

UNIVERZITA JANA AMOSE KONEMSKÉHO
PRAHA

Magisterské kombinované studium
2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Viktorie Kušnirenová

Terapeutické metody užívané ve střediscích výchovné péče

Praha 2012

Vedoucí práce:
PhDr. Jan Toman

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined (Part – Time) Studies

2010 – 2012

DIPLOMA THESIS

Viktorie Kušnirenková

Therapies practising in centre educative care

Praha 2012

The diploma thesis work supervizor:

PhDr. Jan Toman

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Českém Krumlově dne 15.3.2012

Viktorie Kušnirenková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu diplomové práce za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

Anotace:

Diplomová práce se zabývá problematikou týkající se středisek výchovné péče a terapie praktikované v uvedených zařízeních. Autorka se také zmiňuje o významu těchto institucí v České republice. Dále se autor zabývá problematikou střediska výchovné péče v Českém Krumlově a i ve výzkumu, který je nedílnou součástí této práce, který je proveden na pracovišti Střediska výchovné péče pro děti a mládež Spirála v Českém Krumlově. V praktické části diplomové práce jsou porovnávány četnosti jednotlivých terapií praktikovaných v zařízení, od školního roku 2002/2003 a zda se posléze i změnila četnost a preference jednotlivých terapií. Výsledkem diplomové práce jsou autorem zpracována data v četnosti vývoji jednotlivých terapií, které vypovídají o aktuální situaci a potřebnosti jednotlivých terapií ve Středisku výchovné péče pro děti a mládež Spirála v Českém Krumlově.

Klíčová slova: Středisko výchovné péče, poruchy chování dětí, individuální terapie, skupinová terapie, rodinná terapie, arteterapie, ergoterapie, práce s třídním kolektivem.

Anotace:

Diploma thesis engage in problems about centre educative care and use therapies in this centre. Author refer aout point this institution in Czech republic. At last author look research into problems centre educative care in Český Krumlov. This research is practical part of diploma thesis and is perform in workplace centre educative care Spirala in Český Krumlov.

In practical part of diploma thesis are frequency of component singles therapy since school year 2002/2003 balanced. Results of diploma thesis are information about frequency and preferency singles therapies. Like results are processed information about evolution of singles therapies. This information give evidence update about suitability singles therapies in centre educative care for children and youngsters Spirala in Český Krumlov.

Klíčová slova: Centre educative care, childrens behavioral disturbance, individual therapy, group therapy, family therapy, artetherapy, ergotherapy, work with class team.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 Střediska výchovné péče.....	10
1.1 Funkce středisek.....	12
1.2 Schematické formy činností, které zajišťují střediska výchovné péče	13
1.3 Poruchy chování u dětí a mladistvých a práce s nimi	15
1.4 Personální zabezpečení činnosti středisek.....	19
1.5 Služby poskytované středisky výchovné péče.....	20
1.6 Transformace systému náhradní výchovné péče ve školských zařízeních pro ohrožené děti a mládež	21
1.7 Výsledky transformačního pilotního projektu v Hradci Králové	23
2 Prevence.....	25
3 Terapie	29
3.1 Rodinná terapie	30
3.2 Skupinová terapie.....	31
3.3 Individuální terapie	32
3.4 Další druhy terapií uplatňované ve střediscích výchovné péče	33
4 Popis výzkumu	36
4.1 Cíl výzkumu.....	36
4.2 Použité metody, techniky a postupy	36
4.3 Případová studie Střediska výchovné péče pro děti a mládež Spirála v Českém Krumlově.....	39
4.4 Charakteristika souboru.....	42
4.5 Analýza dat	42
4.6 Diskuse	60
ZÁVĚŘ.....	62
SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ	64
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	67
SEZNAM PŘÍLOH	68

ÚVOD

Diplomová práce na téma „Terapeutické metody užívaná ve střediscích výchovné péče“ nevznikla jen tak náhodně. Autorka je touto problematikou zaujata již od roku 2009, kdy nastoupila do Střediska výchovné péče pro děti a mládež Spirála v Českém Krumlově jako sociální pracovnice. I když měla zkrácený úvazek na 0,25, tak i přesto autorku tato práce s dětmi a mládeží zaujala na tolik, že se jí nevzdává do dnešního dne, kdy vykonává ve stejném středisku práci sociální pracovnice, ale již na 0,5 pracovního úvazku.

Tato diplomová práce by měla čtenáře uvést do problematiky středisek výchovné péče, jejich funkcí a smyslu fungování. Seznámí také čtenáře s tím, co vlastně střediska výchovné péče jsou. V kapitole ohledně středisek budou popsány, jaké formy práce vykonávají, personální zajištění, představení klientů střediska a v neposlední řadě také vize v podobě transformace středisek.

Další stěžejní kapitolou práce je prevence, která by měla být součástí práce ve střediscích a jako poslední hlavní kapitola v teoretické části se nazývá terapie. Zde jsou uvedeny terapie, které jsou zastoupeny a praktikovány ve střediscích.

V praktické části si autorka klade za cíl představit Středisko výchovné péče pro děti a mládež Spirála v Českém Krumlově a tím pádem představit i terapie a klientelu střediska. Jako výzkum případové studie budou zpracovány data, které jsou získány ze statistik Střediska Spirála, zjištění a mapování průběhu využití služeb střediska klienty. Součástí praktické části je i porovnávání některých získaných informací v průběhu od školního roku 2002/2003 do současnosti. Práce si klade za cíl taktéž zjistit aktuální využívání služeb a případně předvídat tendence ve vývoji a využívání jednotlivých služeb střediska.

