováno). Získáno 10. října 2020 z <https://www.msmt.cz/file/34169/>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2007). *Věstník Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy*, 9, 2-19.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2020). *Střediska výchovné péče*. Získáno 25. srpna 2020 z Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/strediska-vychovne-pece>

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Možný, I. (2002). *Sociologie rodiny*. Praha: SLON.

Murray, J., Farrington, D. P., & Sekol, I. (2012). Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(2), 175-210. doi:10.1037/a0026407

Nakonečný, M. (2015). *Obecná psychologie*. Praha: Triton.

National Institute of Mental Health. (17. únor 2017). Získáno 20. 7 2020 z <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-institute-mental-health-nimh>

Nelson, A. C., Zeanah, H. C., & Fox, A. N. (2019). How Early Experience Shapes Human Development: The Case of Psychosocial Deprivation. *Neural Plasticity*, 2019, 1-12. doi:10.1155/2019/1676285

O'Gara, J. L., Zhang, A., Padilla, Y., Liu, C., & Wang, K. (2019). Father-youth closeness and adolescent self-rated health: The mediating role of mental health. *Children and Youth Services Review*, 104386. doi:10.1016/j.childyouth.2019.104386

Obereignerů, R., et al. (2015). *Dotazník sebepojetí dětí adolescentů PHCSCS-2*. Praha: Hogrefe TestCentrum.

Orel, M., & Facová, V. (2016). Dětská a dorostová psychiatrie. V M. Orel, et al., *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše* (234-247). Praha: Grada Publishing.

- Paclt, I. (2001). Specifické aspekty depresivních poruch v dětském a adolescentním věku. *Psychiatrie pro praxi*, 212-215. Získáno 25. 7 2020 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/05/05.pdf>
- Pelkonen, M., Karlsson, L., & Marttunen, M. (2011). Adolescent Suicide: Epidemiology, Psychological Theories, Risk Factors, and Prevention. *Current Pediatric*, 7(1), 52-67. doi:10.2174/157339611795429080
- Peutelschmiedová, A., et al. (2006). *Reflexe speciální pedagogiky v kontextu opatření Evropské unie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Polínek, M. D. (2014). Etopedie: Speciální pedagogika osob s psychosociálním ohrožením a postižením. V M. Valenta, *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru* (131-149). Praha: Portál.
- Praško, J., & Možný, P. (2010). Kognitivně behaviorální terapie. V Z. Vybíral, & J. Roubal, *Současná psychoterapie* (195-234). Praha: Portál.
- Praško, J., et al. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- Praško, J., Vyskočilová, J., & Prašková, J. (2006). *Úzkost a obavy: Jak je překonat*. Praha: Portál.
- Procházková, M. (2004). Ústavní a preventivně výchovná péče o děti a mládež s poruchami chování. V M. Vítková, *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální* (380-388). Brno: Paido.
- Příhodová, I. (2011). Porucha pozornosti s hyperaktivitou (attention deficit/hyperactivity disorder – ADHD). *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 107(4), 408-418.
- Příkaz ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k činnosti středisek výchovné péče č. 21/2007.
- Pugnerová, M. (2016). Psychická deprivace. V M. Pugnerová, & J. Kvitová, *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada Publishing.
- Raboch, J. (2001). Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. V J. Raboch, P. Zvolský, et al., *Psychiatrie* (274-305). Praha: Galén.
- Rahn, E., & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie: učebnice pro studium i praxi*. Praha: Grada Publishing.

