

Univerzita Jana Amose Komenského Praha

Magisterské/kombinované studium

2011 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Petr Chlumák

Výchovně-léčebné přístupy u klientů výchovných ústavů

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Comenius University Prague

Master/Combined(Part-time) Studies

2011 - 2012

Diploma Thesis

Bc. Petr Chlumák

Prague 2010

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Hostinném dne 20.1.2012

.....

Anotace

Práce se zabývá problematikou ústavní výchovy a léčebně-výchovnými přístupy u klientů s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou výchovou ochrannou v České republice. V teoretické části nás seznamuje s problematikou výchovných ústavů, historií péče o děti a mladistvé s poruchami chování v České republice i v zahraničí. Dále zmiňuje současný stav v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy, s důrazem na výchovné ústavy. Na závěr teoretické části seznamuje s klientelou výchovných ústavů, vyžadující výchovně léčebný režim, kteří mají psychickou, či psychiatrickou diagnózu. Zároveň uvádí jako příklad specializovaného pracoviště s výchovně léčebným režimem Výchovný ústav – „Husův domov“ ve Dvoře Králové nad Labem.

V diplomové práci je použito kvalitativní šetření, s využitím metody individuálních případů. Použitím techniky analýzy dat, nestrukturovaným pozorováním a rozhovory, jsou v praktické části zpracovány případové studie klientů Výchovného ústavu v Hostinném.

Dosavadní výsledky a možnosti léčebně-výchovných přístupů při vzdělávání klientů s psychickým a psychiatrickým onemocněním ve Výchovném ústavu v Hostinném a objektivní posouzení efektivity způsobů edukace daných jedinců, především z hlediska jejich rozvoje a dalšího uplatnění ve společnosti po ukončení ústavní výchovy, jsou primárními cíly této diplomové práce.

Klíčové pojmy

Ústavní výchova, ochranná výchova, výchovný ústav, léčebně-výchovný přístup, psychické a psychiatrické onemocnění

Annotation

The dissertation deals with the issues of institutional care and therapeutic-educational approaches for clients with ordered institutional upbringing or with imposed protection of upbringing in Czech Republic.

The theoretical part introduce us into issues of juvenile detention centers and into the history of care for children with the behavior disorders in both Czech Republic and abroad. The theoretical part introduce us into issues of juvenile detention centers, correctional-educational institutes and into the history of care for children with the behavior disorders in both Czech Republic and abroad. Also mentions current state in institutions mentioned above. Conclusion of theoretical part introduces with clients in the institutions, who need therapeutic-educational mode, who have psychiatric or psychic diagnosis. As an example of specialized workplace with educational and therapeutic regime is given Correctional-educational institute – „Husův domov“ in Dvůr Králové nad Labem. In the practical part is processed qualitative research, which is based on case studies of clients from Correctional-educational institute Hostiné. Data analysis, unstructured interviews, involved observation and uninvolved observation were used as the methods of research.

The aim of the dissertation is to evaluate results and opportunities of contemporary therapeutic-educational approaches for clients with psychic or psychiatric diseases in Correctional - educational institute Hostiné. And it tries to objectively assess if those approaches effectively helps to the clients with their personal development and with their reintegration into society.

Key concepts:

institutional care, protective care, educational institutions, therapeutic-educational approach, psychic or psychiatric diseases

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Děti a mladiství s psychickým a psychiatrickým onemocněním	12
1.1 Děti, nezletilí, mladiství, klienti	12
1.2 Psychické a psychiatrické onemocnění	13
2. Poruchy chování	15
2.1 Poruchy chování z hlediska etopedie	17
2.1.1 Klasifikace poruch chování v etopedii	19
2.1.1.1 Poruchy chování z hlediska společenské nebezpečnosti	19
2.1.1.2 Poruchy chování z hlediska věku	20
2.1.1.3 Poruchy chování z hlediska převládající složky osobnosti	22
2.1.1.4 Poruchy chování spojené s poruchou aktivity a pozornosti, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)	24
2.2 Etiologie poruch chování	25
2.3 Diagnostika	26

3. Ústavní a ochranná výchova	28
3.1 Historie ústavní a ochranné výchovy	28
3.1.1 Péče o výchovně nepřizpůsobivé v zahraničí	28
3.1.2 Péče o obtížně vychovatelné v Čechách a na Moravě	30
3.2 Ústavní výchova	31
3.3 Ochranná výchova	32
3.4 Předběžné opatření	34
3.5 Legislativa	34
4. Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy	37
4.1 Diagnostický ústav	38
4.1.1 Dětský diagnostický ústav	39
4.1.2 Diagnostický ústav pro mládež	39
4.2 Dětský domov	40
4.3 Dětský domov se školou	40
4.4 Výchovný ústav	40
5. Péče o děti s psychickým a psychiatrickým onemocněním ve výchovném ústavu	42
5.1 Psychiatrická péče	42
5.2 Psychiatrická zařízení	43
5.3 Výchovný ústav s výchovně léčebným režimem	43
5.3.1 Výchovný ústav Husův domov – specializované zařízení s léčebně výchovným režimem	44

PRAKTICKÁ ČÁST

6. Cíle, úlohy šetření a metody práce	49
7. Vymezení okruhu osob a místa šetření	50
8. Případové studie klientů VÚ	54
8.1 Milan	54
8.2 Štefan	57
8.3 Josef	60
9. Vyhodnocení	64
ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	68
SEZNAM GRAFŮ	71
SEZNAM PŘÍLOH	71

Úvod

Téma diplomové práce reaguje na situaci v této oblasti speciálního školství, týkající se klientely VÚ, která vyžaduje výchovně-léčebnou péči.

Dosavadní výsledky a možnosti léčebně-výchovných přístupů při vzdělávání klientů s psychickým a psychiatrickým onemocněním ve Výchovném ústavu v Hostinném a objektivní posouzení efektivity způsobů edukace daných jedinců, především z hlediska jejich rozvoje a dalšího uplatnění ve společnosti po ukončení ústavní výchovy, jsou primárními cíly této diplomové práce.

Teoretická část definuje základní pojmy týkající se tématu diplomové práce, se zvláštním důrazem na problematiku poruch emocí a chování, nejčastější příčinou umístění klienta do výchovného ústavu. Dále je brán zřetel na legislativní vymezení ústavní výchovy. Na závěr teoretické části jsou vymezeny možnosti výchovy jedinců s psychickým a psychiatrickým onemocněním, přičemž je zvláště, vzhledem k jeho exkluzivitě, zmíněno výchovně léčebné oddělení „Husova domova“ ve Dvoře Králové.

V praktické části jsou uvedeny případové studie. Tato diplomová práce je kvalitativním výzkumem s použitím metody individuálních případů. Jsou použity techniky analýza dat, nestrukturované pozorování a rozhovory.

Objektem zkoumání jsou klienti v rámci ústavní výchovy umístění ve Výchovném ústavu v Hostinném.

V současné době lze pozorovat nárůst klientů s nařízenou ústavní nebo uloženou ochrannou výchovou, které jsou postiženi psychickým nebo psychiatrickým onemocněním. Zařízení s výchovně-léčebným režimem je obecně pouze několik. Výchovný ústav s oddělením výchovně-léčebným pro chlapce je pouze jeden – „Husův domov“ ve Dvoře Králové. Je zcela zřejmé, že kapacita jednoho zařízení je dnes nedostatečná, a klienti takto postižení se dostávají i do běžných výchovných ústavů. Problematika je natolik závažná, že z iniciativy Diagnostického ústavu pro mládež, Lublaňská, Praha, došlo k setkání zástupců diagnostických a výchovných ústavů, dětského oddělení

Psychiatrické léčebny Bohnice, v rámci Workshopu pro pracovníky diagnostických a výchovných ústavů pro mládež konaném v PL Bohnice, 7. 10. 2011 (viz. Příloha A).

Zde bylo mimo jiné konstatováno, že spolupráce ústavních zařízení s odborníky z řad psychiatrů není komplexní. Problémem je obecně nízký počet pedopsychiatrů, dále nedostatek financí na jejich odměňování, nízké úvazky. Každé zařízení řeší tuto situaci vlastním způsobem. Někomu se daří navázat spolupráci, někomu ne. Často jsou využívány známosti.

V současné době je v jednání i návrh, který vychází z evropského trendu. Evropa usiluje v otázce hospitalizace na psychiatrii o „poslední slovo“ dítěte (u nás má zatím stále poslední slovo rodič). Návrh je u nás podporován ze strany ombudsmána. Podle tohoto návrhu by byl k hospitalizaci u dětí starších patnácti let vyžadován nejen souhlas zákonných zástupců, ale i dítěte samotného. Vyjma případů, kdy je prokazatelně ohroženo zdraví a život dítěte nebo jeho okolí.

Nemotivované dospívající děti a mladiství s poruchami chování mívají spoustu špatných návyků, nemají ve svém okolí vhodné vzory. Hospitalizace u nich může být mj. formou úniku z frustrující situace. Terapeutická spolupráce často nefunguje, intervence v těchto případech má své limity (umístění do ústavu, medikace).

Prevencí by měla být kvalitnější spolupráce učitelů MŠ a ZŠ v otázkách observace a zachycování potenciálně rizikových dětí a přímá spolupráce se zařízeními, která by v těchto případech zajišťovala komplexní preventivně-výchovnou činnost. Stejně tak i propojení a udržování pružné meziresortní komunikace.

Stávající situace ohledně dětí a mladistvých s psychickým nebo psychiatrickým onemocněním (často spojeným s projevy agrese) je taková, že systém na tyto „nefunguje“. Jde především o problém na meziresortní úrovni, jehož jádrem je fakt, že takovéto jedince, nikdo nechce, tj. jsou obtížně umístitelní. Nejen v dětském věku, ale i po dosažení zletilosti.

Právně spadají do péče školských zařízení. Ta však často nemají personálně-odbornou kapacitu, ani možnosti nabídnout takovému dítěti péči, kterou vyžaduje (z hlediska režimu provozu, vzdělávání, personálního zajištění, apod.). Psychiatrická oddělení nejsou pro pobyt těchto pacientů vybavená (mohou vyšetřit a medikovat, což je dočasná záležitost). Institut ochranné výchovy a oddělení pro extrémní poruchy chování (EPCHO) existují, ovšem jsou využívány minimálně (otázka rozhodování ze strany soudů) a jejich kapacita je velmi omezená. Ústavy sociální péče se umístování těchto dětí rovněž brání. Umístování do pěstounské péče se z pohledu odborníků jeví jako zcela neperspektivní (tolerance k projevům takového dítěte je v rodině ještě nižší, než v instituci). Chybí zařízení k umístování dětí po dosažení zletilosti, obzvláště takových, kde je kombinace zdravotního postižení (mentální, tělesné, apod.) a agresivity. Tito lidé se v dospělosti ocitají v azylových domech. Zázemí tohoto typu je pro ně nevyhovující, často rizikové. Evidentní je potřeba *specializovaného ÚSP* pro klienty s agresivními projevy (v dětském i dospělém věku). Názor veřejnosti je však takový, že o tyto lidi by se po zletilosti pečovat již nemělo.

Na závěr zmíněného workshopu bylo konstatováno, že je nezbytné setkávat se, vytyčit cíle, vyvinout tlak na spolupráci mezi MZ, MPSV, ústavy a léčebnami. Pokud zůstane izolován každý ve „svém“, situace se nezmění. Proto je v plánu je další společné setkání na půdě DÚM Lublaňská.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1. Děti a mladiství s psychickým a psychiatrickým onemocněním

1.1 Děti, nezletilí, mladiství, klienti

Obecně je pojem dítě používáno v souvislosti s lidským jedincem v rozmezí věku 0-15let. Právně hovoříme o nezletilci (Hartl, 2000). Etopedie, kriminologie a z hlediska statistického sledování kriminality jde o věkové rozmezí 6-15 let (Procházková, 2004).

Úmluva o právech dítěte používá termín „dítě“ ve smyslu lidské bytosti mladší 18 let (Helus, 2004). Tím se rozumí do doby právně dané nezávislosti.

Dítětem je možné označit jedince, který není legislativně svéprávný a je pod zákonem definovanou péčí jiné osoby (rodičů). Hraniční pro tento termín je věk zhruba 15 let, kdy končí tělesná proměna, je dosaženo sexuální zralosti, včetně celého komplexu psychologických, sociálních, biologických a mnoha dalších souvislostí (Helus, 2004).

Etopedie, právní praxe i kriminologie chápe osoby mladší 15 let jako nezletilé, nemající trestní odpovědnost. Z obecného hlediska jsou to jedinci mladší 18-ti let (před dosažením zletilosti).

Mladistvým se rozumí osoba ve věku 15 – 18 let, již trestně (Procházková, 2004).

Zákoně č.109/2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních uvádí: *nezletilá osoba „zpravidla ve věku od 3 do 18 let, případně zletilá osoba do 19 let (dále jen „dítě“)*. V některých případech je ovšem pojem „dítě“

natolik zavádějící, že je v této práci nahrazeno pojmem „klient“, který se velmi často užívá ve vztahu k jedincům umístěných ve výchovných ústavech.

1.2 Psychické a psychiatrické onemocnění

Děti a mladistvými s psychickým a psychiatrickým onemocněním, kteří jsou umístovány do zařízení, jejichž činnost, případně činnost jejich oddělení je specializovaná na výchovně léčebnou péči (vyhláška č.438/2006 §9), se v této práci rozumí jedinci do 18-ti (resp. 19-ti) let, kteří v důsledku neurologického a psychického poškození, spojeného s disharmonickým vývojem osobnosti, trpí emočními a vývojovými poruchami chování, výraznými poruchami chování s antisociálním, sexuálně-deviantním, či jinak nebezpečným chováním.

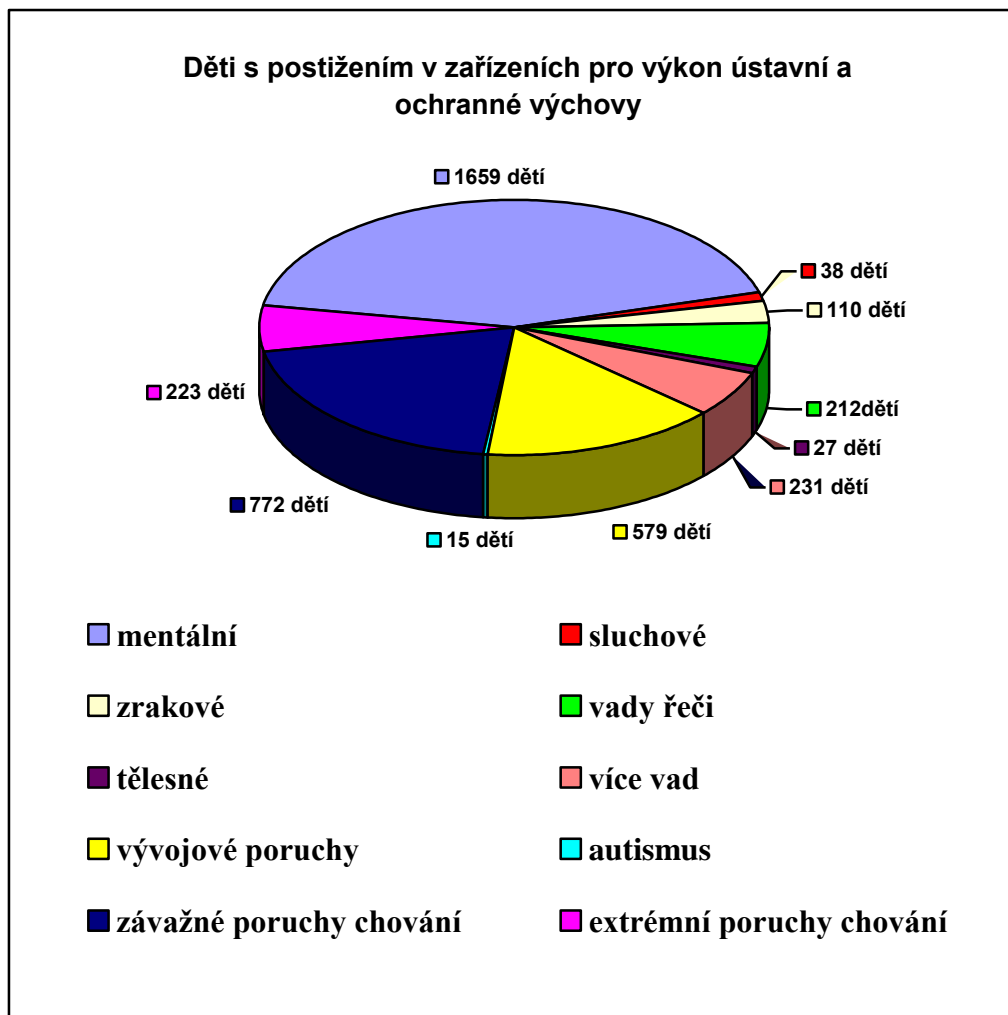
Duševní porucha dle WHO: „*klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech. Šířeji změna některých psychických procesů, projevující se v myšlení, pocitech i chování člověka, znesnadňující jeho adaptaci, interakci se sociálním okolím*“ (Hartl, 2000, s. 424). Příčiny mohou být genetické, organické, chemické, působením vědomých nebo nevědomých konfliktů, chybným učením a vlivem situace (Hartl, 2000).