Autorka předpokládá, že největší problém při sestavování této diplomové práce bude nedostatek informací a odborné literatury týkající se této problematiky. Sice celý základ středisek je uzákoněn v zákoně č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů,

v platném znění, ale jak je již uvedeno, je z roku 2002. Jsou připraveny novely tohoto zákona, ale neustále nejsou schváleny.

Jako klíčová kapitola této práce je samotná případová studie Střediska výchovné péče pro děti a mládež Spirála v Českém Krumlově, protože na tomto příkladě chce autorka podotknout důležitost těchto preventivních zařízení v České republice.

1 Střediska výchovné péče

Sbírka zákonů č. 109/2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů v platném znění uvádí, že ve školských zařízeních, které vykonávají preventivně výchovnou péči, musí být zajištěná základní práva na výchovu a vzdělávání dítěte. Zde je návaznost na ústavní principy a mezinárodní smlouvy o lidských právech a základních svobodách. Účelem zařízení je předcházení vzniku a rozvoji negativních projevů chování dítěte, zmírňovat či odstraňovat příčiny a důsledky již vzniklých poruch chování a snažit se o jeho zdravý vývoj.

Středisko výchovné péče pro děti a mládež je specifické, státem podporované školské zařízení poskytující preventivně výchovnou péči. Ve spolupráci s odborem sociální péče se zaměřuje na mládež mravně ohroženou a narušenou (Opekarová, 2010, s. 39).

Dle Elliottové (1995, s. 144) poskytují střediska výchovné péče „všestrannou preventivně výchovnou péči o děti a mládež v případě negativních jevů chování, kromě ambulantní a internátní péče poskytují poradenskou péči dětem, mladistvým, jejich rodičům a učitelům. Mají v programu také péči o mladistvé závislé na alkoholu i omamných látkách. Bývají zřízeny při internátních zařízeních, dále úzce spolupracují s příslušnými psychiatrickými odděleními a poskytují poradenské služby „odlěčeným pacientům“. Usilují o zachycení dětí a mladých lidí ve stádiu prvních signálů poruch a snaží se radou nebo systematickou péčí předejít vážnějším problémům“.

Střediska poskytují ambulantní a poradenské služby pro děti a mládež, kteří nedokáží řešit sami své problémy, ocitající se v obtížných, ohrožujících a poškozujících životních situacích. Cílem činnosti středisek je zachytit první signály problémů a potíží v procesu psychického vývoje jedince. Hlavním cílem střediska je poskytnout klientovi radu nebo systematickou péči a tím předejít vážným problémům, jakými jsou kriminalita, toxikomanie, psychické

poruchy a jiné. Informační a vzdělávací portál školství Zlínského kraje [online]. © 2003 – 2012 [cit. 2012-01-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.zkola.cz>>.

Dle Sbírký zákonů č. 109/2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů v platném znění je preventivně výchovná péče poskytována diagnostickým ústavem nebo střediskem. Formy služeb jsou rozděleny do ambulantních na základně žádosti osob odpovědných za výchovu nebo dětí starších 15 let, celodenních na základě žádosti osob odpovědných za výchovu nebo internátních také na základě žádosti osob odpovědných za výchovu, kdy internátní pobyt zpravidla trvá 8 týdnů. Služby celodenní a internátní jsou poskytovány pouze po doporučení ambulantní péče. Středisko či diagnostický ústav se k žádosti musí vyjádřit nejpozději do 14 dní od jejího obdržení.

Odborná péče poskytovaná docházejícím klientům ve střediscích výchovné péče je zpravidla věnována dětem a mládeži s vývojovými poruchami, poruchami chování, neurotickým jedincům, sociálně zanedbaným, psychopatickým, psychosomaticky poškozeným a podobně. Je zde ovšem i nárůst dětí a mládeže s vývojovými nebo specifickými poruchami, poruchami adaptace atd. Na tomto základně se vyžaduje rozšiřování nabídky a kapacity diferencovaných forem pomoci ohrožených jedinců a stanovení včasných preventivních opatření k zmírnění a odstraňování nežádoucích jevů v jejich vývoji (Vocilka, 1996).

V Zákonu o rodině č. 94/1963 Sb., paragraf 46 uvádí, že pokud je výchova dítěte narušena či vážně ohrožena, nebo pokud rodiče se nemohou postarat o výchovu dítěte, může soud nařídít ústavní výchovu dítěte. Soud je také povinen prozkoumat před nařízením ústavní výchovy, zda péči o dítě nelze zajistit rodinnou či náhradní rodinnou péčí. Tato péče má přednost před výchovou ústavní.

Zákon č. 359/1999 Sb., zákon o sociálně-právní ochraně dětí uvádí v paragrafu 42 případy, kdy může být dítě umístěno do ústavní výchovy. Může

to být například dítě, které se ocitlo v prostředí nebo situaci, kdy jsou závažným způsobem ohrožena jeho základní práva a tak dále.

Kříž (2000) uvádí, že je někdy přizván znalec z oboru dětské psychologie nebo pediatrie, aby odborně posoudil narušení dítěte. Na základě nálezu by byla nařízená ústavní výchova. Tyto případy jsou méně časté, protože ve většině procesů postačí soudu anamnézy příslušných orgánů péče o děti a mládež.

„Název střediska výchovné péče pro děti a mládež není jistě dokonalý a má i mnoho kritiků, ale splňuje všechny základní kritéria, tj. má zejména pedagogický obsah, naznačuje preventivní zaměření, eliminuje represivní charakter péče, není svázán tradicemi atd. Důležitější než forma v tomto případě tedy název středisek výchovné péče pro děti a mládež, bude vlastní obsahová náplň jejich činnosti“ (Vocilka, 1996, s. 16).