- Reynolds, S., & Lane, S. J. (2009). Sensory Overresponsivity and Anxiety in Children With ADHD. *The American Journal of Occupational Therapy* (63), 433-440. doi:10.5014/ajot.63.4.433
- Říčan, P. (2006). Obecné principy psychického vývoje jako základ pro poznání psychických poruch u dětí. V P. Říčan, D. Krejčířová, et al., *Dětská klinická psychologie* (45-51). Praha: Grada publishing.
- Sciberras, E., Lycett, K., Efron, D., Mensah, F., Gerner, B., & Hiscock, H. (2014). Anxiety in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 133(5), 801-808. doi:10.1542/peds.2013-3686
- Schulterbrandt, J. G., & Raskin, A. (1977). *Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment, and Conceptual Models*. New York: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health.
- Skopal, O. (2016). *Osobnostní dispozice k rizikovému chování a možnosti jejich zjišťování u dospívajících*. (Nepublikovaná dizertační práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Skopal, O., Dolejš, M., & Suchá, J. (2014). *Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Slowík, J. (2016). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing.
- Smékal, V. (2007). *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal.
- Southam-Gerow, M. A., & Chorpita, B. F. (2007). Anxiety in children and adolescents. V E. J. Mash, & R. A. Barkley, (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (347-397). The Guilford Press.
- Sovák, M., & Edelsberger, L. (2000). *Defektologický slovník*. Jinočany: H&H, 2000.
- Stárková, L. (2016). ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe. *Pediatric pro praxi*, 17(1), 16-21.
- Stránská, V. (2019). *Charakteristiky klientů opakovaně využívajících pobytových služeb střediska výchovné péče*. (Nepublikovaná bakalářská diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Szymanská, T. (2015). Úzkostné poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. V L. Hosák, M. Hrdlička, J. Libiger, et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie* (241-277). Praha: Karolinum.
- Švestka, J. (2001). Farmakoterapie. V J. Raboch, P. Zvolský, et al., *Psychiatrie* (397-460). Praha: Galén.
- Theiner, P. (2007). Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatrie pro praxi* (2), 85-87.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Tůma, I. (2015). Afektivní poruchy - poruchy nálady. V L. Hosák, M. Hrdlička, J. Libiger, et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie* (212-236). Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Varvařovský, P. (2013). *Zpráva ze systematických návštěv: Střediska výchovné péče*. Získáno 10. října z https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2013/NZ-27_2012-strediska-vychovne-pece.pdf
- Vavrysová, L. (2018). *Rizikové aktivity, depresivita a vybrané osobnostní rysy u českých adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vocilka, M. (1997). *Integrace sociálně a zdravotně handicapovaných a ohrožených dětí do společnosti*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání.
- Vojtová, V. (2006). Kapitoly ze základů etopedie. V J. Pipeková, *Kapitoly ze speciální pedagogiky* (353-362). Brno: Paido.
- Vyhláška č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče.
- Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
- Vymětal, J. (2004). *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál.
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 216-229. doi:10.1016/j.cpr.2009.01.003

Wiener, J. M. (1997). *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Wilens, T. E., & Biederman, J. (2005). Alcohol, drugs, and attention-deficit/hyperactivity disorder: a model for the study of addictions in youth. *Journal of Psychopharmacology*, 20(4), 580-588. doi:10.1177/0269881105058776

Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead: Open University Press.

Yoshimasu, K., Barbaresi, W., J., Colligan, R., C., Voigt, R., G., Killian, J., M., Weaver, A., L., Katusic, S., K. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1036-1043. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02567.x

Young, S., Greer, B., & Church, R. (2017). Juvenile delinquency, welfare, justice and therapeutic interventions: a global perspective. *BJPsych Bulletin*, 41(1), 21-29. doi:10.1192/pb.bp.115.052274

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních.

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

Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchově a vzdělávání (školský zákon) a o změně a doplnění některých zákonů v znění neskorších předpisů.

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

Záměr koncepce řízení a rozvoje školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a preventivně výchovné péče zřizovaných MŠMT na období 2014 –2020.

(nedatováno). Získáno 15. srpna 2020 z https://is.muni.cz/el/1441/jaro2016/SPSMP_S4h1/Zamer_koncepce_rizeni_a_rozvoje_skolskych_zarizeni_pro_vykon_ustavni_nebo_ochrannu_vychovy_a_preventivne_vychovne_pece_zrizovanych_MSMT_web__1_.pdf

Zatloukal, T., et al. (2019). *Výroční zpráva České školní inspekce: Kvalita a efektivita vzdělávání a vzdělávací soustavy ve školním roce 2018/2019*. Praha: Česká školní inspekce.

Zuckerbrot, R. A., & Jensen, P. S. (červenec 2006). Improving recognition of adolescent depression in primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160(7), 694-704. doi:10.1001/archpedi.160.7.694

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Příznaky deprese dle věku	45
Tab. 2: Respondenti z realizovaných interview	66
Tab. 3: Vybraní respondenti a jejich výsledky	73
Tab. 4: Srovnání průměru úzkostnosti respondentů s normou.....	74
Tab. 5: Srovnání průměru depresivity respondentů s normou	74
Tab. 6: Srovnání průměru impulzivity respondentů s normou	74
Tab. 7: Srovnání průměru sebepojetí respondentů s normou.....	75

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Výsledky respondentů v jednotlivých metodách.....	76
---	----