„*K pochopení dynamiky vývoje různých psychických odchylek a poruch je třeba vědět, jaká je příčina jejich vzniku, které faktory k jejich rozvoji přispívají, a co je naopak může ovlivnit žádoucím způsobem. Důležité je odlišení projevů, které sice mohou být rušivé a zatěžující, ale nelze je ještě považovat za poruchu. Často jde o vývojově podmíněné výkyvy, které se objevují v určité fázi života a lze je, vzhledem k vyvolávající situaci, hodnotit jako přiměřené*“ (Vágnerová, 2008, s. 20).

Výskytem mezi nejpočetnější duševní poruchy patří podle i úzkostné poruchy, poruchy vyvolané požíváním alkoholu a ostatních drog, poruchy nálad, schizofrenie, psychopatie. Existují zcela prokazatelné rozdíly ve výskytu

poruch podle pohlaví: u mužů převažuje zneužívání alkoholu, výskyt asociální osobnosti, u žen potom úzkostné poruchy a poruchy nálad (Hartl, 2000).

Graf č. 1



Zdroj: Statistická ročenka školství (Ústav pro informace ve vzdělání 2010/2011, on-line)

Z grafu č. 1 je zřejmé, že z celkového počtu 3 866 dětí s postižením umístěných v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy k 31. 10. 2010, tvoří závažné a extrémní poruchy chování významnou část klientely (viz. Příloha B).

2. Poruchy chování

„Poruchy chování lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat běžné normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, resp. Úrovni jeho rozumových schopností. Důležité je hodnocení problémového jednání, za něž se tito jedinci často necítí vinni. Příčiny vzniku poruchového chování mohou být různé. Nepřiměřené reagování souvisí se sklonem k určitým emočním prožitkům a převažujícím emočním ladění, resp. Hodnocení různých situací. Jedinci s poruchou chování mívají narušené vztahy k jiným lidem, často se tímto způsobem projevují v rámci party. Charakter jejich chování se v průběhu vývoje mění, v období dospívání dochází k diferenciaci trvalejšího narušení chování, resp. Poruch osobnosti, a pouze přechodných výkyvů v chování. Agresivní poruchy chování lze považovat za závažnější variantu, typickým příkladem je šikana. Společnost hodnotí problémové jednání skoro vždycky negativně. Náprava poruch chování vyžaduje práci s celou rodinou problémového dítěte, krajní možností je ústavní, či ochranná výchova“ (Vágnerová, 2008, s. 803).

Podle Vágnerové (2008) lze tedy obecně za poruchové označit chování, splňující následující znaky:

1) **Nerespektuje sociální normy** platné v dané společnosti. Pokud jedinec nechápe význam hodnot a norem, nelze hovořit o poruše chování. Příkladem mohou být mentálně retardovaní nebo jedinci, přicházející z jiného sociokulturního prostředí, kde platí odlišné normy

- naopak pokud jedinec normy chápe, ale neakceptuje je nebo se jimi nedokáže řídit, mluvíme o poruše chování. Důvodem bývá jiná hodnotová hierarchie, rozdílné osobní motivy nebo neschopnost ovládat své chování (typické např. pro hyperaktivní děti).

2) **Neschopnost udržovat přijatelné sociální vztahy.** Závažnou překážkou se stává nedostatek empatie a egoismus, zaměření se na sebe a na uspokojování

vlastních potřeb. Jedinci s poruchou chování nejsou schopni pochopit nutnost přizpůsobení standardnímu sociálnímu očekávání, tj. normě pro zachování pořádku. Nezažili citový vztah, a proto nemají důvod být ohleduplní k jiným lidem (resp. zvířatům, věcem, okolnímu prostředí apod.). Neuznávají práva jiných, a mezilidský vztah má pouze takovou hodnotu, jaký osobní užitek může přinést.

3) ***Nepocit'ují vinu*** – nemají dostatečně rozvinuto svědomí

„Poruchy chování v dětském věku mohou mít přechodný charakter, ale mnohdy jsou signálem poruchy osobnosti, která představuje zvýšené riziko trvalejší tendence k problematickým projevům. Asociální chování jen velmi vzácně začíná až v dospělosti“ (Vágnerová, 2008 s. 780).

„Při diagnostikování poruch chování nevždy přihlíží k vývojovému aspektu. Tím se odliší poruchy chování dlouhodobé, s výrazně negativní prognózou od přechodných nebo realitních, pro které je charakteristická dynamická proměnlivost a reverzibilitnost“ (Jánský, 2004, s. 60).

Jánský (2004) rovněž uvádí možnost dalšího dělení poruch chování na socializované a nesocializované nebo dle formy vyjádření na internalizované a externalizované. *„Mezi externalizované patří hyperkinetická porucha chování, poruchy chování, porucha opozičního vzdoru a disruptivní porucha chování“* (Jánský, 2004, s. 61).

U dětí a adolescentů jsou tyto poruchy podmíněné disharmonickým rodinným prostředím. Diagnosticky můžeme hovořit o dvou odlišných typech:

a) poruchy se špatnou prognózou

b) poruchy s lepší prognózou

Porucha chování ve vztahu k rodině patří k poruchám s lepší prognózou, kdy symptomy jsou omezené na rodinu a domov. Mimo rodinu bývají sociální vztahy neporušené, ve škole ve většině případů nebývají problémy.

Socializovaná porucha chování je rovněž příkladem poruchy s lepší prognózou, ale ve škole se obvykle objevují časté problémy. Nebývá problém zapojení dítěte do vrstevnické skupiny, rovněž k rodině nemusí být vztahy

narušené, ale pravidlem je špatný vztah k autoritám, specificky negativní vztah ke školním povinnostem, projevovaný porušováním pravidel, přestupky, krádežemi a záškoláctvím (Jánský, 2004).

„Výchovně, terapeuticky a prognosticky jsou závažnější některé poruchy dětského věku, s nesocializovanou, externalizovanou symptomatickou, doprovázené vysokou mírou agresivity. Patří mezi ně opoziční porucha a antisociální porucha chování“(Jánský, 2004, s. 61).

Opoziční porucha je charakterizovaná opozičním, vzdorovitým nebo negativistickým chováním dítěte. Již od raného věku dítěte lze pozorovat neklid, mrzutost a náladovost. V dalším vývoje lze zaznamenat příznaky zlostnosti, neposlušnosti, nepřátelství vůči autoritě. Bývá často doprovázena poruchou pozornosti a hyperaktivitou, včetně specifických poruch učení a poruch nálad (úzkosti).

Antisociální porucha chování v dětském věku a dospívání je charakterizována trvalým a opakovaným porušováním sociálních norem, včetně porušování práv jiných lidí. Mezi symptomy lze nalézt agresi k lidem i zvířatům, destrukce majetku, zakládání požárů s cílem způsobit škodu, podvody, krádeže a vloupání, porušování pravidel chování, násilné konfrontace. V dospělosti může vyústit v antisociální poruchu osobnosti (Jánský, 2004).

2.1. Poruchy chování z hlediska etopedie

Jak uvádí Procházková (2004) první český Defektologický slovník, vydaný v roce 1977, byl podkladem pro uspořádání etopedického slovníku *Speciálně pedagogická terminologie etopedická* J. Pohunkové a M. Vocilky.

Poruchy chování se svou etiologií, průběhem, symptomy i léčbou či nápravou zasahují do oblasti pedagogické, zdravotnické, dotýkají se sociologie, kriminologie, penologie a rovněž také s právními a mnoha dalšími obory.

Z hlediska speciální pedagogiky, tzn. i etopedie, jsou poruchy chování posuzovány jako projevy jedince, jež nejsou obvyklé přiměřenému chování dané věkové a sociokulturní skupiny. Tyto projevy lze označit termínem

obtížná vychovatelnost a mají příčinnou souvislost s narušenými sociálními vazbami či narušenou nebo zanedbanou výchovou. Příčiny mohou být rovněž psychiatrické, či kombinací těchto oblastí.

U poruch chování v rámci speciálně pedagogického – etopedického hlediska lze nalézt všechny nežádoucí odlišnosti, projevy chování různé intenzity, délky i četnosti, které jsou výchovně podmíněné, mající vztah k narušeným mravním hodnotám a morálnímu vývoji (Stankowski, 2007).

U Vojtové (2008) najdeme úkoly etopedie rozdělené do tří fází:

- *prevence* dítě je vedeno v jeho přirozeném prostředí, indikace problémů, doporučené je odborné poradenství
- *intervence*, již znamená zásah do přirozeného prostředí dítěte, eliminují se škodlivé aspekty, vhodná je pomoc při orientaci ve vlastním chování
- *rehabilitace* poskytuje korektivní zkušenosti, které mohou pomoci při orientaci v sociálním prostředí a vytváření nového systému hodnot

„Přestože diagnostika těchto poruch je věcí klinického psychologa, učitelé a vychovatelé by s jejich problematikou měli být rámcově seznámeni, neboť včasné zachycení relevantních symptomů a přijetí odpovídajících pedagogických opatření jsou nutnými předpoklady nápravy“ (Jánský, 2004, s. 63).

Pedagogové si musí všimnout, z důvodu prevence, všech projevů dětské agresivity. Podcenění důležitosti příznaků a nedůslednost může mít celoživotní následky a negativně ovlivnit osobnost dítěte (Jánský, 2004).

Cílem etopedie, jako jedné z plnoprávných součástí speciální pedagogiky, musí být snaha o porozumění zákonitostem lidského chování. V těchto souvislostech je nutné vnímat i projevy poruch chování ve vztahu k emočním a kognitivním složkám osobnosti, včetně posuzování úrovně jejího morálního vývoje. Výsledkem by měla být efektivní edukace jedinců s poruchami chování a emocí a samozřejmě i prevence těchto poruch.

2.1.1 Klasifikace poruch chování v etopedii

Vocilka (1994) rozlišuje problémy v chování následujícím způsobem:

- podle stupně společenské nebezpečnosti
- dle věku
- dle převládající složky osobnosti
- poruchy chování na základě syndromu ADHD

Každá z těchto skupin vyžaduje specifický speciálně-pedagogický přístup a jemu odpovídající metody.

2.1.1.1 Poruchy chování z hlediska společenské nebezpečnosti

Vojtová (2008) rozděluje poruchy chování z hlediska závažnosti následovně:

- disociální chování
- asociální chování
- antisociální chování

Disociální chování je chování ve společnosti nepřijatelné, nepřiměřené situaci, které lze za určitých okolností zvládnout odpovídajícími pedagogickými postupy. Nejčastěji se vykytuje v rodině nebo škole. Patří sem přestupky proti vnitřnímu řádu školy, neposlušnost, lži, vzdorovitost a řada jiných drobných přestupků proti zavedeným normám. Tyto projevy jsou charakteristické pro určitá vývojová období. Rovněž mohou být příznakem jiného deficitu (ADHD, neuróz apod.). Většinou mají dočasný charakter a časem samy vymizí nebo jsou zvládnutelné za pomoci odborníků, za pomoci ambulantní poradenské nebo terapeutické péče (Procházková 2004).

Asociální chování je v rozporu se společenskou morálkou. Jedinec postrádá dostatek sociálního citění a výrazně se liší od společenského průměru. Porušování společenských norem, ale nepřekračuje normy právní. Projevy

asociálního chování škodí primárně jeho nositeli – záškoláctví, alkoholismus a další druhy závislostí. Charakter takového chování je dlouhodobý a mívá vzestupný trend.

Asociálního chování již vyžaduje speciálně pedagogický přístup. Poradenská péče nebývá efektivní, proto se k nápravě využívají postupy zahrnující ústavní péči ve speciálních výchovných zařízeních, v psychiatrických léčebnách nebo terapeutických komunitách.

Antisociální chování lze definovat, jako každé protispolečenské jednání bez rozdílu. Poškozuje společnost i jedince a ve svém důsledku ohrožuje nejvyšší hodnoty, včetně lidského života. Tímto jednáním jsou porušovány platné právní normy a možnost nápravy je možná pouze prostřednictvím ústavní péče ve školských zařízeních nebo věznicích. Antisociální chování má charakter veškeré trestné činnosti - krádeže, loupeže, sexuální delikty, vraždy, různé formy násilí a agresivity, terorismus, organizovaný zločin, trestná činnost související s toxikomanií. Antisociální formy chování se vyznačují nejvyšším stupněm narušení jedince, nejvyšší intenzitou defektivitu, obtížnou formou nápravy, velkou pravděpodobností recidivy (Vojtová, 2006).

2.1.1.2 Poruchy chování z hlediska věku

„Milované dítě vyrůstající v míru, dostatečném hmotném sycení, které má dostatečný počet sociálních příležitostí, se bude s vyšší pravděpodobností vyvíjet jinak než dítě, které je na tom opačně (i když existují početné výjimky, jimž se říká odolné děti)“ (Koukolík a Drtilová, 2008, s. 87).

Někteří odborníci hovoří o tom, že osobnost jedince je plně vyvinutá až počátku dospělosti. Během dětství a dospívání se proto častěji mluví o poruchách chování, než o poruchách osobnosti. Předpokladem je fakt, že osobnost není hotová, protože se teprve vyvíjí “(Koukolík a Drtilová, 2008).

Vágnerová (2008) uvádí, že o poruchách chování lze mluvit od středního školního věku, s výjimkou disponovaných dětí nebo za nepříznivých okolností, kdy se nežádoucí chování objevuje již v ranějším vývojovém období. Tento

projev často signalizuje budoucí závažnější poruchu, ale může být i přechodného charakteru. Četnost poruch věkem stoupá, k jejich největšímu nárůstu dochází mezi 9. a 13. rokem.

Předškolní věk – Vágnerová (2008) uvádí, že v tomto období lze sledovat různé projevy chování, které se mohou jevit jako obtížné. Některé děti jsou hůře ovladatelné, vzteklé a negativistické, avšak většinou jde vývojově podmíněné projevy (záchvaty vzteku) či určité opoždění při nástupu očekávaných mezníků. Negativismus a sklon k agresivitě se ovšem mohou projevit již v tomto věku, přestože zatím bývají omezeny na určité prostředí. U dětí od dvou do 8-9 let se může projevit porucha opozičního vzdoru. Zde projevy chování signalizují narušený vztah k autoritě a neschopnost chovat se podle běžných norem prezentovaných touto autoritou, odpovídajícím způsobem. Lze pozorovat projevy neposlušnosti a vzdorovitosti, děti jsou obtížně ovladatelné. K jiným lidem se chovají necitlivě, hostilně a agresivně. Afektivní ataky bývají reakcí na požadavky rodičů, které dítě omezují, a které prožívá jako subjektivně neúnosné. Častým případem je rozvoj poruchy na bázi syndromu hyperaktivity (ADHD) a lze jej vysledovat častěji u chlapců.

Raný školní věk – projevují se různé nápaditosti v chování, ale i zde jsou mnohé pouze vývojově podmíněným výkyvem. Patřily by sem i nepřesnosti v hodnocení reality vyplývající z postupné proměny dětského uvažování (Vágnerová 2008). „Tyto projevy někdy působí jako lhavost, ale jde o konfabulaci, smyšlenku, tj. nepřesné odlišení skutečnosti a vzpomínek či fantazijní produkci, kterou dítě považuje za reálnou. Ze stejného důvodu některé děti ještě jednoznačně nerespektují tabu osobního vlastnictví a někdy si vezmou něco, co jim nepatří. Jde zatím spíše o nezralost v oblasti kognice či autoregulace, než o vědomé nebo dokonce plánované překročení sociálních norem (Vágnerová, 2008, s. 788)

Střední školní věk – v tomto období vzrůstá význam skupiny vrstevníků, která se profiluje jako skupina normativní. Vrstevnická skupina nabývá značné

autority a dítě má potřebu získat dobrou pozici. „Skupina dětí tohoto věku si již vytváří vlastní normy, radikálně generalizované a platné pro všechny bez rozdílu. Jestliže některé dítě tomuto očekávání nevyhovuje, bývá odmítáno“ (Vágnerová, 2008, s. 789). Z tohoto důvodu se v tomto období setkáváme častěji s projevy šikany.