K přispění vzniku středisek dopomohlo i Usnesení vlády ČR č. 341 ze dne 15. června 1994 k Programu sociální prevence a prevence kriminality. Usnesení uložilo všem zúčastněným resortům neopomíjejíc ani MŠMT ČR (Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy České Republiky – dále jen MŠMT ČR) vypracovat resortní programy činnosti vztahující se k řešení problematiky prevence. V usnesení zaznělo, že pro práci s rizikovou mládeží je třeba zejména v oblastech s vyšším výskytem sociálně patologických jevů zřízovat střediska výchovné péče pro děti a mládež. Před usnesením k datu 1.9.1993 bylo na MŠMT ČR zaregistrováno prvních šest středisek výchovné péče pro po usnesení k vypracování resortních programů ke dni 1.11.1995 vzrostl počet středisek výchovné péče na osmnáct (Vocilka, 1996).

K dnešnímu dni dle seznamu středisek výchovné péče MŠMT uvádí, že je jich současný počet 43 viz adresář středisek výchovné péče – příloha č. 1. Seznam středisek výchovné péče [online]. MŠMT © 2006 [cit. 2012-01-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.

1.1 Funkce středisek

Ambulantní péče má za úkol několik činností, kdy je nejhlavnější prevence. Má zabránit vzniku nežádoucího vývoje nebo jej případně maximálně

redukovat. Další oblastí je pomoc v krizových situacích hlavně včasný a nezbytný zásah ovlivňující pozitivní vývoj dítěte. Poslední oblastí je sociální terapie (včetně resocializace a rehabilitace) přispívající k pozitivním změnám osobnosti dítěte a jeho nejbližšího sociálního prostředí (Vocilka, 1996).

Dle Opekarové (2010) patří mezi základní funkce středisek výchovné péče předcházení narušení zdravého vývoje, vzniku a rozvoje negativních projevů chování dětí a mládeže, přispívání ke zdravému osobnostnímu vývoji dítěte, zmírňování či odstraňování příčin nebo důsledků již vzniklých poruch chování, poskytování informačních, poradenských a některých zprostředkovatelských služeb dětem, mladistvým, jejich rodičům či zákonným zástupcům. Neopomíjí také širší veřejnost podílející se na integraci dětí a mládeže s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji.

1.2 Schematické formy činností, které zajišťují střediska výchovné péče

- poskytování jednorázové poradenské intervence;
- individuální činnosti s klientem probíhající hlavně jako:
 - diagnostická činnost;
 - vzdělávací a reedukační činnost;
 - terapeutická činnost;
 - poradenská činnost
- skupinové činnosti s klienty jsou děleny: pro klienty ambulantní:
 - cíleného terapeutického programu pro skupinu klientů;
 - socioterapie;
 - sociální rehabilitace;
 - zážitkové pedagogiky;
 - psychosociálních her, psychogymnastiky, výchovné dramatiky, dramaterapie, muzikoterapie, arteterapie, artefiletiky apod.

: pro klienty
celodenního a internátního
oddělení

- vzdělávací a reedukační činnost;
- preventivně výchovnou, výchovnou a sociálně rehabilitační činnost;
- volnočasovou a sportovní;
- krátkodobé výjezdové terapeutické programy.
- poskytování služeb zákonným zástupcům nezletilého klienta;
- spolupráce se školami;
 - Spolupráce na základě podnětu střediska
 - Spolupráce na základě podnětu školy
 - Zpracování speciálně pedagogického programu pro třídní kolektivy
- spolupráce se školskými poradenskými zařízeními;
- spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany dětí;

spolupráce se zdravotnickými zařízeními a dalšími orgány podílejícími se na prevenci a řešení rizikového chování klientů. Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti středisek výchovné péče [online]. MŠMT © 2006 [cit. 2012-01-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.

Střediska výchovné péče spolupracují se speciálně pedagogickými centry, pedagogicko-psychologickými poradnami, předškolními a školními zařízeními, kterým poskytují metodickou pomoc v prevenci drogových a alkoholových závislostí a také sociálně patologických jevů dětí a mládeže. Dle potřeby toto pracoviště spolupracuje s dalšími specialisty a odborníky na problematiku dětí a mladistvých, včetně lékařů a psychiatrů. Střediska se také zaměřují na poskytování podpůrných a poradenských služeb pro klienty, kteří prošli z výše uvedených důvodů psychiatrickými a jinými odděleními zdravotnických, ústavních, nápravných a podobných zařízení. Nenahraditelná je pomoc střediska při adaptaci a integraci jedince do společenského života po ukončení ústavní péče. Vzhledem k občanské dostupnosti poskytují střediska

okamžitou pomoc v naléhavých případech, jako jsou například selhání rodičovské péče, reaktivní útky, týrání a pronásledování a podobné případy (Opekarová, 2010).

1.3 Poruchy chování u dětí a mladistvých a práce s nimi

Kříž (2000) uvádí, že poruchy chování jsou nejčastější diagnóza u dětí. Mohou mít nejrůznější příčiny multifaktoriálního původu a tím pádem u nich nelze určit společného spouštěče. Různorodá příčina vzniku nemoci se odráží v používaných formulacích. Většinou k diagnóze připojujeme další popis a případně podmínky, za kterých k těmto poruchám dochází.

Asociální projevy se dají pozorovat u dítěte s poruchou chování. Může být agresivní jak ke zvířatům, tak i k lidem, ničí majetek, krade, porušuje pravidla a podvádí. Tito jedinci se dají rozdělit do dvou skupin a to do dětského věku, kdy porucha se vyskytne před desátým rokem života, nebo až při dospívání, takže po desátém roku života dítěte (Train, 2001).