SEZNAM ZKRATEK

BEH – Přizpůsobivost

COVID-19 – onemocnění vyvolané virem SARS-CoV-2

DOK – dokumentace

DOT – dotazník

FRE – Nepodléhání úzkosti

HAP – Štěstí a spokojenost

HS – hrubý skór

INT – interview

MD – mateřská dovolená

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

OSPOD – odbor (oddělení) sociálně právní ochrany dětí

PHSCS-2 – Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů

PHY – Fyzický zjev a vlastnosti

PN – psychiatrická nemocnice

POZ – pozorování

PPP – pedagogicko-psychologická poradna

SD – směrodatná odchylka

SDDSS – Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá

SIDS – Škála impulzivity Dolejš a Skopal

SPU – specifické poruchy učení

SŠ – střední škola

SUDS – Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal

SVP – Středisko výchovné péče

TOT – Celkový skór

VŠ – vysoká škola

ZŠ – základní škola

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Abstrakt (česky/english)

Příloha 2: Souhlas klienta

Příloha 3: Souhlas zákonných zástupců

Příloha 4: Struktura interview

Příloha 5: Ukázka záznamového archu z pozorování

Příloha 6: Kódování v Atlas.ti 9

Příloha 7: Diagram z Atlas.ti 9: projevy deprese

PŘÍLOHY

Příloha 1: Abstrakt v českém a anglickém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Specifika klientů pobytových služeb střediska výchovné péče

Autor práce: Mgr. Věra Stránská

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Počet stran a znaků: 161, 349 045

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 147

Abstrakt:

Práce se věnuje specifickým charakteristikám klientů střediska výchovné péče. Teoretická část je zaměřena na představení instituce a její klientely a reflektuje i systém obdobné péče v zahraničí. Jsou zde rozlišeny obecné charakteristiky a specifické charakteristiky klientů, jako úzkostnost, depresivita, impulzivita a sebepojetí.

Výzkumná část představuje smíšený výzkum, pojatý jako vícepřípadová studie s využitím analýzy dokumentů a dotazníkových šetření. Respondentům byly předloženy dotazníkové metody: Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal (SUDS), Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS), Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS) a Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2). Data opatřena od 26 respondentů, 7 absolvovalo interview s pozorováním a proběhla analýza jejich dokumentace.

Výsledek výzkumu: klienti pobytových služeb střediska nejsou jako celek úzkostnější, depresivnější ani impulzivnější ve srovnání s normou, můžeme avšak sledovat určitý trend směrem k vyšší míře depresivity. Celkového sebepojetí (TOT) měli klienti ve srovnání s normou nižší.

Ve skladbě specifických charakteristik se třikrát objevila triáda depresivita, úzkostnost a impulzivita v různých kombinacích s nízkým sebepojetím. Bylo zjištěno prolínání specifických charakteristik klientů do jejich života a trend kamuflování depresivity.

Pro testování ve středisku je účelné využívání metody SDDSS.

Klíčová slova: středisko výchovné péče, úzkostnost, depresivita, impulzivita, sebepojetí

ABSTRACT OF THESIS

Title: Specifics of clients who stay at the educational care centre

Author: Mgr. Věra Stránská

Supervisor: Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Number of pages and characters: 161, 349 045

Number of appendices: 7

Number of references: 147

Abstract:

The thesis is aimed at specific characteristics of clients of the educational care centre. The theoretical part is aimed at introducing the institution and its clients. A similar educational care system abroad is also described here. General and specific characteristics of these clients, such as anxiousness, depressivity, impulsivity and self-concept are distinguished here.

The practical part is a mixed research, carried out as a multi-case study with the use of analysis of documents and survey interviews. The respondents submitted these surveys: the Scale of Anxiousness Dolejš & Skopal (SADS or SUDS), the Scale of Depressivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS), the Scale of Impulsivity Dolejš & Skopal (SIDS), and the Piers-Harris 2 Children's Self-Concept Scale (PHCSCS-2). The data was collected from 26 respondents. 7 of them were invited to an observation interview and their documentation was analysed.

The result of the research: clients of the educational care centre as a whole are not more anxious, depressive or impulsive compared to the standard, we can however observe a certain trend towards a higher degree of depressivity. The clients had less overall self-concept (TOT) compared to the standard.

When it comes to the composition of specific characteristics, the triad of depressivity, anxiousness and impulsivity appeared three times in different combinations with low self-concept. It was discovered that the clients' specific characteristics have an impact on their lives. A trend of hiding or camouflaging depressivity was observed as well.

The SDDSS (Scale of Depressivity Dolejš, Skopal, Suchá) is purposeful for testing in the centre.