Období dospívání – Vágnerová (2008) uvádí, že důležitým vývojovým znakem tohoto období je změna myšlení daná rozvojem formálních logických operací. Jedinec již neakceptuje vše, co je mu dospělými předkládáno, začíná uvažovat o dosud neexistujících možnostech. Odpoutává se od rodiny, přestává uznávat formální autority a skutečné autority, ve společensky přijatelné rovině, nejsou k dispozici. „Potřeba dokazovat si vlastní nezávislost se projevuje nejen odvržením standardních sociálních norem, ale mnohdy i symbolickým, či dokonce fyzickým útokem proti obecně respektovaným hodnotám. V Mírnější formě jde o demonstrovanou nechuť k pravidlům establishmentu autostylizací, nošením provokativního, často starého, či otrhaného oblečení. V horším případě najde své vyjádření ve vandalismu, ničení, jež nemá zdánlivě žádný smysl. Mnohé varianty chování, které se jeví jako poruchové, jsou v tomto věku dány potřebou hledat novou identitu, a z toho důvodu zkoušet i dosud tabuizované nebo zakázané aktivity“ (Vágnerová, 2008, s. 789).

Děti, které v rodině nenalezly citové zázemí, nemají již žádný důvod rodiče nadále respektovat a jsou natolik fyzicky vyspělé, aby si nedaly líbit ani tělesné tresty. Rodiče již pro ně nepředstavují žádnou autoritu a tito jedinci se mohou začít chovat zcela bez zábran. Často se jedná o přestupky, které mají charakter kriminálního chování.

2.1.1.3 Poruchy chování z hlediska převládající složky osobnosti

Vocilka (1997), rozděluje jedince s poruchami chování dle převládající složky osobnosti na neurotické, psychopatické, sociálně nepřizpůsobivé a osoby se sníženými rozumovými schopnostmi:

Osobnost neurotická - od raného dětství často přetrvává neurotizující vliv. Tento stav způsobuje závažné změny ve struktuře osobnosti. Ve školním věku je tento stav ještě závažnější, mohou se objevovat potíže ve škole, které ale souvisejí s problémy v rodině. Neurotický jedinec je objektivně labilnější, sebeovládání je na nízké úrovni, charakteristickým projevem jsou překotné reakce. Vzhledem k citové deprivaci má narušenou psychickou a citovou rovnováhu. Neurotickým projevem může být i asociální chování. V těchto případech je určující především vliv prostředí (Procházková, 2004).

Osobnost psychopatická – zde je předpokladem genetická dispozice. Koukolík, Drtilová (2008) charakterizují psychopaty jako jedince egocentrické, velikášské, arogantní, podvádějící, manipulující, citově ploché, bezcitné, impulsivní, vyhledávající vzrušení, snadno, bez sebemenšího pocitu studu nebo výčitek svědomí, narušující sociální normy a závazky. Psychopatie je soubor trvalých povahových odchylek, určující abnormální strukturu osobnosti. Charakteristické je neadekvátní chováním, nepřizpůsobivost, nepřiměřené vztahy a konflikty s okolím. Mnohem více jsou emocionální poruchy a nedostatky chování (Praško, 2003).

Osobnost sociálně nepřizpůsobivá - Pod tímto termínem Vocilka (1997) uvádí především jedince se sociálně patologickým jednáním. Toto jednání však nemá trvalý charakter a lze doufat v nápravu.

Osobnost se sníženými rozumovými schopnostmi – snížená inteligence nebo mentální retardace je častou příčinou problémů ve škole i v rodině. Kriminalita dětí a mládeže je často spojována s jedinci se sníženým stupněm inteligence. Do etopedické péče by se měli, dle všech zásad, dostávat pouze ti jedinci, kteří jsou za své jednání plně zodpovědní. Tím se rozumí, že jsou vědomi správnosti, či nesprávnosti svého jednání. To by v praxi znamenalo, že v etopedických zařízeních se budou nacházet pouze ti, jejichž intelekt se pohybuje maximálně v pásmu lehké mentální retardace a jejich vzdělávání lze

provádět za pomoci upravených vzdělávacích programů. Bohužel skutečný stav se od stavu prezentovaného v odborných publikacích značně liší a je primárním tématem této diplomové práce.

Sníženými rozumové schopnosti jsou předurčující nejen k páchání trestné činnosti, ale tito jedinci jsou i častými oběťmi trestných činů. Snadno se nechají ovlivnit, neumějí plánovat svoji budoucnost, žijí současností charakteristický je pro ně konzumní způsob života. Mají slabou vůli, chybí jim náhled na důsledky svého jednání (Procházková, 2004).

2.1.1.4 Poruchy chování spojené s poruchou aktivity a pozornosti, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

Porucha pozornosti a aktivity byla v minulosti označována termínem lehká mozková dysfunkce (LMD). Tento pojem je však mnohem širší, než pojem porucha aktivity a pozornosti. Pod pojmem LMD byly řazeny ještě další poruchy a psychopatologické projevy, které jsou dnes rozlišovány jako samostatné psychické poruchy. Tyto samostatné psychické poruchy se však v reálných případech často vyskytují současně. Pojem LMD je zastaralý a ani v pedagogické praxi by se již neměl užívat. Někdy se místo pojmu porucha pozornosti a aktivity užívá zkratka anglického názvu poruchy ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Za správný lze považovat i termín hyperkinetické poruchy.

Jedinci s ADHD se vyznačují nesoustředěností, hyperaktivitou a impulzivitou. Dříve byla ještě rozlišována samostatná kategorie „porucha pozornosti“ (ADD - Attention Deficit Disorder). 10. Revize MNK „Psychické poruchy a poruchy chování tuto diagnostickou kategorii neuvádí. Pravdou ovšem zůstává, že existují jedinci, u nichž se nevyskytují náznaky hyperaktivity a jejichž jediným problémem je udržení pozornosti. Poruchu aktivity a pozornosti často doprovází další psychické poruchy (poruchy chování, poruchy školních dovedností, emoční poruchy (Nývtová, 2008).

Poruchy chování vznikající na základě určujících příznaků ADHD:

- časté kolísání nálad
- nízká frustrační tolerance
- zvláštnosti v citové sféře
- sociální chování neodpovídající věku nebo intelektu, změny osobnosti
- problematický kontakt s okolím
- vyšší orientace na odměnu
- nízké sebevědomí

2.2 Etiologie poruch chování

„Příčiny vzniku poruchového chování mohou být různé, obvykle se zde počítá nepříznivý vliv většího počtu různých rizik, to znamená, že jde o multifaktoriální podmínění. Tyto faktory mohou být biologické i sociální a působí ve vzájemné interakci“ (Vágnerová, 2008, s. 781).

Vágnerová (2008) uvádí následující příčiny vzniku poruch chování:

Genetická dispozice – potíže se objevují již v raném věku a jsou velmi problematicky ovlivnitelné. Charakteristický je negativní postoj k sociálním normám a preference vlastních pravidel chování. V dospělosti je velmi obvyklý projev poruchy osobnosti. Je obvyklé, že stejným způsobem je disponován alespoň jeden z rodičů - takto lze odlišit genetickou zátěž od psychosociální.

Biologické dispozice – častým je vznik na úrovni narušení struktury, či funkcí CNS s různou etiologií (např. úraz hlavy, porod, onemocnění mozku).

„U těchto jedinců lze snadněji vyprovokovat neadekvátní reakce, např. výbuch agresivity. Dochází k nim za daných okolností spíše v důsledku narušeného sebeovládání, než neschopnosti rozeznat nevhodnosti svého jednání, či odmítání norem chování. Dá se říci, že jde o jeden z příznaků poruchy, resp. onemocnění. Biologickou odchylku uvedeného typu lze chápat jako rizikový faktor zvyšující sklon k nežádoucímu způsobu reagování“ (Vágnerová, 2008, s. 782).

Úroveň inteligence – „Úroveň inteligence není faktorem, který by významnějším způsobem ovlivňoval míru pravděpodobnosti vzniku poruchového chování. Děti i dospívající s narušeným chováním sice mívají v průměru o něco nižší inteligenci, než je průměr populace, ale na druhé straně se vyskytují i asociální jedinci s nadprůměrnými schopnostmi. Poruchové chování často bývá spojeno se školním selháním, na němž se významně podílí spíše sociokulturní zanedbanost a celkově nepříznivá konstelace zátěžových faktorů. Negaci plnění školních povinností lze chápat jako jednu ze složek, často generalizovaného, odmítavého postoje k sociálním normám dané společnosti“ (Vágnerová, 2008, s. 782).

Vliv sociálního prostředí – dle Vágnerové (2008) je vliv sociálních faktorů velmi významný. Nejdůležitějším sociálním prostředím je samozřejmě rodina, poskytující základní sociální zkušenost. Pomocí identifikace nebo nápodoby s rodiči, si dítě může osvojit poruchové chování, může být postiženo i zkušeností rané citové deprivace.

Negativní vliv mohou mít i jiné sociální skupiny, zejména skupiny vrstevníků, s případným asociálním zaměřením, se specifickými normami a hodnotami. Pokud ovšem rodina představuje přijatelné zázemí, nebude vliv party tak významný.

2.3 Diagnostika

Diagnostika obecně je poznávacím procesem, jehož cílem je co nejdokonalejší poznání daného předmětu či objektu našeho zájmu, a to všech jeho důležitých znaků a charakteristik a jejich vzájemných vztahů a souvislostí. Výsledkem tohoto poznání je **diagnóza**.

Diagnostika ve speciální pedagogice je komplexní poznávací proces, na kterém se podílí řada odborníků a profesí důležitých pro poznání jedince s postižením (lékaři různých specializací, kliničtí a poradenští psychologové, sociální pracovníci, spec. pedagogové). V etopedii se týká jedince s poruchami

chování, jeho osobnosti, možností jeho výchovy a vzdělání a je důležitým východiskem další odborné péče.

„ Poruchy chování lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat běžné normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, resp. úrovni jeho rozumových schopností. Důležité je hodnocení problémového jednání, za něž se tito jedinci často necítí vinni. Příčiny vzniku poruchového chování mohou být různé. Nepřiměřené reagování souvisí se sklonem k určitým emočním prožitkům a převažujícímu emočnímu ladění, resp. Hodnocení různých situací. Jedinci s poruchou chování mívají narušené vztahy k jiným lidem, často se tímto způsobem projevují v rámci party. Charakter jejich chování se v průběhu vývoje mění, v období dospívání dochází k diferenciaci trvalejšího narušení chování, resp. Poruch osobnosti, a pouze přechodných výkyvů v chování. Agresivní poruchy chování lze považovat za závažnější variantu, typickým příkladem je šikana. Společnost hodnotí problémové jednání skoro vždycky negativně“ (Vágnerová, 2008, s. 803).

Pokud je provedena chybná diagnostika, či není dítěti věnována přiměřená výchovná a terapeutická práce, může se porucha stupňovat (Procházková 2004; Vojtová, 2006).

3. Ústavní a ochranná výchova

3.1 Historie ústavní a ochranné výchovy

3.1.1 Péče o výchovně nepřizpůsobivé v zahraničí

Z historického hlediska je odklon od tělesných a tvrdé represe velmi pomalý. V Bridevelli v **Anglii** bylo v r. 1553 založeno první zařízení, kde se uplatnil jiný přístup. Podmínkou bylo oddělení mladistvých od dospělých a cílem tohoto zařízení bylo naučit poctivé práci a docílit dobrého výdělku.

Tradiční zemí v oblasti převýchovy bylo také **Holandsko**:

- v Amsterdamu byl v r. 1595 založen ústav s výchovným charakterem
- v roce 1612 byla vydána publikace o výchovných metodách tohoto ústavu

V **Německu** následovalo zakládání obdobných zařízení:

1609 - Brémy, 1613 - Lúbeck, 1622 - Hamburk

Itálie – 1667 ve Florencii, 1703 pak v Římě

Polsko – 1629 byl založen ústav ve Varšavě

Následovala **Belgie, Francie** apod.

Ve všech zařízeních byla hlavní edukační metodou pracovní výchova a často i dobře organizačně a obsahově pojatá profesní příprava (byly vydávány i výuční listy) (Slomek, 2006).

Slomek (2006) zmiňuje výchovné systémy:

TRADIČNÍ SYSTÉMY:

Filadelfský – byl založen na úplné izolaci chovanců v samostatných celách. Zakladateli byla sekta Kvakerů (protestanti). První zařízení bylo založeno v roce 1829 ve Filadelfii

Augburnský – první ústav tohoto typu byl založen ve státě **New York** v roce 1832, v malých celách byli chovanci umístěni pouze v noci, jejich denní zaměstnání bylo společné. Za výhodu byla považována možnost hromadného výchovného působení na chovance.

Lensburgský – zde byl přístup odvozen z důvěry v člověka. První ústav byl založen ve **Švýcarsku** roku 1855. Výchovný princip spočíval v propracovaných postupných cílech, které měly svou hierarchii.

RODINNÉ SYSTÉMY:

Vznikají především v polovině 19. století. U zrodu myšlenek byl *J. H. Pestalozzi* (1746 – 1827), který založil ústav v Yverdonu, kde se snažil uplatnit systém výchovné práce podobné výchově v průměrné rodině.

Na jeho práci navázali *Wehrli* (založil ústav v Hofwylu – **Švýcarsko**, kde žil přímo s chovanci), *Wichern*, který vytvořil kolonii rodinných domků (**Německo**), kde se o mravně narušené jedince staral manželský pár.

Ve **Francii** vznikla v Tours velká kolonie s několika výchovnými skupinami. V kolonii byly uplatňovány tělesné tresty.

Mezi propagátory myšlenky postupné metody ve výchově a metody výchovy žáka žákem byl i *Giovanni Bosco* (1815 – 1888).

SYSTÉMY S VNITŘNÍ SOCIÁLNÍ STRUKTUROU:

A. S. Makarenko (1888 – 1939) – vybudoval v roce 1920 kolonii pro mladistvé provinilce

William Georg – založil v USA první tzv. „Republiku mladých provinilců“ pro věkovou kategorii 14 – 25 let v koedukovaném složení

„Po druhé světové válce se objevují nové trendy v péči o obtížně vychovatelné, především je zjevná snaha rozvíjet více prevenci ve výchově (včetně i tzv. dohledu v rodinách) – výrazněji rozpracováno v Anglii, Belgii, Polsku. Je budován (postupně a velmi diferencovaně) systém institučního zajištění jak preventivní péče, tak i přímé převýchovné (resocializační) práce“ (Slomek, 2006, s. 6).

3.1.2 Péče o obtížně vychovatelné v Čechách a na Moravě

Ústavy pro obtížně vychovatelné v Čechách a na Moravě:

Vychovatelna Jednoty pro blaho mladistvých káránců – Dobrý pastýř – Praha (založena byla v roce 1839) – od roku 1904 sídlí v Lublaňské ulici (dnes Diagnostický ústav pro mládež – chlapci)

Ochranovna v Brně (Černá Pole) – založena 1847, zrušena 1890)

Vychovatelna pro opuštěnou a zanedbanou mládež v Modletíně (zal. 1869 Sl. Breuer)

Vychovatelna v Libni (založena 1883), organizačně pro chlapce ve věku 8 – 16 let, měla tři oddělení (určitá forma vnitřní diferenciaci): vyšší – pro malý stupeň narušení, nižší a pak trestní (pro vážné poruchy chování). Šlo o kombinaci ústavní a „otevřené“ péče, byla využívána chovanecká samospráva, tělesné tresty byly odmítány. Při vychovatelně byla (jako součást) škola. Ústav byl jako celek přemístěn do Kostelce nad Orlicí.

Dívčí ochranovna v Černovicích u Tábora (založena roku 1885) byla situována pro péči o dívky, zařazování bylo prováděno podle žádosti rodičů, obce či i jiných institucí. Dnes je zde umístěn Výchovní ústav (dívky) s profesní přípravou podle dané struktury. Výrazně se ústav podílí na péči o nezletilé matky ve výkonu ústavní či ochranné výchovy.

Zemská polepšovna v Novém Jičíně (založena roku 1889). Původně jako zvláštní oddělení donucovací pracovní. Organizačně pro chlapce a dívky ve věku 14 – 18 let české a německé národnosti s kapacitou 250 míst, vlastní školou a řemeslnickými dílnami. Dnes Výchovní ústav (chlapci) s potřebnou sférou péče po splnění povinné školní docházce.

Zemská vychovatelna v Kostomlatech pod Milešovkou byla založena původně jako první koedukovaná polepšovna v Čechách, později byly přijímány jen dívky. Bylo zajišťováno jak vzdělávání v rámci školní docházky, tak i přímý praktický (pracovní) výcvik. Dnes je zde umístěn Výchovní ústav a dětský

domov se školou (dívky) se zabezpečením povinné školní docházky i profesní přípravy (Slomek, 2006).

3.2 Ústavní výchova

Ústavní výchova je nedílnou součástí systému zabezpečujícího péči o děti. Jako jedna z forem náhradní péče, realizovaná ve školských zařízeních se významně dotýká péče o „problémové“ děti.