Jedinci jsou nápadní ve svém chování, kdy se dá dítě nejrůznějšími projevy odlišit od svých vrstevníků. Vyvolávají pozornost podivnými zájmy neadekvátními svému věku, zvláštnostmi v jednání, mají přehnaně nápadné rituály v běžných situacích, uzavřenost, vyhledávání samoty, nápadnosti v motorice, v řeči, v mimice. Uvedení klienti vyžadují zvýšenou diagnostickou pozornost, kdy se může jednat o signály poruchy osobnosti nebo počínajícího psychotického onemocnění. Je důležitý podrobný rozbor všech vlivů, které mohly působit při vzniku poruch chování: možné organické poškození centrální nervové soustavy, genetické dispozice, rodinné a mimorodinné prostředí, škola a jiné. Při vyšetřování je důležitá emotivita, úroveň intelektu, sugestibilita, frustrační tolerance, schopnost adaptace na zátěž, konfliktové situace a podobně. Diagnóza poruch chování se často používá vědomě z určité diagnostické nejistoty a opatrnosti, aby nebyl někdo označen předčasně nevhodnou nálepkou projevů, které mohou být přechodné a mít pouze vývojový charakter (Kříž, 2000).

Upoutávání pozornosti je přirozená vlastnost a občas je k ní dítě i vedeno výchovou. Pokud je v nadměrnosti, tak představuje poruchu, kdy je dítě nápadnější a nepříjemnější. V sociálním prostředí je upoutávání pozornosti na obtíž, kdežto v rodině je převážně tolerováno. Může se projevit v podobě šaškování ve škole, simulace nebo úmyslné zveličování somatických obtíží, nejrůznější nápadnosti v řeči, oblékání a chování, sebepoškozující manévry až k předstírání sebevražedných tendencí, vymyšlení neskutečných či nadsazených historek. Pokud se tato porucha projeví u dětí v ústavním prostředí, jde často o snahu upoutat pozornost náhodných návštěvníků. Zde se projevuje součást deprivacího syndromu (Kříž, 2000).

Odpor k autoritám neboli negativismus. Objevuje se v období mezi druhým a třetím rokem věku, kdy se hovoří o první pubertě. Dítě si ověřuje a vytváří svou vůli. Pokud výchovné prostředí nezvládne toto období přiměřeným a taktním způsobem, nepříznivé vzorce chování se mohou přenést i do budoucna. V období hledání vlastní identity, neboli puberty je typický odpor názorů a postojů zastávaných v rodině. Občas se projeví ve formě vzpoury proti zavedeným rodinným rituálům. Snaží se narušit rodinné zvyklosti, zaujímá provokativní postoj a odmítá jakékoli podřízení. Kde je hruběji porušen citový kontakt, nastává nezvládnutí situace, což vede k protestnímu jednání, skryté či otevřené agresi vůči rodině, k útěkům, ničení věcí, krádežím, znevažování pověsti rodiny a podobně. Obdobně se toto chování uplatňuje k autoritám mimo rodinu. Při diagnostice a terapii je nutno rozpoznat hranici mezi vývojovým projevem a patologií, provést motivační rozbor, získat důvěru klienta, zhodnotit úroveň citových vztahů a přítomnost pocitů viny. Hrozí zde nebezpečí přimknutí k partě s nedelikventním chováním (Kříž, 2000).

Záškoláctví může mít nejrůznější formy a příčiny. Prvotní informace je, zda je ojedinělé nebo soustavné a délka trvání. Ojediněle má pouze situační charakter vyhnout se zkoušení, vrstevníkům, šikaně a podobně. Po získání objektivních informací a důvěry klienta je nutný pečlivý rozbor. Je dobré zjistit činnost během nepřítomnosti ve škole, a jestli šlo o rozhodnutí jedince nebo party. Program v těchto případech může být různorodý. Počínaje bezcílnými

toulky nebo koukání na televizi až ke konzumaci alkoholu, drog, gamblingu nebo trestné činnosti (Kříž, 2000).

U útěků a toulek je taktéž nutný podrobný motivační rozbor a posouzení forem útěků. Můžeme je rozdělit jako individuální nebo společné, z následného rozhodnutí nebo připravované, zda měly cíl či byly jen situačním řešením akutního konfliktu. Důležité jsou taktéž informace o činnosti během útěků. Zda došlo k trestné činnosti, požití alkoholu či jiné omamné látky, prostituci a podobným delikvencím. Důležitá je forma návratu v podobě dobrovolného rozhodnutí, zadržení orgány nebo jde o skryté návraty, kdy dítě se vyskytuje v nejbližším okolí bydliště a čeká na jeho nalezení (Kříž, 2000).

U krádeží je zapotřebí získat co nejvíce informací kvůli posouzení motivace dítěte nebo adolescenta k činu. Je důležitá skutečnost individuální nebo skupinové krádeže, účelnost či nesmyslnost krádeže, využití věcí nebo peněz získaných při krádeži. Možnost využití lupu pro své účely, podplácení vrstevníků, starších kamarádů, k předvedení odvahy. Důležité je znát motivaci krádeže, která může svědčit o narušení citových vztahů v rodině (Kříž, 2000).