Key words: educational care centre, anxiousness, depressivity, impulsivity, self-concept

SOUHLAS KLIENTA

Já,, souhlasím se svou účastí ve výzkumu Mgr. Věry Stránské k její magisterské diplomové práci zaměřenou na zjišťování specifických charakteristik klientů pobytových služeb SVP Domek Zlín, která je vedena na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Cílem studie je zjistit míru úzkostnosti, depresivity, impulzivitu a vlastní sebezpečení klientů pobytových služeb SVP Domek Zlín. Proto souhlasím s tím, že Mgr. Věra Stránská:

- 1) mi předloží k vyplnění škálu úzkostnosti, škálu impulzivitu, škálu depresivity a dotazník sebezpečení, jejich výsledky v rámci magisterské diplomové práce anonymně zpracuje;
- 2) bude nahlížet do mé dokumentace vedené v SVP Domek Zlín za účelem pořízení výpisků z anamnézy, zpráv z vyšetření, výsledků osobnostních testů a příp. dalších materiálů, které SVP Domek v dokumentaci eviduje;
- 3) v případě potřeby mě či mého zákonného zástupce bude v průběhu roku 2020 kontaktovat prostřednictvím e-mailu nebo telefonu za účelem provedení osobního výzkumného rozhovoru, jehož výsledky v rámci magisterské diplomové práce anonymně zpracuje.

Veškeré údaje budou zpracovány anonymně a bude s nimi nakládáno v souladu se zákonnými normami. Originály dokumentů nebudou vynášeny z prostor SVP a veškeré údaje budou v rámci práce prezentovány tak, aby nebyly vyzrazeny citlivé údaje (především jméno, datum narození atp.). Účast ve výzkumu je dobrovolná a tento souhlas je možné kdykoliv odvolat.

V případě jakýchkoliv dotazů je možné obrátit se na autorku výzkumu na e-mailu: vera.a.stranska@gmail.com

V dne

Podpis klienta

SOUHLAS ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ

Já,....., souhlasím s tím, aby se můj syn/má dcerazúčastnil/a výzkumného šetření zaměřené na zjišťování specifických charakteristik klientů pobytových služeb SVP Domek Zlín. Práce je vedena na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Autorem výzkumu je Mgr. Věra Stránská.

Cílem studie je zjistit míru úzkostnosti, depresivity a impulzivity a zároveň zjistit, jaké je vlastní sebepojetí klientů pobytových služeb SVP Domek Zlín. V rámci výzkumu Vás tedy žádám o souhlas s následujícím:

- 1) umožnění nahlédnutí do dokumentace Vašeho syna/ Vaší dcery, vedené v SVP Domek Zlín, za účelem pořízení výpisků z anamnézy, zpráv z vyšetření, výsledků osobnostních testů a příp. dalších materiálů, které SVP Domek v dokumentaci eviduje;
- 2) umožnění předložení Vašemu synu/ Vaší dceři k vyplnění škálu úzkostnosti, škálu impulzivity, škálu depresivity a dotazník sebepojetí;
- 3) umožnění Vašeho případného kontaktování v roce 2020 prostřednictvím e-mailu či telefonu za účelem výzkumného rozhovoru s Vaším synem/ Vaší dcerou , zaměřeného na povahu jeho/jejich obtíží a na výsledky dotazníkového šetření;
- 4) zpracování zjištěných údajů v anonymizované formě pro potřeby magisterské diplomové práce a SVP Domek Zlín.

Veškeré údaje budou zpracovány anonymně a bude s nimi nakládáno v souladu se zákonnými normami. Originály dokumentů nebudou vynášeny z prostor SVP a veškeré údaje budou v rámci práce prezentovány tak, aby nebyly vyzrazeny citlivé údaje o klientech (především jméno, datum narození atp.). Vaše účast ve výzkumu je dobrovolná a tento souhlas můžete kdykoliv odvolat.

V případě jakýchkoliv dotazů se na mne můžete obrátit na e-mailu: vera.a.stranska@gmail.com
Budu také ráda, pokud mi na sebe zanecháte e-mail či telefon:
.....

V dne

.....

Podpis zákonného zástupce

Příloha 4: Struktura interview

INTERVIEW Č. 6

respondent: **ukdu07**

věk: 12

pohlaví: 0

škola: ZŠ

Než začneme rozhovor, tak tě jen poprosím o souhlas s tím, že spolu teď uděláme rozhovor a tento rozhovor si nahrají. Jak už jsi četl v tom papíře, co jsi mi podepisoval (informovaný souhlas), všechno, co mi řekneš, tak bude anonymní, nikde nebudu psát tvé jméno a bude to pouze pro účely mé diplomové práce, kterou píšu. Souhlasíš tedy s nahráváním rozhovoru?