„V názorech na systém a funkci ústavní výchovy, včetně jejího vztahu k dalším formám náhradní výchovné péče, se objevují značné rozdíly. Panuje naprostá shoda na klíčové a nezastupitelné postavení rodiny při výchově dítěte. Prvotní, citově významná vazba mezi matkou a dítětem, později rozšířená na okruh rodiny, je určujícím činitelem při utváření osobnosti dítěte. Ovšem tato zákonitost se může projevit i ve své negativní formě a rodina se pak stává vysoce rizikovým činitelem při výchově. A zde opět nastává situace, ve které se odborníci se společným, jasně deklarovaným cílem pomoci dítěti a hájit jeho zájmy, dostávají do názorových střetů. Jedna ze základních otázek zní, do kdy je možné a účelné rodinu ještě podporovat a kdy je už třeba se postavit proti ní a hájit zájmy dítěte jeho přemístěním do náhradního domova“ (Jánský, 2004, s. 92).

Jako institut rodinného práva je ústavní výchova definována v § 46 zákona O rodině č. 94/1963 Sb. Nejsou-li splněny podmínky pro uložení ochranné výchovy podle § 86 tr. zák. a výchova dítěte je vážně ohrožena nebo vážně narušena a současně jiná výchovná opatření nevedla k nápravě nebo jestliže z jiných závažných důvodů nemohou rodiče výchovu dítěte zabezpečit, může soud nařídit ústavní výchovu. A to i v případě, že jiná výchovná opatření nepředcházela (jinými výchovnými opatřeními rozumíme především opatření podle zákona o rodině, tj. napomenutí, dohled a omezení. Ústavní výchovu nařizuje soud v občansko-právním řízení do doby dosažení zletilosti. V mimořádném případě ji může o jeden rok prodloužit. Do tří let věku probíhá ústavní výchova ve zdravotnických zařízeních, kam patří kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do tří let věku (§ 38 zákona č. 20/1966 Sb., O péči o

zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů). Od 3 do 18-ti let (resp. 19-ti let) probíhá nařízená ústavní výchova ve školských zařízeních:

Dětské domovy

Dětské domovy se školou

Výchovné ústavy

Diagnostické ústavy (dětské a pro mládež)

Soud povinnost nejméně jednou za 6 měsíců přezkoumat, zda trvají důvody pro nařízení ústavní výchovy. Pokud tyto důvody pominou nebo lze-li dítěti zajistit náhradní rodinnou péči, soud ústavní výchovu zruší. Ústavní výchova není opatřením podle trestního práva, je výchovným opatřením podle rodinného práva a nemůže nahrazovat ochrannou výchovu, pokud jsou splněny zákonné podmínky pro její uložení. (§ 84 odst. 1, § 86 tr. zák.).

Ústavní výchova je vždy krajním řešením a musí mít především preventivní charakter.

3.3 Ochranná výchova

Základní podmínkou pro uložení ochranné výchovy v trestním řízení je odsouzení, tj. uznání vinným pro trestný čin. Ochranná výchova je tedy institutem trestního práva, které lze uložit pouze mladistvému (tj. osobě, která v době spáchání trestného činu dovršila patnáctý rok svého věku a nepřekročila osmnáctý rok věku), respektive osobě, která dovršila dvanáctý rok věku a je mladší než patnáct let.

Samostatná kategorie ochranných opatření, které jsou jedním z druhů trestněprávních sankcí a je možno uložit nejen trestně odpovědným osobám, ale také osobám, které nejsou odpovědné (buď pro nepřítomnost, nebo pro nedostatek věku).

Soud ukládá ochrannou výchovu v těchto případech (§ 22 zákona č. 218/2003 Sb.):

➤ o výchovu mladistvého není náležitě postaráno

- dosavadní výchova mladistvého byla zanedbána
- vyžaduje to prostředí, v němž mladistvý žije

„Účelem ochranné výchovy je vhodnými výchovnými postupy čelit vzniku další trestné činnosti, jež by pramenila z výchovné zanedbanosti jedinců a specializovaným výchovným působením umožnit mladému člověku integraci do společnosti a připravit ho na participaci v životě společnosti v roli řádného občana“ (Černíková 2008, s. 160).

Uložení ochranné výchovy mladistvému znamená odnětí nezletilce z výchovy rodičů a jeho zařazení do kolektivní výchovy s přísnějším režimem. Protože jde o hluboký zásah do práv občanů, lze ochrannou výchovu uložit teprve tehdy, když méně intenzivní prostředky výchovy již nemají naději na úspěch. K posouzení osobnosti mladistvého a pro rozhodnutí o tom, jaký výchovný prostředek je třeba v konkrétním případě zvolit, bude zpravidla potřebné přibrat znalce z oboru psychiatrie nebo psychologie pro mládež.

Ve všech případech je třeba zkoumat i osobní povahové vlastnosti mladistvého, jeho postoje ke společnosti, ke vzdělání, ke kultuře, ale i k takzvané asociální, či přímo kriminální subkultuře. Při zkoumání osobnosti mladistvého je třeba též hodnotit, do jaké míry se zanedbaná výchova, popř. okolnost, že o jeho výchovu není náležitě postaráno a prostředí, ve kterém žije, podílely na spáchání trestného činu mladistvým.

Výkon ochranné výchovy začíná v diagnostických ústavech, jejichž prostřednictvím se osoby, jimž byla uložena ochranná výchova, přijímají a rozmisťují do příslušných ústavu po potřebném psychologickém a pedagogickém vyšetření. V zařízeních a ústavech, kde je vykonávána ochranná výchova, se zabezpečuje výchova a péče, kterou by měli mládeži poskytnout rodiče nebo zákonní zástupci. Mimo toho zákon ukládá, aby řádným pedagogickým vedením byla zabezpečena příprava chovance na jeho budoucí povolání. Tato je zajištěna vytvářením příznivých podmínek pro studium mládeže na středních školách, pomocí při volbě povolání a pomocí při sjednávání učebních a pracovních poměrů. Ochranná výchova trvá, dokud to vyžaduje její účel, nejdéle do dovršení 18. roku věku klienta, výjimečně do 19.

roku. Soud od ochranné výchovy upustí, pominou-li důvody, pro něž byla uložena.

3.4 Předběžné opatření

Soud vydává předběžné opatření, pokud hrozí nebezpečí z prodlení, či při řešení akutní situace. Oznámení k soudu podává orgán sociálně právní ochrany dětí. Předběžné opatření má krátkodobý charakter a musí být následně soudem dořešeno – tzn. zrušeno, či je následně zařízena ústavní výchova. Pravidla a povinnosti sledování dodržování práv dítěte ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy upravuje Zákon o sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb.

3.5 Legislativa

O nařízení ústavní výchovy nebo uložení ochranné výchovy rozhoduje soud podle zákona o rodině č. 94/1963 Sb. a zákona č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže.

Výkon ústavní a ochranné výchovy upravuje 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.

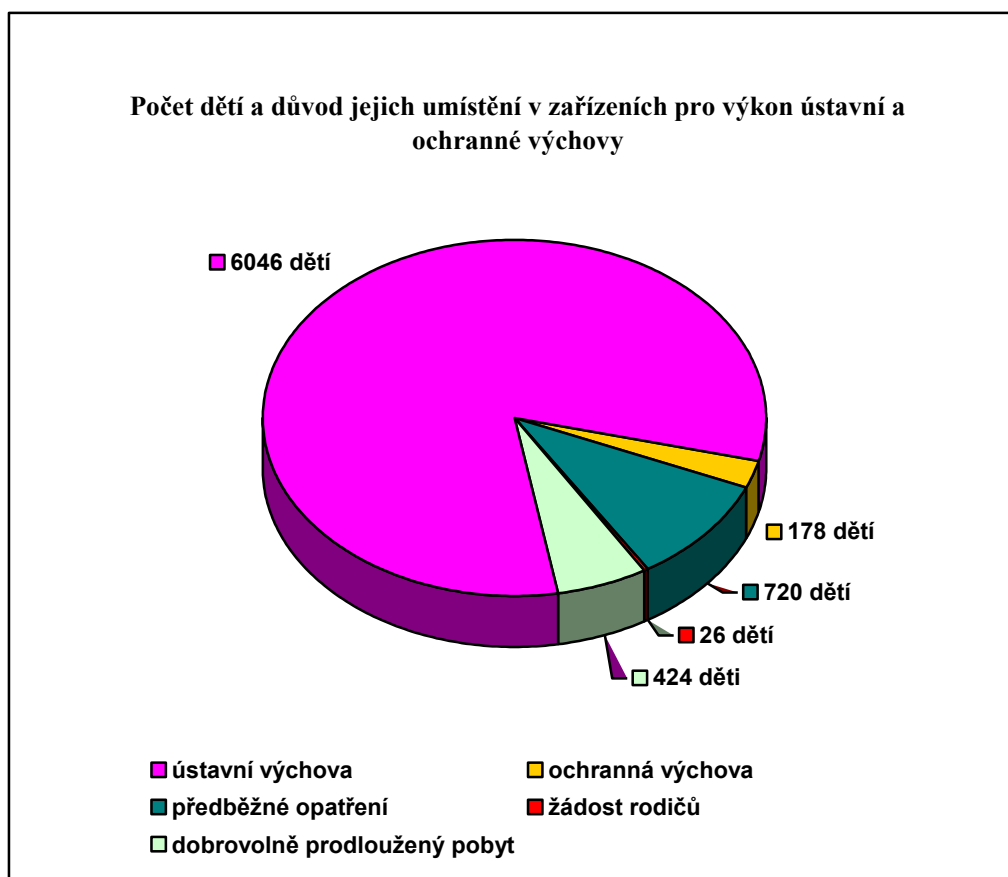
Další legislativní normy pro výkon ústavní a ochranné výchovy:

- Zákon č. 359/1999 Sb., O sociálně-právní ochraně dětí;
- Zákon č. 383/2005 Sb., kterým se mění 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, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony;
- Zákon č. 561/2004 Sb., O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon);
- Zákon č. 563/2004 Sb., O pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů;

- Vyhláška č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní a ochranné výchovy ve školských zařízeních.

Podle Statistické ročenky školství (Ústav pro informace ve vzdělání 2010/2011, on-line) bylo k 31. 10. 2010 umístěno ve výchovných zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy 7 397 dětí. Celkem je v České republice evidováno 228 zařízení pro tyto děti s kapacitou 8 276 lůžek (viz. příloha C).

Graf č. 2



Zdroj: Statistická ročenka školství (Ústav pro informace ve vzdělání 2010/2011, on-line)

Graf č. 2 znázorňuje důvody umístění celkového počtu dětí v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Z důvodu takového počtu dětí je naše

republika považována za stát s velmi vysokým procentem dětí v uvedených zařízeních a je za tento jev poměrně ostře kritizována na evropském i světovém fóru. Z těchto čísel a z dalších údajů vyplývá, že je tato problematika poměrně významná. Přesto leží na okraji zájmu společnosti i MŠMT.

4. Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy

Školskými zařízeními pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy jsou dle zákona č. 109/2002 Sb. diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy. Jedná se většinou o státní zařízení (existuje 5 soukromých dětských domovů a jeden soukromý dětský domov se školou), která poskytují dětem na základě rozhodnutí soudu komplexní péči od 3 do 18, případně do 26 let (Jánský, 2004). Do tohoto systému lze ještě zahrnout střediska výchovné péče, která, poskytují preventivně výchovnou péči. Tuto poskytují na základě smlouvy se zákonnými zástupci v rámci ambulantních nebo pobytových výchovně-terapeutických programů.

„Hlavním východiskem i prioritou pro všechna školská zařízení musí být princip pomoci a ochrany dítěte, nikoliv prvoplánový trest, spojený se společenskou diskriminací“ (Jánský, 2004, s. 95).

Základním úkolem těchto zařízení, která poskytují péči dětem umístěných mimo vlastní rodinu, je zajištění kvalitních a bezpečných podmínek, vytvořených na základě pozitivních emočních vztahů. Aktuální situace sítě školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy se v mnohých případech stále od těchto požadavků značně odlišuje (Jánský, 2004).

„V rámci potřebné diverzifikace je třeba vytvořit specializované domovy, odpovídající svým charakterem specifickým potřebám umístěvaných dětí. Jedná se nejen o potřebná výchovně léčebná zařízení pro děti psychicky oslabené, ale také domovy pro nezletilé matky s dětmi, nebo ústavy s ochranným režimem pro děti a mladistvé, kteří svými násilnými a agresivními sklony ohrožují své okolí“ (Jánský, 2004, s. 97).

Pravdou je, že tyto zařízení již vznikají, ovšem jejich kapacita je nedostatečná a zcela chybí systém následné péče v okamžiku, kdy takový jedinec toto zařízení musí opustit.

4.1 Diagnostický ústav

DÚ přijímají děti s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou nebo s nařízeným předběžným opatřením. Na základě konkrétních znalostí spádových zařízení v rámci regionu a jejich aktuálních možností a kapacity, odpovídají za rozmíst'ování dětí do jednotlivých domovů a ústavů. Úkolem DÚ je během zhruba 8 týdnů výchovně-terapeutického pobytu zpracovat komplexní diagnostiku osobnosti dítěte, vymezit individuální výchovné a vzdělávací priority, včetně doporučení vhodných metod a přístupů. Důležité je dítě stabilizovat a adaptovat k podmínkám ústavní výchovy, včetně zakotvení potřebných hygienických, režimových a výchovných návyků (Jánský, 2004) Jejich povinností je vedle komplexní péče o klienty a jejich následného umístění do vybraných zařízení i monitorování funkčnosti sítě školských zařízení a informování zřizovatele (MŠMT) o jejím stavu a potřebách.

Malach (2007) zmiňuje tyto nejdůležitější úkoly DÚ:

- *diagnostické* – spočívající ve vyšetření úrovně dítěte formou pedagogických a psychologických činností;
- *vzdělávací* – zjišťují úroveň dosažených znalostí a dovedností, stanovují a realizují se specifické vzdělávací potřeby;
- *terapeutické* - směřují k nápravě poruch v sociálních vztazích a v chování dítěte pomocí pedagogických a psychologických činností;
- *výchovné a sociální* – vztahující se k osobnosti dítěte, rodinné situaci a sociálně-právní ochraně dětí, rovněž zajišťuje zdravotní vyšetření dítěte;
- *organizační* – souvisí s rozmíst'ováním dětí do spádových zařízení v rámci regionu, popřípadě i mimo územní obvod, spolupracuje s orgánem sociálně právní ochrany dětí;
- *koordinační* – usiluje o sjednocení odborných postupů s navazujícím zařízením, ověřuje jejich účelnost a směřuje ke sjednocení součinnosti s orgány státní správy a dalšími osobami, zabývajícími se péčí o děti a mladistvé.

Diagnostické ústavy rozdělují na:

4.1.1 Dětský diagnostický ústav

DDÚ je internátní koedukované zařízení pro děti ve věku 6 – 15 let. Za určitých podmínek je možné přijmout i děti předškolního věku, nejdříve však od tří let věku. Základním úkolem školy při DDÚ je diagnostika školních vědomostí a zjištění příčin školních nedostatků. V jedné třídě bývá zastoupeno více věkových skupin. Po skončení vyučování jsou děti rozděleny do výchovných skupin maximálně po osmi a jejich činnost probíhá pod vedením vychovatelů. Po ukončení pobytu v DDÚ se děti vracejí domů (pokud nerozhodne jinak a zákonní zástupci s tímto souhlasí) nebo jsou umístěny v zařízení podle závěrů diagnostického vyšetření.

4.1.2 Diagnostický ústav pro mládež

DÚM je internátní zařízení, přijímající děti a mladistvé, kteří z rozhodnutí soudu nají nařízeno o ústavní výchovu, uloženu výchovu ochrannou nebo je vydané předběžné opatření. DÚM zajišťuje komplexní diagnostické vyšetření jedincům s ukončenou povinnou školní docházkou v základní nebo zvláštní škole, tzn. u jedinců ve věku 15-18 let (Procházková, 2004). Důvodem umístění jsou zpravidla výchovné problémy.

Na základě výsledků komplexního vyšetření, zdravotního stavu, možností a kapacity jednotlivých zařízení jsou následně tyto jedinci umístěni do dětských domovů, dětských domovů se školou nebo výchovných ústavů.

Škola při DÚM umožňuje doplnění základního vzdělání a pokračuje s výukou všeobecně vzdělávacích předmětů. DÚM součástí komplexní terapeutické péče je samozřejmě i zvažování možností profesní přípravy nebo pracovního zařazení.

DÚM současně zajišťuje nutnou péči dětem zadržným na útěku z jiných zařízení po dobu nezbytně nutnou na tzv. záchytném pracovišti.

4.2 Dětský domov

DD zajišťují péči o děti, které nemohou být vychovávány ve vlastní rodině ani v jiné formě náhradní rodinné péče a nemají závažné poruchy chování. Vzdělávají se ve školách, které nejsou součástí DD. Zpravidla jde o koedukované zařízení, do kterého jsou ve věku zpravidla 3 - 18 let (ve výjimečných případech lze ústavní výchovu prodloužit). Děti v DD jsou rozděleny v tzv. rodinných skupinách po 6, maximálně však 8 jedincích, zpravidla různého věku i pohlaví. Vychovatele jsou oslovováni dětmi jako teta a strýc (Školské zákony, 2009).