Lhaní dětí a částečně i adolescentů není sdíleno ve vztah k pravdě jako u dospělého. Vždy je třeba hodnotit slovní projevy klienta s danou situací a přihlídnout k věku. Přechodné lhaní je v předškolním věku. Vyskytují se smyšlenky, vyprávění neskutečných příběhů kdy jde o hravost fantazie. Bájevná lhavost, je v mladším věku podobná přechodnému lhaní. Dítě prezentuje vyprávěný děj, kterému posléze uvěří a prezentuje ho jako skutečnost. V pubertálním období jde o patologický jev a vyskytuje se u jedinců s histrionskými projevy. Zde si může jedinec nalhat i sexuální zneužití. Výplody bájevné lhavosti jsou ovlivňovány masmédií a módou. Vyhnutí se trestu, získání výhod a podobná privilegia mohou motivovat jedince až ke lži. Bývá většinou spojena s dalšími poruchami chování, které klient zakrývá či omlouvá (Kříž, 2000).

Násilné chování je označováno jako patologická agrese. Je to specificky lidská činnost, která se zaměřuje na poškození či ničení. Má destruktivní charakter a jde o instrumentální vyjádření agresivního jedince.

Fyzická interpersonální agrese je chápána jako nejčastější násilné chování (Jánský, 2004).

Agresivitu je důležité rozlišit na agresivitu realizovanou individuálně a skupinově. Agresivita prováděná individuálně vyžaduje pečlivý psychopatologický rozbor. Nesmíme opomenout přihlédnout k vývojovým faktorům. V mladším věku dítě řeší konflikty agresivitou. Vlivy organického poškození mozku mohou být základem nadměrné agresivity. Je nutné zvážit případně i genetické faktory. Agresivita prováděná ve skupině má důležité sociální aspekty. Nemusí znamenat povahové agresivní založení osoby, ale může jít o nápodobu nebo podřízení (Kříž, 2000).

Bezúčelný vandalismus má skoro každé dítě v sobě zakořeněné v určitých situacích. V patologické formě jde o bezúčelné ničení, bývá situační a afektované. Může se vyskytovat v častější podobě ve skupině, ale i u jednotlivce a hlavně u starších dětí a adolescentů (Kříž, 2000).

Monosymptomatické poruchy chování nutkavého charakteru. Patří sem nutkavé jednání, které je vzácné a nemá smysl, popřípadě postižení jedinci je neumí zdůvodnit. Do těchto poruch patří pyromanie, která může obsahovat i prvek sexuálního vzrušení. Kleptomanie, která zesílila zavedením samoobsluh a je často používána jako výmluva zlodějů. Jsou však zaznamenány i nutkavé krádeže u mentálních anorexií. Dále sem patří poriomanie, promomanie a další.

V neposlední řadě do poruch chování dětí a mládeže patří i poruchy chování dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) s výjimkou poruch chování podmíněných organickým poškozením mozku. Poruchy chování jsou klasifikovány pod písmenem F 91. a podřadné číslo (Kříž, 2000).

Terapie u poruch chování není specifická. Její široký rozsah od jednoduchého poradenského zásahu přes psychoterapii, zklidňující medikaci až k umístění ve výchovném zařízení nebo hospitalizaci v psychiatrickém lůžkovém zařízení vede někdy k nutným represivním opatřením ve formě ústavní nebo ochranné výchovy. U výrazně psychopatologicky podmíněných poruch vede až k ochranné léčbě (Kříž, 2000).

Cílem středisek je odborná pomoc a snaha zmírňovat za účasti rodičů a klienta zátěž rodiny vyplývající z výchovných problémů a konfliktů. Střediska

mají pouze podpůrnou funkci a rodiče jsou i nadále plně zodpovědní za výchovu. Pravidelná docházka dítěte do střediska, která podmiňuje výsledky práce, je založena na svobodném rozhodnutí klientů, ochotě rodičů ke spolupráci a vzájemná snaha o zlepšení výchovných podmínek a vztahů v rodině. Pokud intenzivní individuální práce je účinná a tento cíl plní, tak se středisko stává pro rodinu pozitivně přijímané sociální prostředí. Pro rodinu je v tomto případě podstatné, že vše je bez nutnosti umístit dítě do speciálního výchovného zařízení (Vocilka, 1996).

Pokud je dítě ambulantní klient střediska, je zde větší možnost působení na celou rodinu. Motivací rodičů ke spolupráci a nápravě lze odstraňovat obtíže dítěte v učení, chování a dalších negativních sociálních jevech. Uplatňování speciálních výchovných a terapeutických postupů je důležitou podmínkou pro individuální výchovný a vzdělávací cíl klienta, které vyplývají z pedagogicko-psychologické diagnózy. Resocializaci do společnosti může narušovat či dokonce i bojkotovat negativní postoje některých rodičů a zájem o spolupráci. Dokonalá představa přijmout klienta na krátkodobý pobyt v případech, že výchovné a rodinné problémy nejsou trvalého rázu a nebudou ústavní péči klienta vyžadovat. Nesmíme opomenout ani poskytování pomoci dětem, kterým byla zrušena ústavní péče, ale nejsou dostatečně připraveny na návrat do rodiny (Vocilka, 1996).

1.4 Personální zabezpečení činnosti středisek

„Při zabezpečení základních činností středisek je nezbytně nutné, aby ve střediscích bylo následující profesionální obsazení:

- Vedoucí střediska
- Psycholog
- Speciální pedagog – etoped
- Sociální pracovník“ (Vocilka, 1996, s. 26).

Dle vyhlášky č. 139/1997 Sb., o podmínkách odborné a pedagogické způsobilosti pedagogických pracovníků a o předpokladech kvalifikace výchovných poradců, speciální pedagog získává odbornou kvalifikaci studiem

na vysoké škole v akreditovaném magisterském studijním programu v oblasti pedagogických věd, které jsou zaměřeny na speciální pedagogiku. V § 19 je uvedeno, že psycholog svou odbornou kvalifikaci získá vysokoškolským vzděláním v akreditovaném magisterském studijním programu psychologie.