V dotazníku, který se ptal na strach, na nervozitu a na pocity viny jsi měl hodně bodů.

1. Cítíš se tedy tak?
2. Bylo to tak vždy nebo je to od nějakého okamžiku?
3. Je to napětí stále stejné nebo se to mění?
4. Můžeš mi popsat, co se s tebou děje, když jsi nervózní?
5. Co ti dělá v životě starosti?
6. Je něco, čeho se bojíš?
7. Kdy je ti naopak dobře?
8. Co ti pomáhá, aby ses cítil líp?

Dobře, tak pojďme na další otázky.

1. Pověz mi, jak teď vycházíš s rodiči?
2. Jak ti to jde ve škole?
3. Můžeš mi povědět něco o svých kamarádech?
4. Jak trávíš volný čas?
5. Jak to, že jsi teď na Domku?
6. Když bys měl říct, co máš rád, co by to bylo?

Dále jsi dosáhl zajímavých hodnot v dotazníku na sebepojetí. Tedy v tom, jak vidíš sám sebe, co si o sobě myslíš. Budu se tě teď ptát na otázky k tomu.

INT (intelektové a školní postavení)

1. Jak ti jde učení?
2. Co se ti ve škole daří nejvíc?
3. V čem myslíš, že by to mohlo být lepší?

PHY (fyzický vzhled)

1. Jak jsi spokojen s tím, jak vypadáš?
2. Je něco, co bys chtěl změnit?
3. A co se ti na tobě líbí?

FRE (nepodléhá úzkosti)

1. Jsou nějaké situace, ve kterých jsi nervózní?
2. Když bys měl říct, čeho se bojíš, co by to bylo?
3. Proč se toho bojíš?

HAP (štěstí a spokojenost)

1. Kdybys na sobě mohl něco změnit, co by to bylo?
2. Když bys měl říct, zda jsi šťastný nebo spíš nešťastný, co bys o sobě řekl?
3. Jak to, že to tak je?

Tak jsme se dostali k závěru.

1. Je něco, na co jsem se zapomněla zeptat nebo chceš sám něco dodat?

Příloha 5: Ukázka záznamového archu z pozorování

Respondent:	Marek
mimika	pohyby na tváři
výraz tváře	stálý úsměv téměř po celou dobu rozhovoru, i ve chvílích, kdy to nebylo přiléhavé
pohyb očí a víček	pohyb očí bez nápadností
gestikulace	gestikulace nebyla výrazná
pohyb těla	seděl na židli, občas poposedl, žádné nápadnosti
rychlost řeči	hlídal si plynulost řeši
délka projevu	délka projevu bez nápadností
nedokončování	vyjádření dokončoval
přeskakování	hovořil přiléhavě k otázkám
bohatost slovníku	velmi bohatý slovník, spisovná čeština, působil sečtěle, budil dojem dospělého
další poznámky	Projev působil uhlazeně až nepřirozeně, viditelná byla snaha zakrýt tak nervozitu.

Příloha 6: Kódování v Atlas.ti 9

57	já: No, a když jsi byl smutný, jak na to toje okolí reagovalo?	
58	on: Nijak, já jsem se dokázal perfektně přetvařovat. Ale teď se to dá poznat, jakože teď když mě něco hodně naštvne, tak to jde vidět. Já se nějak cítím a oni to vidí. Nechápu, jak je to možný.	<ul style="list-style-type: none"> autentičnost sebepečetí strach
59	já: A jak se ti to dařilo maskovat. Když jsi byl tak smutný, toho si nikdo nevíšiml v té době?	<ul style="list-style-type: none"> reakce okolí pomoc-protektivní faktor
60	on: Tak já jsem většinou šel a šel jsem si koupit něco, a to mě uklidnilo. Já jsem taky v té době postavově nevyppadal moc dobře. Že jsem jedl.	<ul style="list-style-type: none"> vnímání sebe vzhled neúspěch projev úzkosti vzhled a zdraví
61	já: Takže když sis něco koupil, tak ten smutek na chvíličku opadl?	<ul style="list-style-type: none"> příjem potrawy snížení úzkosti neúspěch redukcce úzkosti
62	on: Jo, tak já jsem jedl taky dá se říct z toho stresu.	
63	já: A co sis tak nejčastěji kupoval?	
64	on: No, tak ty snikrsky, no. A coca cola.	<ul style="list-style-type: none"> pochutiny

Příloha 7: Diagram z Atlas.ti 9: projevy deprese