„V praktické rovině dětské domovy saturují dítěti především sociální a výchovné zázemí, velké procento umístěných dětí přichází jako nechtěné z rozpadlých rodin nebo přímo z kojeneckých ústavů“ (Jánský, 2004, s. 94).

Jánský (2004) rovněž zmiňuje nový fenomén současnosti, kdy do dětských domovů jsou umísťovány děti z důvodů „chudoby“, tedy z rodin, které nejsou schopny materiálně zabezpečit potřeby dítěte. Přestože primárním důvodem pro umístění bývají sociální důvody, velmi často jsou připojené i problémy osobnostní a výchovné.

4.3 Dětský domov se školou

DDŠ jsou speciální školská zařízení, určená pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy dětí, které mají závažné poruchy chování nebo z důvodů psychického oslabení (duševní poruchy) vyžadují specifickou výchovně-léčebnou péči. Mohou zde být umístěny děti zpravidla od 6 let do ukončení povinné školní docházky.

Nemůže-li se dítě po ukončení povinné školní docházky pro pokračující závažné poruchy vzdělávat ve střední škole mimo zařízení nebo neuzavře pracovní vztah, je přeřazeno do výchovného ústavu.

4.4 Výchovný ústav

VÚ poskytují výchovnou, vzdělávací a sociální péči dětem starším 15 let se závažnými poruchami chování. Do ústavu může být umístěno i dítě do 12 let,

pokud má uloženou ochrannou výchovu a v jeho chování se projevují tak závažné poruchy, že nemůže být umístěno v dětském domově se školou.

Při výchovném ústavu se jako jeho součást zřizuje základní nebo speciální škola a může být zřízena jako jeho součást i střední škola (Malach, 2007). Primárním úkolem poskytované výchovně-terapeutické péče je příprava na výkon budoucího povolání.

Každý klient výchovného ústavu má svá práva a povinnosti. Při porušení povinností může být přijato výchovné opatření s negativním dopadem (snížení kapesného, zákaz zúčastnit se aktivity nebo akce organizované zařízením apod). Na druhé straně při výborném plnění povinností může být přijato výchovné opatření, které umožňuje udělení určité odměny věcné nebo finanční, zvýšení kapesného, mimořádné vycházky atd. (Zákon č. 109/2002 Sb.).

„Do dětských domovů se školou a výchovných ústavů, veřejností stále často označovaných jako pastěárky a polepšovny, se dostávají děti na základě závažných poruch chování, které často naplňují skutkovou podstatu trestného činu. I tyto závažné problémy, které bývají důvodem pro nařízení ústavní výchovy nebo předběžného opatření soudu, jsou téměř vždy symptomem dysfunkčnosti rodiny. Tato speciální školská zařízení dětem poskytují specifické výchovně vzdělávací programy, individuálně zpracované dle jejich osobnostních charakteristik (programy rozvoje osobnosti)“ (Jánský, 2004, s. 95).

5. Péče o děti s psychickým a psychiatrickým onemocněním ve výchovném ústavu

V této části práce ukazuje možnosti péče o děti s psychickým a psychiatrickým onemocněním, které trpí poruchami emocí a chování, a na základě rozhodnutí soudu jsou umístěny ve výchovném ústavu.

5.1 Psychiatrická péče

Základem každé terapie je porozumět jedinci, kterému je péče poskytována.

Marková (2006) rozděluje možnosti psychiatrické péče takto:

- *režimová léčba* – důsledné dodržování pravidelného režimu, určité formy ritualizace, pěstování a upevňování správných návyků, různorodost aktivit,
- *psychoterapie* – je jednou z možností ovlivnění nežádoucích způsobů reagování, i když ne vždy je efektivita taková, jak by bylo zapotřebí. Psychoterapeutické působení musí být zaměřeno jak na porozumění vlastnímu chování, tak na osvojení účelných způsobů zvládnání nežádoucích impulzů
- *farmakoterapie* – Léky ze skupiny stimulancií, antidepresiv vyrovnávají nepravidelnost nervové činnosti. Často bývá nutné přejít na depotní preparáty. Medikamentózní terapie zaměřená na redukci nežádoucích projevů jedinců s psychickým a psychiatrickým onemocněním se obvykle používá jako součást celkové psychiatrické léčby. Tento postup je u dětí s psychickým a psychiatrickým onemocněním obvyklý a nutná. Bez správně nastavené medikace mohou tito jedinci být nebezpeční sobě i okolí.

5.2 Psychiatrická zařízení

Tato zařízení poskytují péči v oblasti psychiatrické, ošetrovatelské, psychologické i sociální osobám s psychickým nebo psychiatrickým onemocněním nebo chorobou.

Základním prvkem psychiatrické péče je *ambulantní péče*.

Existují specializované ambulance provádějící diagnostiku, léčbu, rehabilitaci, reedukaci, dětí a dorostu s psychickými a psychiatrickými problémy. Používají různé formy terapií včetně psychoterapeutických přístupů individuálních a skupinových, rodičovské a rodinné terapie. Zprostředkovávají pedagogické a sociální služby v oblasti pedagogické i sociální a spolupracují se zdravotnickými i nezdravotnickými zařízeními a organizacemi.

Do lůžkové péče lze zařadit psychiatrická oddělení nemocnic a psychiatrické léčebny ad. Psychiatrické léčebny poskytují dlouhodobou péči a rehabilitaci osob s duševní poruchou všech věkových kategorií. Pacienti jsou zde hospitalizováni dobrovolně i nedobrovolně. Zde probíhá rovněž ústavní ochranné léčení a vyšetření v rámci soudně znalecké činnosti. Existují léčebny specializované na duševní poruchy u dětí a mladistvých, např. DPL v Opařanech nebo v Havlíčkově Brodě (Marková, 2006).

5.3 Výchovný ústav s výchovně léčebným režimem

Jedná se o zařízení, kde se zařazují děti (15-18, popř. 19-ti leté), u nichž byla zjištěna přechodná nebo trvalá duševní porucha takového druhu a stupně, že nemohou být umístěny v ostatních školských zařízeních. V klientele těchto zařízení se objevuje určité procento epileptiků, agresorů, sexuálních agresorů, sexuálních deviantů, schizofreniků, agresivních psychopatů a řada dalších psychiatrických nebo neurologických diagnóz, které se zde vyskytují.

Současná praxe ukazuje, že procento těchto dětí je velmi významné a kapacita takto specializovaných výchovných ústavů je nedostatečná. Pro chlapce se jedná o Výchovný ústav „Husův domov“ a školní jídelna ve Dvoře Králové nad Labem s kapacitou 24 lůžek. Pro dívky je to Výchovný ústav, SŠ a školní jídelna v Jindřichově Hradci s kapacitou 36 lůžek.

5.3.1 Výchovný ústav „Husův domov“ – specializované zařízení s léčebně výchovným režimem

Výchovný ústav „Husův domov“ ve Dvoře Králové nad Labem byl založen v roce 1992. Jeho součástí je výchovně léčebné oddělení pro děti vyžadující výchovně léčebný režim a oddělení pro mládež ohrožené závislostmi. „Husův domov“ patří do spádové oblasti Diagnostického ústavu v Praze 2, Lublaňská, (Vyhláška č.438/2006 O územních obvodech diagnostických ústavů).

Vzhledem k výjimečnosti tohoto zařízení jsou zde umísťováni klienti z celých Čech i Moravy. Kapacitu 24 lůžek, tj. tři výchovné skupiny po 8 dětech se ukazuje jako nedostatečná. Zařízení je určeno pro chlapce ve věku 15-18, resp. 14-19 let, vyžadující výchovně léčebný režim v důsledku svého psychického či psychiatrického onemocnění.

O umístění dětí tedy rozhoduje výše zmíněný diagnostický ústav. V případě „Husova domova“ bývají klienti většinou přemístěni přímo z DPL (Opařany, Havlíčkův Brod, Opava, Kroměříž ad.) nebo z jiných výchovných ústavů či dětských domovů. Je obvyklé, že tito mají za sebou opakované pobyty na psychiatrických léčebnách.

V zařízení pracují plně kvalifikovaní vychovatelé a jsou zde také přítomny profese, pro jiné výchovné ústavy nespecifické. Na částečný úvazek je zaměstnán psychiatr, na plný úvazek psychoterapeut, dvě sociální pracovnice a tři zdravotní sestry.

Děti s psychickým a psychiatrickým onemocněním, které jsou umístěny na výchovně-léčebném oddělení, jsou ve většině případů zatíženi i lehkou, či středně těžkou mentální retardací. Běžná je rozsáhlá medikace. Koncentrace

těchto postižení vyžaduje vysoce kvalifikovaný přístup. Proto je stále přítomna zdravotní sestra, která podává léky a zajišťuje dohled nad zdravotním stavem. Psychiatr, který pravidelně navštěvuje zařízení, aktualizuje léčbu dětí, případně doporučuje k hospitalizaci v psychiatrické léčebně.

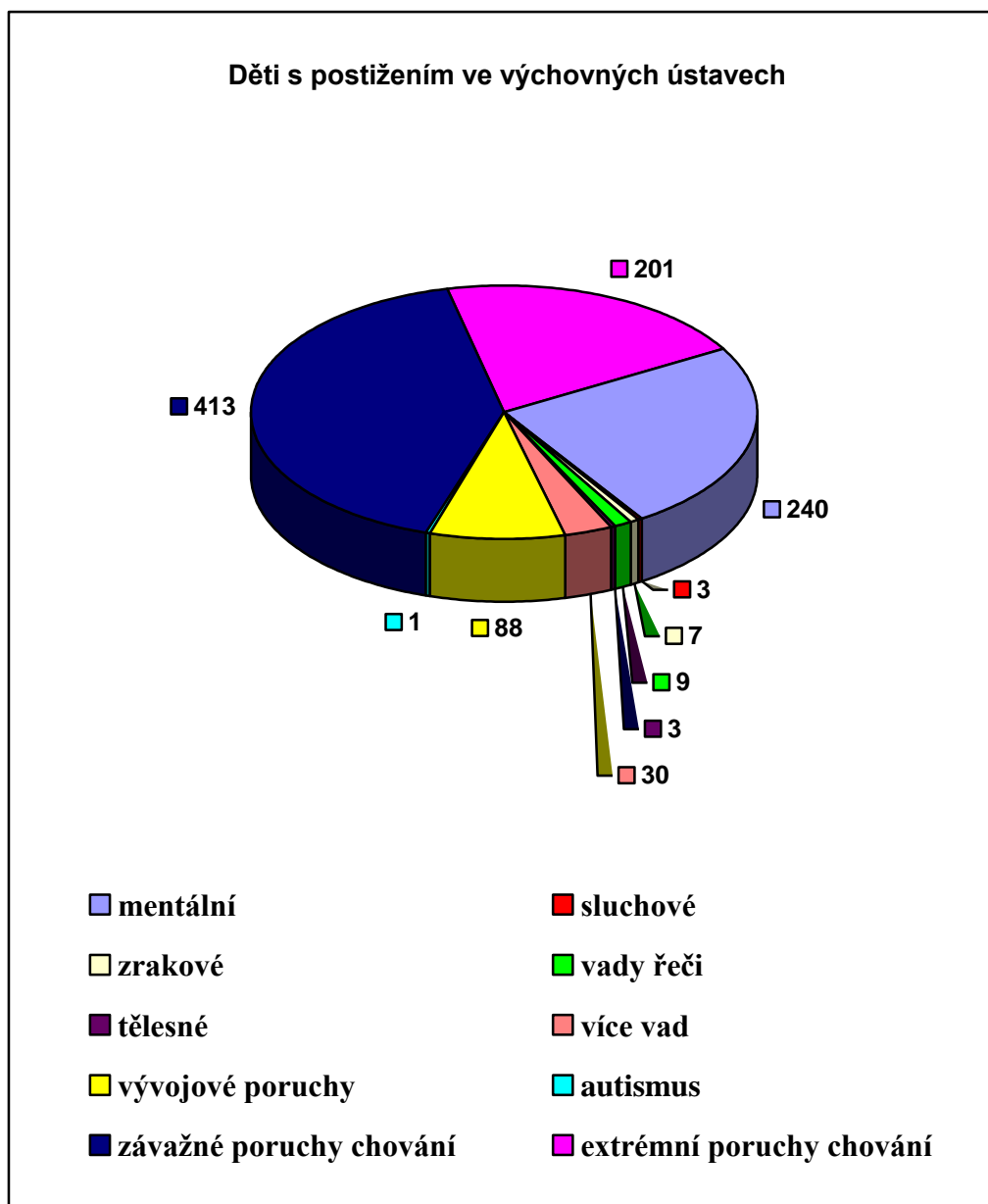
Umístění těchto dětí do školského systému vzdělávání je docíleno v Praktické škole, která je zřízena v rámci ústavu a zohledňuje specifika této klientely výchovného zařízení. Vyučujícímu samozřejmě pomáhá s dozorem asistent a ve třídě je stanoven pevný řád.

Stěžejním prvkem práce je dodržování socializačního programu "Borouk", který byl primárně postaven pro uvedenou cílovou skupinu. Jedná se o komplexní systém, který se skládá z jednotlivých částí, přičemž každá z nich má své pevné místo v tomto programu. Klíčovým je rozfázování dne do jednotlivých aktivit a činností, které jsou časově pevně ohraničeny, což skýtá dětem určitý druh jistoty. Časový harmonogram je tedy režimový, tvoří kratší časové úseky, což umožňuje časté střídání aktivit, které děti lépe zvládají. Podstatné je tedy to, nabídnout dětem jistotu pevného programu, ale zároveň umožnit individuální vyžití dle aktuálních potřeb. Práce je zaměřena na využití arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, canisterapie, hipoterapie a dalších speciálně pedagogických metod a technik. V praxi se osvědčilo využívat turistiku, neboť vzhledem k umístění zařízení se nám nabízí velké množství turistických tras a za pomoci pevných odpoledních a víkendových programů děti navštěvují zajímavá místa v regionu. Tímto způsobem se chlapcům dostává nejen vyžití sportovně pohybového ale také kulturně vzdělávacího.

Jak již bylo zmíněno, součástí „Husova domova“ je také oddělení pro klienty ohrožené závislostí. Toto oddělení sídlí v nedaleké vesnici Bílá Třemešná a je všeobecně známo pod názvem „Poklad“. Kapacita tohoto zařízení je rovněž 24 lůžek. Také zde jsou přijímáni chlapci s nařízenou ústavní, případně uloženou ochrannou výchovou s ukončenou povinnou školní docházkou. Důvodem bývá abúzus alkoholu a nealkoholových drog a tito jsou přímo ohroženi závislostí. Klienti jsou relativně psychicky zdraví jedinci, ale jejich zdravotní zatížení je neméně závažné. Převážná většina klientů prodělala

různé hepatitidy typu A, B, C, někteří dokonce všechny tři druhy. Dále se potýkají v důsledku závislosti na omamných prostředcích s různými problémy, nespavostí, neurózou, třesem, poškozením jater, špatnou funkcí ledvin atd. Chlapci se podrobují minimálně pětíměsíčnímu programu, a poté jsou propouštěni na dlouhodobé terapeutické dovolenky nebo podmíněčné propuštění mimo ústav. Do skončení ústavní výchovy jsou v péči AT (alkoholicko-toxikologické) poradny v místě bydliště. Zde jsou umístováni klienti přímo ohrožení drogou a ve většině případů je jejich pobyt nedobrovolný. Terapie na oddělení je režimová a zátěžová, která je doplněná terapií zážitkovou (raftování, lyžařský výcvik, hipoterapie atd.). Část programu tvoří i pracovní terapie, která probíhá pod dozorem pracovních instruktorů. Na závěr každého terapeutického běhu je pořádána rodinná terapie, kdy si chlapci koupí „prase“, pozvou rodiče a společně se sociálními pracovníky, vychovateli, ředitelem hodují a probírají uplynulé období strávené na „Pokladě“. Celá akce je doplněna doprovodnými programy, jako je přednáška ředitele pro rodiče i děti o škodlivosti drog, ukázkami arteterapie, hudební produkcí apod.

Graf č. 3



Zdroj: Statistická ročenka školství (Ústav pro informace ve vzdělání 2010/2011, on-line)

Nedostatečný počet těchto zařízení je důvodem a jejich omezená kapacita jsou důvodem, že diagnostické ústavy jsou nuceny umisťovat tyto děti i do výchovných ústavů s běžným režimem, přestože provedená diagnostika jasně prokázala takové postižení, které je důvodem umístění jedince do zařízení s výchovně-léčebným režimem. Graf č. 3 ukazuje počty dětí u jednotlivých druhů postižení, které byly k 31. 10. 2010 umístěny ve výchovných ústavech (viz. Příloha B). Celkový počet dětí s postižením 995 umístěných ve

výchovných ústavech potvrzuje, že kapacita specializovaných zařízení typu výchovných ústavů s výchovně-léčebným režimem je nedostatečná.