Pracovní náplň výše uvedených odborných pracovníků byla rámcově stanovena na základě konzultací s řediteli středisek. Zajištění ucelené péče o klienta ve středisku by měl zajišťovat tým, který by musel počítat i s dalšími specialisty a pomocným pedagogickým personálem. Počet klientů, lokalita, závažnost krizové situace a charakter střediska, zda se jedná o ambulantní, internátní či smíšený určuje počet personálu střediska. Je vždy nezbytné zajistit ve středisku alespoň základní personální obsazení výše uvedenými profesemi. Jelikož se nedaří zabezpečit všechny požadované profese, tak dochází i k spolupráci za pomoci externích odborníků. Většina středisek se může prokazovat vysokoškolsky připravenými odborníky, ale i přesto je nejdůležitější pro kvalitu výsledků práce příprava pracovníků v oblasti psychoterapeutického výcviku.(Vocilka, 1996).

1.5 Služby poskytované středisky výchovné péče

Vocilka (1996) uvádí, že ve formách a metodách práce dochází k mnoha pozitivním změnám v etopedických zařízeních. Jako zdroj inspirace jsou střediska výchovné péče pro děti a mládež, D-centra a jiné. Celkový posun v pojetí práce je zde zřetelný a viditelný, směr od izolace k socializaci, od uniformních postojů a cílů k individuálním programům, míře přijetí dítěte, v metodách práce s celou skupinou ale i jedincem díky zavádění režimového systému práce, aplikací psychoterapeutických technik a postupů a tak dále. V nově koncipovaných zařízeních se nechápe jako sankce umístění dítěte do institucionální péče, ale jako pomoc novou formou péče řešit náročnou životní situaci či problémy, kterými se péče při docházení do střediska nedala zvládnout.

Dle zákona 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchova nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči na školských

zařízeních a o změně dalších zákonů, středisko poskytuje odborné informace, konzultace a pomoc pedagogickým pracovníkům mateřských škol, základních škol a zařízení, osobám odpovědným za výchovu, v oblasti výchovy a vzdělávání dětí s rizikem nebo již projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji při jejich začleňování do společnosti. Dále je uvedeno, že na území své působnosti spolupracuje středisko s pedagogicko-psychologickými poradnami, se speciálně pedagogickými centry v případě zdravotního postižení, ale i se školskými zařízeními a orgány, které se podílejí na prevenci sociálně patologických jevů a drogových závislostí. Středisko by mělo zpracovat plán aktivit prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů na území své působnosti stanoveném zřizovatelem. Posléze je v jeho pravomoci koordinace realizace v rámci škol a školských zařízení, jimž rovněž poskytuje metodickou pomoc. V posledním odstavci je uvedeno, že středisko může poskytovat své služby i za úplatu, jejíž výši a způsob úhrady stanoví vláda nařízením.

Středisko má v kompetenci poskytnout okamžitou pomoc v naléhavých případech, například v krizových situacích, při reaktivních útěcích, selhání rodičovské funkce a dalších případech. Navíc k tomu zajišťuje i preventivní péči, která si klade za cíl zabránit deformaci v rozvoji osobnosti dítěte, které se nachází v nevyhovujícím či negativním prostředí. Péče o klienty po ukončení ústavní výchovy je také jednou z kompetencí střediska v podobě pomoci při adaptaci a integraci jedince. Střediska však rodinnou výchovu doplňují, podporují a korigují, ale v žádném případě ji nekonkurují ani ji nechtějí nahradit. V naléhavých případech, kdy o dítě nikdo nepečuje, by měla střediska umožnit i celotýdenní pobyt (Vocilka, 1996).

1.6 Transformace systému náhradní výchovné péče ve školských zařízeních pro ohrožené děti a mládež

Česká republika je dlouhodobě kritizována mezinárodními institucemi například Výborem pro práva dítěte OSN (2003) za to, že patří mezi země s vysokým počtem dětí umístovaných do institucionální péče v Evropě.

Usnesením vlády ČR ze dne 13. července 2009 č. 883 byl schválen Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011 (NAP). MŠMT následně schválilo Koncepti v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče ve školských zařízeních, která vychází z cílů NAP (Mladiství & drogy, 2010).

Hlavní nedostatky v systému péče o ohrožené děti:

- Roztříštěnost a nekoordinovanost systému (nejednotné pracovní postupy, řízení, kontrola a financování, odlišné požadavky na personální zajištění a kvalifikaci pracovníků)
- Nedostatky v oblasti kvantitativní i kvalitativní, nedostatek služeb, neodpovídající potřebám klientů
- Vysoký počet dětí v ústavní péči a jejich nedostatečná při osamostatňování (Mladiství & drogy, 2010, s. 57).

Postupný proces transformace celého systému péče o ohrožené děti a rodiny by měl přinést vznik sítě specializovaných zařízení, která jsou využívána v případech, kdy děti nelze ze závažných důvodů umístit do určité formy náhradní rodinné péče, nebo v případech, kdy potřebují komplexní, tj. speciálně pedagogickou, psychologickou, zdravotní a sociální odbornou péči. Na zřeteli musí zůstat nejlepší zájem dítěte a jeho co nejefektivnější resocializace a integrace. Umístění dítěte v institucionální péči musí být pouze na nezbytně dlouhou dobu a musí současně zaručovat realizaci jeho základních práv (Mladiství & drogy, 2010, s. 57).