PRAKTICKÁ ČÁST

6. Cíle, úlohy šetření a metody práce

V této kapitole diplomové práce se uvádí a vyhodnocují konkrétní případové studie třech chlapců, kteří procházejí ústavní výchovou ve Výchovném ústavu v Hostinném. Na pozadí výsledků dosažených za dobu jejich pobytu v zařízení, jsou vyhodnoceny možnosti a výsledky výchovy a vzdělávání dětí s psychickým a psychiatrickým onemocněním v podmínkách výchovného ústavu v Hostinném, tedy v zařízení, které nemá oddělení s výchovně-léčebným režimem. S tím samozřejmě souvisí i efektivita práce, tzn. Vyhodnotit, zda pobyt ve výchovném ústavu přispěl k rozvoji těchto klientů a nastínit prognózu možné úspěšnosti při zařazování do běžného života po ukončení ústavní výchovy. Cílem je také nalézt další možnosti zkvalitňování práce s těmito jedinci, která by pomohla zvýšit efektivitu z hlediska kvality jejich života i z pohledu celé společnosti.

Základním úkolem šetření této práce je předpoklad, že úspěšnost stávající formy ústavní výchovy je velmi omezená. Výsledný efekt neodpovídá vynaloženému úsilí, ani prostředkům a tito jedinci jsou bez následné celoživotní podpůrné péče v dospělosti do běžné společnosti prakticky nezařaditelní.

Jedná se o šetření kvalitativní, s použitím metoda individuálních případů a technik analýzy dokumentů, nestrukturované participační pozorování, nestrukturované rozhovory.

7. Vymezení okruhu osob a místa šetření

Výchovný ústav, střední škola a školní jídelna, B. Smetany 474, Hostinné

Do tohoto zařízení jsou přijímáni chlapci s ukončenou základní školní docházkou, s nařízenou ústavní (výjimečně i ochrannou) výchovou, či na základě předběžného soudního rozhodnutí. Kapacita zařízení je 40 klientů, tzn. 5 výchovných skupin po 8 klientech.

Zařízení poskytuje klientům možnost vzdělání a profesní přípravy v těchto oborech:

Střední odborné učiliště – stavební výroba – zajišťuje odbornou přípravu pro výkon profese zedník

Praktická škola – zajišťuje přípravu na výkon jednoduchých činností ve stavebnictví

Klienti jsou do ústavu přijímáni pouze prostřednictvím Diagnostického ústavu Praha 2, Lublaňská 33, k němuž ústav regionálně patří. Z jiného diagnostického ústavu, či jiného ústavu pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, jsou klienti přijímáni pouze po konzultaci a se souhlasem Diagnostického ústavu v Praze – Lublaňská. Možnost přijetí je samozřejmě i během celého školního roku a klienti jsou umístěni do 1. nebo 2. ročníku s ohledem na předchozí okolnosti, dosavadní úroveň dovedností a vědomostí a jejich dosavadních vysvědčení.

Klienti mají vždy diagnostikovány poruchy chování a emocí, jako průvodní diagnóza se objevuje disharmonický vývoj osobnosti, citová deprivace, impulzivita a emoční nestabilita.

Sociální stratifikace mezi klienty se oproti minulosti značně snížila. Klienti z vyšších sociálních tříd jsou umísťováni minimálně a stávající osazenstvo výchovného ústavu je z tohoto hlediska poměrně homogenní. Klienti ve většině případů pocházejí ze sociálně slabých rodin. Z těchto důvodů lze pozorovat menší sociální napětí mezi klienty, nutné je ale přiznat že velmi narůstá citová deprivace. 80% klientů pochází z neúplné rodiny. A i v těch 20% úplných rodin je toto prostředí mnohdy neuspokojivé. Týká se to rodin, kdy se rodiče

dopouštějí trestné činnosti nebo jsou ve výkonu trestu. Nezanedbatelná část klientů pochází z rodin, kde selhala pěstounská nebo adoptivní péče. Mnozí se případy, kdy jsou rodiče zbaveni rodičovských práv.

Z výše uvedených důvodů, se stále častěji setkáváme závažnými psychiatrickými i jinými onemocněními, které vyžadují soustavnou intenzivní individuální péči.

Další skupinu tvoří klienti s psychickými problémy a psychiatrickou léčbou, kde průvodním znakem poruchy chování spojené s trestnou činností. Tito jedinci by měli být primárně umisťováni do výchovných ústavů s výchovně léčebným oddělením. Opakované dlouhodobé hospitalizace v psychiatrických léčebnách nejsou u těchto klientů výjimkou.

Stále častěji jsou u těchto klientů diagnostikovány různé formy agresivity, počínaje hostilitou, přes verbální a stále častější je agresivitu brachiální. Převažují formy heteroagrese vůči věcem, ostatním klientům a také stále častěji vůči dospělým. Časté jsou projevy sebepoškozování

Objevují se suicidiální proklamace, které lze považovat za naučené účelové chování, které si klienti osvojují v psychiatrických léčebnách. V 90 % případů je u těchto klientů diagnostikována mentální retardace. Časté jsou poruchy osobnosti (psychopatie). Vyskytují se i klasické psychózy, jako je schizofrenie.

Klienti s tímto postižením často enurézou, či enkoprézou, kterou ovšem nevnímají jako problém.

Poruchy chování, které byly důvodem nařízení ústavní výchovy a umístění klientů do Výchovného ústavu v Hostinném, lze charakterizovat jako obvyklé a typické pro klientelu výchovných ústavů. Trestné činy jsou zastoupeny krádežemi, znásilněním, loupežným přepadením, vloupáním, ublížením na zdraví, apod. Dále je ve větší míře zastoupeno záškoláctví, nerespektování autority, útěky, vandalizmus.

Sledování úspěšnosti klientů po ukončení pobytu ve výchovném ústavu je za současné právní úpravy téměř nemožné. Vzhledem k ochraně osobních údajů není možné ani povinné takového klienta sledovat. Informace jsou tedy shromažďovány nahodile na základě dobrovolnosti nebo osobních kontaktů se sociálními pracovníky, policisty, rodiči. Dobrá je v tomto směru spolupráce s pracovníky Domů na půl cesty. Pouze na základě těchto informací, které jsou shromažďovány dobrovolně a nesystematicky, lze usuzovat, zda ústavní výchova splnila svůj účel a zda klient po odchodu ze zařízení našel odpovídající uplatnění.

Handicap psychického a psychiatrického postižení klienty po propuštění z ústavní výchovy velmi limituje. Pokud se nevrací do biologické rodiny, stávají se klienty azylových domů, domů na půl cesty apod. Zde bývají často neúspěšní, neboť nejsou schopni hospodařit se svými financemi, jejich postižení bývá důvodem konfliktů s personálem a oni po čase musí odejít. Ústavy sociální péče tyto klienty odmítají, neboť velmi často diagnostikovaná agresivita bývá kontraindikací pro přijetí do ÚSP.

Potřeba specializovaného zařízení, které by poskytovalo následnou péči agresivním, psychicky nemocným dospělým neexistuje. Velmi rozšířenou praxí je prodloužení ústavní výchovy klientům s psychickými problémy a psychiatrickou léčbou do 19 let. Toto opatření by totiž mělo primárně loužit k umožnění dokončení vzdělání. Zde se jedná pouze o odložení řešení problému.

Následný přehled, vycházející z interních statistik Výchovného ústavu v Hostinném, ukazuje výstupy dětí psychickým problémem a psychiatrickou léčbou v období 2009-2011.

- 11 dětí – rodina
- 5 dětí – jiný výchovný ústav
- 4 děti – dům na půl cesty
- 1 děti – psychiatrická léčebna
- 1 dětí – ústav sociální péče
- 1 dítě – výkon trestu odnětí svobody

- 1 dítě – úmrtí
- 6 dětí nezjištěno

Vzhledem k tomu, že mnozí z těchto klientů disponují po ukončení ústavní výchovy větší sumou peněz (sirotčí nebo invalidní důchod) jsou z tohoto důvodu pro biologickou rodinu (která se o ně léta nezajímala) velmi atraktivní. Bohužel je pravdou, že po vyčerpání finančních rezerv dochází k ochlazení vzájemných vztahů a klient často končí na ulici. Z tohoto důvodu je počet dětí odcházejících zpět do rodiny zkreslující.

8. Případové studie klientů VÚ

8.1 Milan

Jedná se o romského chlapce, který letos bude plnoletý. Je štíhlé postavy, laicky tetovaný na různých částech těla. Rád se dobře obléká. Nyní se nachází ve Výchovném ústavu v Hostinném.

Rodinná anamnéza

Rodiče nikdy nežili ve společné domácnosti, nikdy nebyli oddáni. Z rozhodnutí soudu byl Milan svěřen do péče matky, otec platí výživné. Matku lze charakterizovat jako ženu s nižším intelektem, která je psychicky labilní. V minulosti byla opakovaně léčena v psychiatrické léčebně. Žije ve společné domácnosti s novým partnerem. Z nového vztahu se jí narodily dvě dcery. Na svém druhovi je zcela finančně závislá. Druha lze charakterizovat jako závislého alkoholika, který nemá trvalé zaměstnání a výchovu dětí nemá zájem. Příjmy rodiny jsou pod hranicí životního minima. Sociální dávky nelze rodině poskytnout, neboť matka toto nedokáže vyřídit. Děti mají zajištěny základní potřeby i lékařskou péči, chodí do školy, matka spolupracuje jak se školou, tak s orgány OSPOD. Výchovu dětí není schopna zvládnout, proto ji pomáhá pěstounská matka. S ní má však časté konflikty. S Milanem není v kontaktu, již více než dva roky.

Otec je dlouhodobě bez zaměstnání nyní je ve výkonu trestu. Milan se opakovaně pokoušel o kontakt s otcem, ale bez úspěchu. Jiné podstatné informace nejsou známy.

Osobní anamnéza

Informace z raného dětství nelze zjistit. Milan byl ve věku dvou let umístěn na základě rozhodnutí soudu do dětského domova. Matka byla v té době v dlouhodobé péči psychiatrické léčebny a o chlapce se neměl kdo starat. Po návratu z psychiatrické léčebny se chlapec vrátil k matce. První problémy

související s chováním se u Milana objevily již v mateřské škole. Na základě vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně byla odložena povinná školní docházka o 1 rok. Během první třídy v základní škole byl Milan umístěn do dětského diagnostického ústavu z důvodů krádeží, kterých se opakovaně dopouštěl. Bylo konstatováno, že matka nezvládá výchovu syna, její intelekt nedává záruku dostatečného rozvoje osobnosti dítěte a soud poté nařídil ústavní výchovu. Matka si byla vědoma problémů, které Milan měl, a s umístěním chlapce do dětského domova souhlasila. Povinná školní docházka byla ukončena v 7. třídě. Nadále se projevovaly problémy s chováním. Odmítal spolupracovat v rámci výchovné skupiny, neplnil své povinnosti. Ve škole odmítal jakoukoliv činnost, při vyučování spal. Měl problémy s respektováním autority učitele i vychovatelů, vyskytovaly se projevy verbální agrese. Agresivní projevy byly zaznamenány i vůči spolužákům i ostatním dětem v dětském domově. Milan byl silný kuřák a svoji veškerou činnost podřizoval shánění cigaret. Pokud neměl cigarety, bylo jedno, jak je získá, zda uteče a koupí si je, nebo je ukradne. Bylo zjištěno zneužití marihuany. Pro ostatní děti se stal autoritou (ovšem negativní) a Milan tohoto zneužíval. Naváděl ostatní děti k útěkům, kouření, nutil je vykonávat své povinnosti. Jezdil na pravidelné dovolenky k matce. Po návratu se začaly objevovat suicidální proklamace, které vyvrcholily sebepoškozování. Z tohoto důvodu byl umístěn do DPL Opařany.

Dětský domov na základě zhoršujících se projevů poruch chování požádal o přemístění Milana do výchovného ústavu. Milan byl přemístěn do Výchovného ústavu v Hostinném, kde pobývá dosud (v současné době rok a půl). Zde byl zařazen do zdejší Praktické školy.

Chlapce lze hodnotit jako impulzivního jedince, který nemá problém v kontaktu s dospělými i dalšími klienty VÚ. V kolektivu často používá k vlastnímu prosazení svoji fyzickou převahu. Konflikty řeší nepřiměřeně a pomocí verbální nebo i fyzické agrese. Kritiku své osoby nedokáže přijmout, snaží se své problémy svádět na ostatní.

Ve škole je pasivní, často spí, okázale dává najevo nezáměr. V psychicky zátěžových situacích je nejistý, nevěří si. Fyzicky náročné úkoly naopak vyhledává a rád demonstruje svoji fyzickou sílu a vytrvalost. Při úkolech vyžadující intelektové schopnosti není schopen koncentrace a tyto bez přímého vedení nezvládá. Na Milanovi je zcela zřejmá emoční labilita.

Během pobytu ve Výchovném ústavu v Hostinném došlo u Milana k pozitivním změnám v jeho chování. Počáteční výše zmíněné problémy v dnešní době jsou vyvažovány aktivitou při činnosti výchovné skupiny (zvláště při sportovních aktivitách). Tyto pozitivní formy chování dnes již převažují, včetně plnění povinností vyplývajících z vnitřního řádu VÚ. Je ovšem nutné rovněž dodat, že Milan je také v současné době stíhán PČR pro podezření se spáchání trestného činu loupeže a ublížení na zdraví.

Zdravotní situace

Chlapec je medikován následovně: Zoleptil 100mg, 4 x denně (léčba psychóz), Afluditen 1 amp. po 14 dnech (léčba psychóz).

Zpráva DPL Opařany, kde byl hospitalizován, uvádí následující diagnózu:

poruchy chování nesocializované, nerovnoměrný vývoj osobnosti, experimenty s psychoaktivními látkami, citová deprivace.

Závěr psychiatrického vyšetření:

orientován, osobnost retardovaná, impulzivní, se sociálně maladaptivními vzorci, inteligence v pásmu LMR, kontakt navazuje ochotně, spolupracuje, odpovědi v normě, výrazná lhavost, výrazná deprivace, omezená slovní zásoba, nevytvořené sociální normy, bez kritického náhledu k svoji osobě, nemotivován, slabá volní složka osobnosti, psychotický,

Závěr

Milan je v ústavní výchově od začátku povinné školní docházky. Nižší inteligence a sklony k závadovému chování ve spojení s trestnou činností

nedávají dobrý předpoklad pro další vývoj po ukončení ústavní výchovy. Milan má oprávněnou obavu o svoji budoucnost, kterou si však nedokáže představit.

Jeho představy jsou pouze obecné, chce dům, dívku, práci. Bližší konkretizaci odmítá. Vzhledem k tomu, že rodiče nemají o chlapce zájem, Milanovi je vyjednáno, po ukončení ústavní výchovy, pobyt v domě na půl cesty. Otázkou je zda bude Milan ochotný respektovat řád takového zařízení. Rovněž následná psychiatrická léčba je problematická. Prognóza je velmi nejistá a pravděpodobnost konfliktu se zákonem velmi vysoká.

8.2 Štefan

Chlapec byl přijat do prvního ročníku Praktické školy Výchovného ústavu v Hostinném v srpnu 2011, po přemístění z dětského domova se školou.

Rodinná anamnéza

Matka je neslyšící, s vadou řeči, podprůměrným intelektem a výchovu chlapce a jeho dvou sourozenců nezvládala. Otec na něho vzhledem k pracovním povinnostem nedohlížel. Po příjezdu do Čech je jedinou autoritou v rodině babička, která zlobení dětí řeší „křikem na chlapce i matku, pliváním, bitím, mlátí i sourozence, děda také matce nadává, někdy se opije a popral se i s otcem“. V současné době rodiče bydlí na městské ubytovně a o chlapce nejeví žádný zájem. Nezájem dle vyjádření předchozího zařízení trvá již několik let a chlapec jím velice trpí. Zvláště v době odjezdu jiných klientů domů dochází k projevům emoční lability a vzrůstá možnost konfliktu.

Osobní anamnéza

Jedná se o chlapce ve věku 17-ti let pocházejícího z romské rodiny, která přijela ze Slovenska na návštěvu do Čech za babičkou (matkou otce) a již zde zůstali.

Školní docházku započal v Košicích. Škola, kterou navštěvoval až do 4. třídy jej hodnotí jako neukázněného, nezvládnutelného, tvrdě si vynucujícího pozici ve skupině, ale i u dospělých. Pokud nebylo po jeho, byl vulgární a silně

vznětlivý, dostával se až do neuvěřitelného afektu. Zpočátku musel být vyčleněn z kolektivu ostatních dětí. Byl neklidný, nerad se učil, pozornost odpoutával od učení, jen aby nemusel pracovat. V této době byl také poprvé hospitalizován na dětské psychiatrii v Hrani, okr. Trebišov. Po tomto pobytu je již trvale medikován a nastává zlepšení. Škola uvádí možnost krátkodobé motivace, ochotu pracovat, větší soustředění. Je slušnější a vstřícnější.

Po příjezdu do Čech však přestal chodit do školy. Vzhledem k tomu, že chlapec je slovenské národnosti, neměl odpovídající zdravotní pojištění a neužíval v této době odpovídající léky. Jedinou autoritou v rodině je babička, ta však často řeší problémy neadekvátně – fyzickými tresty. Vše vyvrcholilo telefonátem Štefana na linku důvěry, že ho doma, zvláště pak babička, bijí. Po následném pohovoru babička připouští fyzické tresty a chlapec je na základě předběžného rozhodnutí soudu umístěn v Dětském diagnostickém ústavu. Následně je soudem nařízena ústavní výchova. Po tříměsíčním pobytu v Diagnostickém ústavu je chlapec umístěn do Dětského domova. Poté je přemístěn do Dětského domova se školou a od září 2011 je umístěn ve Výchovném ústavu v Hostinném, kde byl přijat do dvouletého učiliště – praktické školy. Během pobytu v Dětském domově i v Dětském domově se školou byl opakovaně hospitalizován v Dětské psychiatrické léčebně pro afektivní záchvaty, při kterých ohrožoval jak ostatní klienty zařízení, tak i dospělé pracovníky. Po těchto pobytech (společně s úpravou medikace) dochází k dočasnému zlepšení jeho stavu. Chlapec je osobnostně značně labilní, impulsivní, s projevy emoční deprivace. Výchovně zanedbaný, s narušenými sociálními vazbami. V zátěži trpí afektivními záchvaty, neorganickou enurézou, poruchami spánku. Po zvýšené medikaci a při intenzivní individuální etopedické péči tyto problémy ustupují. Má negativní vzpomínky na babičku a dědu, touží po rodičích, trpí jejich nezájmem.

Chlapec je ve výchovném ústavu půl roku a doposud nebyl zaznamenán negativní projev v podobě záchvatu. Rovněž problémy s neorganickou enurézou nebyly zaznamenány. Chlapec se na pobyt v zařízení dobře adaptoval. Vzhledem k jeho problémům je ovšem nutná zvýšená individuální péče. Během vyučování je nutné poskytovat čas k odpočinku i spánku

(z důvodu medikace), rovněž zapojení do odborné praxe není z důvodu medikace možné, neboť klienti se pohybují v prostředí zvýšeného rizika úrazu.

Ve třídě bylo rovněž posílit pedagogický dozor přítomností asistenta, protože opakovaně docházelo ke konfliktům s ostatními chlapci. Individuálním přístupem asistenta k výuce Štefana se toto podařilo odstranit.

Ústav spolupracuje s dětským psychiatrem, kdy paní doktorka při vstupním pohovoru projevila údiv, že se chlapec dostal do našeho zařízení a přislíbila pomoc při případném jednání o přemístění klienta do zařízení s léčebným režimem. Zde je ovšem opět překážkou nedostatečná kapacita.

V současné době je domluvena pravidelné ambulantní léčbě, s tím, že se postupně upraví medikace, která nyní způsobuje, že klient nemůže absolvovat odbornou praxi, má problémy s komunikací (špatně artikuluje) a je stále unavený. Samozřejmě nelze vyloučit negativní reakci, ani případnou další hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Problémem zůstává spolupráce s rodinou. Ta o chlapce nejeví zájem a kategoricky odmítá možnost jeho návštěvy doma.

V individuálním plánu rozvoje osobnosti chlapce je nutné klást důraz na:

- citovou podporu, dostatek pozornosti
- pokusit se navázat kontakt s rodinou
- spolupráce s psychologem, psychiatrem
- rozvíjet zájmovou oblast – rád sportuje, pěkně zpívá, výtvarný projev
- posilovat hygienické návyky

Zdravotní situace

Chlapec je medikován od raného dětství. Diagnóza chlapce zní afektivních záchvatů, neorganickou enurézou, poruchami spánku, s intelektem v pásmu lehké mentální retardace.

Medikace v současné době - Tisercin 4 x denně (při psychomotorickém neklidu a vzrušenosti, úzkostných a obsedantních stavech).

Závěr

Štefana lze charakterizovat jako chlapce osobnostně nezralého, citově deprivovaného a nevyrovnaný, který se nedokáže orientovat v běžné realitě. Nemá reálnou představu o své budoucnosti. Po umístění v ústavní péči, střídal výchovná i léčebná zařízení. Rodina o něho nejeví dlouhodobě žádný zájem. Od dětství je vznětlivý, v zátěži má tendenci k agresivitě. Dokáže být i milý, touží po přátelství. Již nyní je nutné řešit dlouhodobou otázku „kam půjde?“. Zatím se ji nedaří uspokojivě zodpovědět. Samostatný život bez dozoru chlapec nezvládá. A z pohledu výchovného ústavu vhodná zařízení typu ÚSP, po prostudování dokumentace odmítají o jeho umístění být jenom jednat, díky stále přetrvávající agresivitě, která se ukazuje jako zásadní kontraindikace vzhledem k umístění. Nenašlo se zatím žádné zařízení, které by bylo pro Štefana vhodné, resp. které by bylo ochotné mu pomoci.

8.3 Josef

Chlapec byl do Výchovného ústavu v Hostinném umístěn v září 2011. Byl přemístěn z Dětského domova se školou Boletice z oddělení pro extrémní poruchy chování. Je zcela zřejmé, že chlapec má výrazně nízkou úroveň rozumových schopností a dalších kognitivních funkcí. Byl zařazen do prvního ročníku učebního oboru – praktická škola.

Rodinná anamnéza

Narodil se jako manželské dítě, má pět sourozenců. Otec byl neléčený, agresivní alkoholik, který zemřel, když byly chlapci 2 roky. Matka má základní vzdělání, v dětství byla psychiatricky léčena. Žije ve společné domácnosti s druhem, který je alkoholik, bije a týrá matku i děti. Sourozenci jsou rovněž v ústavní výchově. Dva bratři byli již stíháni pro trestnou činnost. Rodina je nefunkční. Styk s chlapcem je pouze telefonický a pohybuje se v rovině slibů. S pracovníky ústavu matka komunikuje ve smyslu, že chlapce nemůže navštěvovat a vše odkazuje na špatnou finanční situaci. Jediný zájem projevuje

o peníze, které chlapci chodí na konto jako sirotčí důchod a styk s chlapcem podmiňuje čerpáním těchto prostředků. Toto ovšem není umožněno a celá částka bude chlapci k dispozici v době zletilosti, kdy rovněž končí ústavní výchova.

Osobní anamnéza

Chlapec se v řádném termínu, porod byl spontánní, záhlavím. Vážil 4.600g, měřil 54 cm. V prvním roce byla chlapci operována tříselná kýla. Ve dvou letech byl hospitalizován pro zánět střev. V jedenácti letech byl hospitalizován na urologické klinice pro náhle vzniklou hematurii, dysurii. Při této příležitosti byla zjištěna zakrnělá a nefunkční pravá ledvina.

V sedmi letech byl zařazen do ZVŠ, opakoval již 1. třídu. Základní školní docházku ukončil v 7. třídě. Ve škole byl hodnocen jako velmi slabý, nemotivovaný žák. V devíti letech byl pro týrání a zanedbávání přijat do Dětského domova. Zde se opakovaně projevuje jako agresivní a nezvladatelný jedinec a je opakovaně hospitalizován v Dětské psychiatrické léčebně (celkem 12 pobytů). Přesněji se jedná o dlouhodobý pobyt (6 let) v léčebně, který je přerušován krátkými pobyty v dětském domově. Při pobytu v DPL se rovněž projevil epileptický záchvat, který se ovšem již neopakuje. Během pobytu v DPL se projevuje u chlapce porucha osobnosti s rysy anetismu, impulzivity a explozivity. Agresivita se stupňovala a chlapec bezvýběrově napadal spolupacienty i personál. Opakovaně došlo k těžkému ublížení na zdraví spolupacienta, v jednom případě s ohrožením života. Chlapec není schopen empatie ani rozumové korekce svého chování, není možné je odklonit psychologickými prostředky, což je velmi náročné, vzhledem k jeho současným fyzickým dispozicím (175 cm, 95 kg). Z těchto důvodů byl s DPL propuštěn s příslušnou medikací a doporučením, že při nutnosti další hospitalizace je třeba volit psychiatrické zařízení pro dospělé (zde je následně odmítnut s odůvodněním, že vzhledem k věku jej nelze umístit na oddělení pro dospělé).

K dalšímu vzdělávání, jak již bylo zmíněno, byl zařazen do učebního oboru – praktická škola. Přestože má ukončenou na základní školu, je zcela zřejmé,

že trivium si osvojil pouze částečně. Nezvládá učivo v základních předmětech. Čte pomalu, přečtenému nerozumí, obtížně se orientuje v řádku i na stránce, v textu snadno přeskakuje. Opis slov nezvládá, písmo je obtížně čitelné. V matematice sčítá a odčítá do dvaceti, aktivně k tomu využívá prstů. Písemné sčítání, odčítání, násobení a dělení, samostatně nezvládá. Ke všem činnostem potřebuje přímé vedení a dohled asistenta. Doba spolupráce je omezená výkyvy pozornosti, podněty je potřeba častěji střídat a motivovat chlapce k dokončení úlohy. Jeho myšlení je konkrétní, řeč chudá. Je submisivní. Jedná se o poruchu na úrovni lehké mentální retardace. Vzhledem k nízké úrovni rozumových schopností lze pozorovat typické odlišnosti v adaptačních schopnostech. Není schopen zvládat běžné situace. Ty pro něho znamenají zátěž a dochází k neadekvátnímu impulzivnímu reagování. Je pod vlivem silné medikace. Značným problémem je rovněž psychická deprivace. Matka o něho nejeví zájem, také je zde značná deprivace způsobená ústavními pobyty. Používá omezenou slovní zásobu, stavba vět je jednoduchá, snaží se zastírat, vyhýbá se otázkám. Má sníženou náladu, je nesoustředěný, vyčerpaný. Momentálně bez suicidálních proklamací a sebepoškozování. Zcela absentuje autokritika a pocity viny. Zřejmá je separační reakce. V chování chlapce se objevují prvky verbální i brachiální heteroagresivity, projevující se občasnými afektivními rapty na základě zkratkovitého jednání, dále nízká frustrační tolerance, nízké sebevědomí, snaha o upoutání pozornosti.

Další vzdělávání je možné pouze za využití individuálního plánu. Žádoucí je individuální terapie (práce s asistentem), se zaměřením na zvládání, či omezování častých afektivních stavů, nabízení lepších, vhodnějších variant. Lze doporučit vytvoření prostoru, kde takto handicapované děti s výraznými poruchami chování mohou odbourávat stres a napětí. Prostor k relaxaci, kde se snižuje neklid, agresivní projevy chování, kam má chlapec přístup, a kde je možné a vhodné, aby jeho okamžitý stav odezněl a nedělo se tak v přítomnosti kolektivu.

Zdravotní situace

U chlapce je diagnostikována porucha osobnosti s rysy anetismu, impulzivity a explozivity. Chlapec je medikován od ranného dětství.

Medikace : Depakine Chrono 500mg 3 x denně (protizáchvatové účinky, snižuje možnost vzniku epileptických záchvatů), Tisercin 25mg 5 tbl. denně (při psychomotorickém neklidu a vzrušenosti, úzkostných a obsedantních stavech), Chlorprothixen 1 tbl. denně (při úzkosti a depresích, neurózách, má sedativní účinek)

Závěr

Citace ze zprávy psychologa, která byla vypracována před přijetím Josefa do Výchovného ústavu:

Správné posouzení chlapcova stavu a případných poruch, které se u něho rozvinuly, je důležité pro jeho další vývoj a místo ve společnosti. Také, a to zejména, je to důležité z hlediska jeho léčby a samozřejmě i výchovy v rámci jeho možností. Chlapec se dopouštěl agresivních a dalších poruch chování. Nikdy však nebyla řešena otázka, zda se jedná o poruchy chování, na které je nutné působit formou korekce v rámci Výchovného ústavu ve smyslu jeho poslání. Nebo naopak, zda se jedná o problém symptomatický. Zda jeho chování nesouvisí s poruchou, kterou Výchovný ústav vzhledem ke svému poslání, není kompetentní řešit a ani na to není připraven a uzpůsoben. Abychom mohli kvalifikovat chování jako takové, že pro jeho řešení je kompetentní Výchovný ústav, musí mít obecně jedinec problémy ve schopnostech autoregulace. Musí ale chápat význam a podstatu společenských norem. Zásadně podstatná pro řešení poruch chování je tedy otázka mentální úrovně. O poruše chování lze ve výše uvedeném smyslu hovořit pouze v případě, že jedinec normy chápe. O poruchu chování, kterou by měl řešit Výchovný ústav, nejde, pokud není význam norem chápán z důvodu mentální poruchy. Typicky se jedná o problém mentální retardace. A to je právě tento případ.

Lze očekávat, že vzhledem k odlišnostem v mentální úrovni a v adaptačních schopnostech, se může v prostředí Výchovného ústavu chlapec

setkávat s větší pravděpodobností s využíváním, zesměšňováním, ústrky apod. Mohl by se stát i objektem agrese. Vzhledem k osobnosti některých jedinců s uloženou ústavní, či ochrannou výchovou je to i pochopitelné.

Doporučujeme podrobit jmenovaného diagnostice v rámci odborné sociální péče. Navrhujeme jeho umístění do zařízení charakteru sociální péče pro osoby s mentálními poruchami a handicapem.

Konec citace. Zůstává otázkou proč tato zpráva, zůstala při umístění chlapce do Výchovného ústavu opomenuta. Ze spisu chlapce vyplývá, že ať byl v jakémkoli zařízení, primární snahou tohoto zařízení bylo se ho zbavit za každou cenu. V žádosti Dětského domova o jeho urgentní přemístění do Výchovného ústavu dokonce uvádějí jako důvod nezvladatelnosti výšku 195 cm a váhu 98 kg. Nyní po třech letech, kdy se dostal do našeho zařízení, měří 177 cm a váží 90 kg.

Možnost jeho umístění po dovršení 18-ti let a ukončení ústavní výchovy se jeví přinejmenším jako problematická.

9. Vyhodnocení

Případové studie, zpracované v předešlé části této kapitoly rozhodně nejsou v rámci klientely výchovného ústavu převažující, naproti tomu nejsou nijak výjimečné a trend těchto případů je vzrůstající. Bohužel prognózy uváděné v citované zprávě se plně míře naplňují nejen v případě Josefa, ale i v případě Štefana, Milana a dalších. V našem sociálním systému a ani v systému speciálního školství však není zařízení, pro které by tito chlapci byli vhodnými klienty. Výchovný ústav, který disponuje oddělením s léčebným režimem (pro chlapce) je pouze jeden a trvale naplněný. A s těmi klienty, kteří jsou obzvlášť problémoví, se hraje jakási „hra na babu“. Takový chlapec během svého pobytu vystřídá i několik zařízení – z důvodů kolegiality, je takto poskytována jistá forma „respitní péče“.

Je zřejmé, že úlohy šetření stanovené na počátku, vycházely ze správných předpokladů. Vzhledem k faktické i předpokládané neúspěšnosti zkoumaných

klientů po ukončení ústavní výchovy v zařazení se do společnosti a zvládnání běžných situací praktického života, jejich častou kriminální dráhu, či závislost na formě ústavní výchovy a neschopnost ji opustit, vyvstává zároveň otázka efektivity současné podoby ústavní výchovy těchto klientů.

Režimová terapie zcela nepochybně nabízí klientům jisté vzory a modely do budoucnosti, avšak zcela potlačuje vlastní aktivitu jedince, jeho samostatnost a iniciativu. Klient zcela postrádá pocit zodpovědnosti na chodu celého zařízení. Determinantem efektivity výchovných programů ve výchovných ústavech je také primární zdravotní stav těchto jedinců. Je nutné si uvědomit, že pokud trvale selhává psychiatrická léčba, bude sebedokonalejší výchovná terapie rovněž neúspěšná.

Proto je na místě otázka, zda má smysl pokoušet se nahrazovat odbornou lékařskou péčí výchovnými prostředky, které jsou v těchto případech většinou neúspěšné. Jsou opravdu děti se závažným duševním postižením těmi, kteří mají být klienty výchovných ústavů? Je vůbec výchovný ústav schopen poskytnout těmto klientům odpovídající zdravotní péči?

Současná organizační forma výchovných ústavů neumožňuje dostatečně diferencovat klienty dle závažnosti jejich poruch a onemocnění. Rovněž možnosti využití a rozvoje jejich schopností je velmi omezený a z pohledu potřeb klientů nedostatečný.