Cíle Konceptce transformace systému náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči:

- Snížení počtu dětí (dítě od 2 do 18 let v kompetenci MŠMT)
- Zvýšení kvality služeb – vytvoření standardů kvality péče, které se postupně musí ověřit v jednotlivých typech zařízení a modifikovat
- Zvýšení dostupnosti služeb (od nízkoprahových po vysokoprahové služby a programy)
- Zvyšování profesionality, celoživotní vzdělávání, psychoterapeutické výcviky, specializované kurzy

- Zkvalitnění koordinace a spolupráce na horizontální i vertikální úrovni, mezioborově a mezisektorově
- Aktualizace terminologie musí být v souladu s dokumenty EU a WHO, postupná změna paradigmatu směřuje k humanizaci, individuálnímu přístupu, k prevenci, včasné léčbě, výchově a posilování kompetencí rizikových rodin, posílení vazeb v rodině
- Návrhy nezbytné se týkají změn legislativy a financování, zejména zákon 109/2002 Sb, příslušných vyhlášek a dalších legislativních norem (Mladiství & drogy, 2010, s. 58).

1.7 Výsledky transformačního pilotního projektu v Hradci

Králové

Dětské centrum integrované komunitní pomoci (tradičně „Diagnostický ústav“ – přímo řízená organizace MŠMT) by mělo být ověřovaným modelem moderního zařízení pečující o ohrožené děti a rodiny v krajích.

Diagnostické ústavy v Hradci Králové, ale i v Plzni připravily model Dětského centra, který by měl reagovat na současné potřeby obyvatel kraje. Fáze modelů byla započata a měla by trvat 2 roky. Další etapa se bude odvíjet od finanční podpory a legislativních možností. Projektový model nevytváří nové zařízení, ale snaží se o změnu struktury služeb směřující k vyšší efektivitě a pomoci ohroženým dětem a rodinám. Dětské centrum by mělo poskytovat systém komplexní a koordinované profesionální péče pro klienty (Mladiství & drogy, 2010).

V „dětském centru“ došlo k rozšíření stávajících služeb o skupiny celodenní péče a odpoledního stacionáře. Stejně jako propojení dobrovolného pobytu na DDÚ s ambulancemi SVP přineslo nové možnosti práce. Nejen rozšíření nabídky služeb, ale i přesnější zacílení jednotlivých typů péče s ohledem na klienta. Hlavně u dětí, u kterých charakteristika problémů není závažná pro soudní odejmutí z rodiny. Ohrožené děti díky systému propojených a vzájemně prostupných služeb přemísťovat z ambulancí SVP do dobrovolného pobytu na DDÚ. Po osobnostní stabilitě klienta a úpravě

problému jsou opět nabídnuty služby SVP (Zkušenosti a výsledky pilotního transformačního projektu modelu péče o ohrožené děti).

Jedna skupina internátního pobytu byla převedena na skupinu celodenní péče – neboli stacionář. Toto vyvolalo nový rozměr práce s rodinou klienta, kdy tato služba je také žádána hlavně z dlouhodobého hlediska je účinná a efektivní. Nízkou naplněnost však vykazoval odpolední stacionář. Zájem rodičů zde byl hlavně kvůli odpolednímu doučování, což není těžištěm nabízené služby. Internátní pobyty v SVP byly rozděleny na dva druhy a to v SVP a DDÚ. Pobytové služby jsou stále žádané a u rozvinutějších poruch chování zejména v prvotní fázi není k dispozici efektivnější forma pomoci (Zkušenosti a výsledky pilotního transformačního projektu modelu péče o ohrožené děti).

Posílení práce s rodinou v rámci možností je taktéž vnímáno jako pozitivum. Byla zde i snaha o vzdělávání pracovníků nejlépe v rodinné terapii.

Jako perspektiva při práci se jeví pořádání společných víkendových výjezdů pobytových skupin dětí s rodiči, odborné asistence a pracovníky SVP. Je zde však neustále otazník nad finančními možnostmi klientů (Zkušenosti a výsledky pilotního transformačního projektu modelu péče o ohrožené děti).

Ambulantní oddělení SVP je jako rozhodující článek pro zpřístupnění a zvýšení kvality poskytovaných služeb, míru vzájemné důvěry a ochoty ke kooperaci mezi jednotlivými pracovišti. Je zde spolupráce mezi SVP a DDÚ na velmi výborné úrovni se systematickým přístupem, kdy DDÚ bez výhrad přijímá na pobyt děti na doporučení odborných pracovníků z externích ambulancí a po realizaci pobytů je odesílá zpět do SVP. Je zde také viditelná úspora času a prostředků, kdy nedochází k dublování péče (Zkušenosti a výsledky pilotního transformačního projektu modelu péče o ohrožené děti).

Ovšem jsou zde i negativní dopady hlavně z přetrvávajícího názvu školského zařízení, kdy je obava služby diagnostickým ústavem. Tento předsudek je zakořeněn hlavně v názvu instituce, ale i přesto klienti po návratu z této instituce to nevnímají negativně (Zkušenosti a výsledky pilotního transformačního projektu modelu péče o ohrožené děti).

2 Prevence

Všeobecně prevence znamená předcházení něčemu nežádoucímu a obsah prevence je velmi široký. Pokud chceme získat přesnou představu slova prevence, je třeba doplnit blíže určujícím adjektivem, protože existuje velké množství prevencí například genetická, zdravotnická, požární a tak dále. Jde totiž nejen o významový posun, ale také o rozdílný komplex preventivní činnosti a opatření (Švancar, Buriánová, 1988).

Zásadní bývá výrazná změna chování. Žák se chová jinak oproti normálu, ale chování samo o sobě nemusí být považováno za problém. Jako příklad se může použít pozorný žák, který má potíže se soustředit, veselý žák, který se uzavře do sebe, pilný žák, který začne svou práci odbývat (Kyriacou, 2005).