Samotný princip současné formy ústavní výchovy neumožňuje rozvoj samostatnosti a vzdaluje jedince od reality běžného života. V kontextu těchto zjištění, není překvapením, že velká část klientů po skončení ústavní výchovy selže a střetává se zákonem.

Řešením situace v oblasti ústavní výchovy klientů s psychickým a psychiatrickým onemocněním a ústavní výchovy obecně, jsou ve změnách organizačních forem, spolupráce mezi MŠMT, MZ a MPSV, která by vedla k zásadnímu zkvalitnění celoživotní péče o postižené jedince. Samozřejmostí je v současné době opomíjená dlouhodobá práce s rodinou.

ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce a prováděného šetření bylo získat a vyhodnotit výsledky a možnosti výchovy a vzdělávání klientů s psychickým a psychiatrickým onemocněním ve výchovném ústavu.

Výsledek této práce se jeví jako kritický, možná zkreslující. Vzhledem k tomu, že všechny poznatky vycházejí z dlouholeté praxe v etopedických zařízeních a empirických poznatků mnoha odborníků, lze jej považovat za objektivní a správný.

Institucionální péče je v české republice dlouhodobá a její klienti po jejím ukončení nejsou dostatečně připraveni na osamostatnění v podobě běžného života. Zcela chybí systém následné péče a pro klienty s psychickým a psychiatrickým onemocněním neexistuje typ vhodného zařízení.

Východiskem se jeví pouze zásadní změny v organizaci a vytvoření uceleného systému celoživotní péče o postižené jedince.

Primární musí být samozřejmě snaha udržet děti v jejich biologické rodině. Toto se musí dít za maximální podpory státu

Pokud to umožňuje zdravotní stav dětí, příp. stupeň jejich poruch emocí a chování, jeví se jako jedna z možností výchovy a péče o děti a mladistvé se všemi formami postižení, v profesionální pěstounské péči. Tato forma práce však u nás nemá velkou tradici, a bude nesnadné získat dostatečně kvalifikované a motivované profesionální pěstounské rodiny. U závažnějších forem postižení, jsou řešením malé výchovné ústavy komunitního typu, tvořené jednou výchovnou skupinou, dostatečně odborně personálně zajištěné, které by se také, v co největší míře snažily přiblížit rodinné výchově a vycházely s potřeb jedince.

Na tomto místě je třeba si uvědomit, že vždy budou existovat lidé, kteří budou celoživotně na hranici ústavní výchovy a schopnosti samostatného života, kteří opakovaně selhávají a selhávat budou. Potřeba následné péče je určující i vzhledem ke kriminalizaci značné části klientů odcházejících z výchovných ústavů.

Následné péče může mít různý charakter, ale její rozvoj a zkvalitnění je z pohledu efektivity ústavní výchovy naprosto nezbytný. Bez těchto změn budou nemalé prostředky vynakládané na stávající formu ústavní výchovy využity bez odpovídajícího efektu.

Bohužel tato opatření, ale i jakékoliv jiné změny však vyžadují legislativní úpravy. V současné politické situaci však lze těžko očekávat, že při zásadních společenských změnách, krizích a aférách, bude zrovna ústavní výchova, která bude v centru pozornosti, ať již společnosti, či politické reprezentace.

SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH PRAMENŮ

BARTOŇOVÁ, M. *Kapitoly ze specifických poruch učení I: Vymezení současné problematiky*. 1. dotisk 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 128 s. ISBN 80-210-3613-3.

ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování*. Praha: Karolinum, 1997. 415 s. ISBN 80-7066-534-3.

ČERNÍKOVÁ, V. *Sociální ochrana, terciální prevence, její možnosti a limity*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008. 244 s. ISBN 978-80-738-0138-0

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí: Obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 228 s. ISBN 80-7178-888-0.

HORT, V.; HRDLIČKA, M. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 492 s. ISBN 80-7178-472-9.

JANSKÝ, P. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004. 196 s. ISBN 80-7041-114-7.

KOUKOLÍK, F.; DRTILOVÁ, J. *Vzpouza deprivantů : nestvůry, nástroje, obrana*. Nové, přepracované vydání. Praha: Galén, 2008. 327 s. ISBN 978-80-7262-410-2.

MALACH J.; *Teorie metodiky výchovy*. 1.vyd. Praha: Univerzita J. A. Komenského 2007. s. 228 ISBN 978-80-86723-29-7

MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

- MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství* 2. vyd. Praha: Portál, 2011. 344 s. ISBN 978-80-262-0000-0.
- MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Slon, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
- NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2002. 590 s. ISBN 80-200-0689-3.
- NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 1.vyd. Praha: Univerzita J. A. Komenského 2008. s. 228 ISBN 978-80-86723-48-8
- PRAŠKO, J. et al. *Poruchy osobnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 359 ISBN 80-7178-737-X.
- PROCHÁZKOVÁ, M. Uvedení do etopedie. In VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2004. s. 368-379. ISBN 80-7315-071-9.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 1998. 328 s. ISBN 80-7178-252-1.
- ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie*. 3.vyd. Praha: Grada, 1997. 450 s. ISBN 80-7169-512-2.
- SLOMEK, Z. *Základy speciální pedagogiky, etopedie, Zdravotně sociální fakulta*, JU České Budějovice, 2006. Přístup z: <http://www.zsf.jcu.cz/Members/slomek/>
- SOVÁK, M. et al. *Defektologický slovník*. 3. upravené vydání. Jinočany: H&H Vyšehradská, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
- STANKOWSKI, A. *Nárys problematiky etopedie a sociální patologie*. 1. vydání, Praha: Eurounion, 2007, 57 s. ISBN 978-80-7317-062-2
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 178 s. ISBN 80-7178-506-7.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VOCILKA, M. *Netradiční forma prevence poruch chování: náplň činnosti SVP pro děti a mládež*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 1997. 92 s. ISBN 80-902134-8-0.

VOJTOVÁ, V. *Kapitoly z etopedie I.: Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 94 s. ISBN 80-210-3532-3.

ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program: Nástroje pro prevenci, nápravu a integraci*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 207 s. ISBN 80-7178-544-X.

Zákon č. 561/2004 Sb., *O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*, Sbírka zákonů ČR, 2006

Zákon č. 563/2004 Sb., *O pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů*, Sbírka zákonů ČR, 2006

Zákon č. 94/1963 Sb., *O rodině*, Sbírka zákonů ČR, 2006

Zákon č. 99/1963 Sb., *Občanský soudní řád*, Sbírka zákonů ČR, 2006

Zákon č. 359/1999 Sb., *O sociálně-právní ochraně dětí*, Sbírka zákonů ČR, 2006

Zákon č. 360/1999 Sb., *kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálně-právní ochraně dětí*, Sbírka zákonů ČR, 2006

Zákon č. 109/2002 Sb., *O výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy*,
Sbírka zákonů ČR, 2002,

Zákon č. 108/2006 Sb., *O sociálních službách* Sbírka zákonů ČR, 2002,

Zařízení pro výkon ústavní výchovy 2010/2011. Praha: MŠMT ČR, Ústav pro
informace a vzdělávání. Přístup z: <http://www.uiv.cz/clanek/602/1385>

SEZNAM GRAFŮ

GRAF Č. 1 – Děti s postižením v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy.....	14
GRAF Č. 2 – Počet dětí a důvod jejich umístění v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy.....	41
GRAF Č. 3 – Děti s postižením ve výchovných ústavech.....	54

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – Workshop pro pracovníky diagnostických a výchovných ústavů pro mládež.....	I
PŘÍLOHA B – Tabulka.....	II
PŘÍLOHA C – Tabulka.....	III

PŘÍLOHA A



Psychiatrická léčebna Bohnice a Diagnostický ústav pro mládež, Lublaňská si Vás dovoluje pozvat
na

workshop pro pracovníky diagnostických a výchovných ústavů pro mládež,

který se bude konat dne 7.10.2011 v PL Bohnice v suterénu pavilonu 28 od 9 hodin. Hlavním
bodem programu je vzájemné setkání, diskuse a hledání možností spolupráce.

Program:

- 9:00-9:30 MUDr. Šárka Bínová (PL Bohnice) – Možnosti ambulantní péče v PL Bohnice
- 9:30 -10:00 MUDr. Michal Považan (PL Bohnice) – Diagnostika
- 10:00-10:30 Mgr. Lucie Součková (DÚM Lublaňská) – Pedopsychiatrická problematika u dětí s
nařízenou ústavní výchovou
- 10:30-10:45 přestávka
- 10:45-11:15 představení léčebného programu VÚ Husův Domov
- od 11:15 diskuse
- 13:00 předpokládaný konec workshopu

Tab. H1.3: Zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy – děti a mládež podle druhu postižení – podle zřizovatele, zařízení a věku dětí
(podle stavu k: 31. 10. 2010)

Zřizovatel Zařízení Věk dětí a mládeže	Postižené děti celkem		v tom postižení										závažnými poruchami chování	extremními poruchami chování
	mentální	sluchové	zrakové	vadami řeči	tělesné	více vadami z toho hluchoslepi		vývojovými poruchami	autismus	závažnými poruchami chování	extremními poruchami chování			
						celkem	hluchoslepi							
Celkem	1 659	38	110	212	27	231	11	579	15	772	223			
dětský domov ¹⁾	1 929	32	98	187	20	150	11	266	14	-	-			
dětský domov se školou ²⁾	618	1	-	7	2	47	-	191	-	196	10			
výchovný ústav ¹⁾	995	240	3	7	9	30	-	88	1	413	201			
diagnostický ústav ³⁾	324	93	2	5	9	2	4	34	-	163	12			
MŠMT	1 955	497	14	25	8	90	-	313	1	772	223			
dětský domov ⁴⁾	18	8	-	-	1	9	-	-	-	-	-			
dětský domov se školou ²⁾	618	164	1	7	2	47	-	191	-	196	10			
výchovný ústav ¹⁾	995	240	3	7	9	30	-	88	1	413	201			
diagnostický ústav ³⁾	324	93	2	5	9	2	4	34	-	163	12			
Kraj	1 896	1 156	24	98	180	137	11	259	13	-	-			
dětský domov ¹⁾	1 886	1 156	24	98	180	137	11	259	13	-	-			
Soukromník	16	6	-	2	-	3	-	4	1	-	-			
dětský domov ¹⁾	16	6	-	2	2	3	-	4	1	-	-			
Čáslav	9	-	-	5	-	1	-	3	-	-	-			
dětský domov ¹⁾	9	-	-	5	-	1	-	3	-	-	-			
Děti ve věku														
Ve věku před začítím pov. škol. doch.	148	31	4	6	61	2	22	1	20	2	-			
dětský domov ¹⁾	135	25	3	5	57	2	22	1	19	2	-			
dětský domov se školou ²⁾	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-			
diagnostický ústav ³⁾	12	6	1	1	3	-	-	-	1	-	-			
Ve věku povinné školní docházky	2 023	1 059	26	67	128	15	155	10	350	11	188			
dětský domov ¹⁾	1 352	832	24	63	117	13	109	10	183	11	-			
dětský domov se školou ²⁾	543	155	1	6	6	2	42	-	162	-	165			
výchovný ústav ¹⁾	16	1	-	-	-	-	-	-	2	-	13			
diagnostický ústav ³⁾	112	71	1	4	5	-	4	-	5	-	21			
Ve věku po ukonč. pov. škol. docházky	1 695	569	8	37	23	10	54	-	209	2	594			
dětský domov ¹⁾	442	305	5	30	13	5	19	-	64	1	-			
dětský domov se školou ²⁾	74	9	-	-	-	-	5	-	29	-	31			
výchovný ústav ¹⁾	979	239	3	7	9	3	30	-	88	1	411			
diagnostický ústav ³⁾	200	16	-	-	1	2	-	-	28	-	142			

Zdroj: databáze ÚJV

Komentáře:
1) Výchovný ústav pečuje o děti starší 15 let se závažnými poruchami chování. Výjimečně, v případech závažných poruch chování, lze zde umístit i děti s narušenou ústavní výchovou starší 12 let.
2) Při výchovném ústavu může být jako jeho součást zřízena střední škola, ve výjimečných případech se zřizuje střední škola nebo škola pro žáky se SVP.
3) Do dětského domova se školou mohou být umísťováni děti zpravidla od 6 let do ukončení povinné školní docházky.
4) Pobyt dítěte v diagnostickém ústavu trvá zpravidla 8 týdnů, po dobu nezbytného komplexního vyšetření. Po ukončení vyšetření jsou děti umísťovány v zařízeních s dlouhodobějším pobytům.
5) Do dětského domova mohou být umísťováni děti ve věku zpravidla od 3 do nejdříve 18 let. Rovněž se zde umísťují nezletilé matky spolu se svými dětmi.

Tab. H1.1: Zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy – počet zařízení, kapacita, děti a mládež – podle zřizovatele a zařízení

(podle stavu k: 31. 10. 2010)

Zřizovatel Zařízení	Počet zařízení	Lůžková kapacita 1)	Počet ložnic		Počet dětí a mládeže										cizinci z toho z EU 27	dětí na z toho z EU 27 úřadu		
			celkem	z toho čtyř a více lůžkové	celkem	dívký	z toho nezletilé matky	úplní strojní	dětí nezletilých matek	soudního rozhodnutí s výchovou ústavní ochrannou	umístění na základě		dobrovolné prodloužených o pobytu	celkem				
											z toho předběžného opatření	žádosti rodičů					z toho předběžného opatření	žádosti rodičů
Celkem	228	8 276	2 507	194	7 397	3 063	47	50	48	6 046	178	720	26	424	116	445		
dětský domov ²⁾	150	5 181	1 395	105	4 628	2 205	4	33	5	4 002	-	239	11	376	34	21		
dětský domov se školou ³⁾	31	1 078	329	30	760	177	2	6	2	619	36	96	-	9	22	12		
výchovný ústav ²⁾	33	1 429	571	41	1 445	420	36	7	36	1 176	131	102	-	33	25	8		
výchovný ústav ²⁾	14	588	212	18	584	261	5	4	5	249	11	283	15	6	35	4		
diagnostický ústav ⁴⁾	79	3 139	1 133	86	2 804	883	43	19	43	2 072	178	484	15	52	82	24		
MSMT																		
dětský domov ²⁾	2	60	25	-	50	25	-	2	-	41	-	5	-	4	-	-		
dětský domov se školou ³⁾	31	1 078	329	30	760	177	2	6	2	619	36	96	-	9	22	12		
výchovný ústav ²⁾	32	1 413	567	38	1 430	420	36	7	36	1 163	131	100	-	33	25	8		
diagnostický ústav ⁴⁾	14	588	212	18	584	261	5	4	5	249	11	283	15	6	35	4		
Kraj	138	4 977	1 305	102	4 452	2 117	4	31	5	3 858	-	226	11	357	34	21		
dětský domov ²⁾	138	4 977	1 305	102	4 452	2 117	4	31	5	3 858	-	226	11	357	34	21		
Soutromník	8	124	54	6	110	46	-	-	-	92	-	3	-	15	-	-		
dětský domov ²⁾	7	108	50	3	95	46	-	-	-	79	-	1	-	15	-	-		
výchovný ústav ²⁾	1	16	4	3	15	-	-	-	-	13	-	2	-	-	-	-		
Církvev	3	36	15	-	31	17	-	-	-	24	-	7	-	-	-	-		
dětský domov ²⁾	3	36	15	-	31	17	-	-	-	24	-	7	-	-	-	-		

Komentáře:

1) Lůžková kapacita je stanovena podle projektovaného nejvyššího počtu lůžek v jednotlivých částech, přípustného podle platných hygienických předpisů, nicoli podle skutečného počtu ubytovaných.

2) Výchovný ústav pečuje o děti starší 15 let se závažnými poruchami chování. Výjimečně, v případech zvláště závažných poruch chování, lze zde umístit i dítě s matřnou ústavní výchovou starší 12 let.

3) Při výchovném ústavu může být jako jeho součást zřízena střední škola, ve výjimečných případech se zřizuje základní škola nebo škola pro žáky se SVP.

4) Do dětského ústavu může být umístěny děti zpravidla od 8 let do ukončení povinné školní docházky.

5) Pobyt dítěte v diagnostickém ústavu trvá zpravidla 8 týdnů, po dobu nezbytného komplexního vyšetření. Po ukončení vyšetření jsou děti umístěny v zařízeních s dlouhodobějším pobytem.

6) Do dětského ústavu mohou být umístěny děti ve věku zpravidla od 3 do nejvýše 18 let. Rovněž se zde umísťují nezletilé matky spolu se svými dětmi.

Zdroj: databáze ÚJV

KATALOGIZAČNÍ POPIS

Jméno autora: Bc. Petr Chlumák

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Výchovně-léčebné přístupy u klientů výchovných
ústavů

Rok: 2012

Počet stran bez příloh: 71

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů literatury a pramenů: 36

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.