Chronické záškoláctví a některé další situace ve školách učitelé důvěrně znají. Některé rodinné okolnosti, například smrt blízké osoby, se však škola dozví pouze od rodičů nebo ze zpráv mimo školu. Jiné informace například o pohlavním zneužívání dítěte se učitelé nemusí vůbec nikdy dozvědět. I kvůli těmto situacím je třeba, aby byli nejen učitelé ostražití a věnovali větší pozornost vznikajícím problémům (Kyriacou, 2005).

Včasně podchycení symptomů poruch chování a mravního ohrožení dítěte je hlavním cílem prevence pro střediska výchovné péče. Optimální forma nápravných opatření by měla hlavně vycházet ze zevrubné sociální, pedagogické, speciálně pedagogické, psychologické a zdravotní diagnózy (Vocilka, 1996).

V primární a sekundární prevenci delikvence dětí a mládeže zaujímají důležitá místa školská zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče. Tyto zařízení poskytují dětem a mládeži ochranu před nevhodným rodinným prostředím nebo jinými nepříznivými vlivy, které se při pomoci rodině ve výchově nepodařilo odstranit (Vocilka, 1996).

Různé úkoly má prevence ke vztahu k dítěti a rodině. Jako hlavní cíl prevence je zjištění vlivů, vztahů a nedostatků, které ohrožují děti a mládež.

Nesmíme opomenout ani působení nežádoucího podnětu na vývoj dětí a mládeže. Jako další cíl prevence je hledání možnosti snížení rizika negativního vývoje dětí a mládeže. Je zde také snaha přijímat opatření a usilovat o pozitivní změny vedoucí k systematickému snižování počtu ohrožených dětí a mládeže a výskytu poruch v jejich vývoji (Vocilka, 1996).

Primární prevence

Cílem primární prevence je omezit výskyt dané choroby či poruchy. Největší základ je ve sledování četnosti nových případů vyskytujících se v danou časovou jednotku. Uplatnění je v odstraňování příčin, snížení rizikových faktorů, zvýšení odolnosti například vůči psychické zátěži, zabránění přenosu či šíření v podobě emocionální nákazy a mnoho dalších (Hartl, 1997).

MŠMT zajišťuje a odpovídá v oblasti prevence za různé činnosti – například za obsah, koordinaci a koncepci v oblasti specifické primární prevence rizikového chování u dětí a mládeže a za zpracování metodických, koncepčních a dalších materiálů související s touto problematikou. Není opomíjena ani příprava materiálů legislativní povahy týkající se primární prevence. Ministerstvo se také zavázalo průběžným plněním úkolů vyplývajících z vládních strategií, usnesení, koncepcí a akčních plánů jednotlivých resortů. V oblasti dotační politiky odpovídá za přípravu, vyhlášení, administraci dotačních programů. V oblasti specifické primární prevence je ministerstvo zodpovědné za rizikového chování, provádění vyhodnocení, kontrolu činnosti dotovaných subjektů, administraci žádostí o úpravu v čerpání položek. Nesmíme zde opomenout ani spolupráci, koordinaci a organizaci pracovních setkání s krajskými školskými koordinátory prevence, metodiky prevence v PPP a pracovníky SVP působícími v oblasti primární prevence rizikového chování a mnoho dalších činností spojených se specifickou primární prevencí. Prevence [online]. MŠMT © 2006 [cit. 2012-01-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.

„Školskými zařízeními pro preventivně výchovnou péči jsou střediska výchovné péče, která dětem s projevy poruch chování a sociálně rizikovým vývojem poskytují na základě smlouvy s jejich zákonnými zástupci speciálně

pedagogickou a psychologickou pomoc v rámci ambulantních, nebo pobytových výchovně terapeutických programů“ (Jánský, 2004, s. 94).

Primárněpreventivní intervence realizovaná ve školním prostředí je jednou z nejvhodnějších strategií k dlouhodobému řešení problematiky užívání návykových látek a dalších typů rizikového chování. Mezi různými typy preventivních intervencí s prokázanou efektivitou se v posledních letech jm. prosazují programy zaměřené na tzv. sociální dovednosti. Jedná se o programy, které jsou dobře kompatibilní s jinými typy intervencí. Tyto programy prošly v posledních letech opakovaným testováním v různých výzkumných projektech a byly srovnávány s jinými typy programů (Novák, Adiktologie).

Specifická primární prevence

Specifická primární prevence je realizována v rámci podpůrných programů pro rizikové skupiny, pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami jako prevence před exkluzí. Součástí specifické primární prevence jsou Standardy specifické primární prevence, které jsou cestou ke zkvalitnění preventivních aktivit. Prevence rizikového chování [online]. MŠMT © 2006 [cit. 2012-01-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.

Specifická primární prevenci je systém aktivit a služeb, zaměřujících se na práci s populací, u níž lze v případě jejich absence předpokládat další negativní vývoj a který se snaží předcházet nebo omezovat nárůst jeho výskytu. Může být realizována jako všeobecná (zaměřena na cílovou skupinu u které není zatím specifikováno či prozatím nejeví známky rizikového chování), selektivní (zaměřena na primární cílovou skupinu u které chceme zamezit vznik rizikového chování), nebo v podobě včasné intervence, což předchází sekundární prevenci. Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních [online]. MŠMT © 2006 [cit. 2012-01-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.

Sekundární prevence

Nejčastější definice sekundární prevence je, že jde o včasné odhalení a diagnostiku duševních poruch a nemocí, okamžité zahájení jejich léčby či

použití jiných opatření. Hlavní cíl je snížení výskytu případů a podstatné zkrácení trvání choroby nebo poruchy (Hartl, 1997).

Dle dokumentu MŠMT Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012 sekundární prevence je „předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování. V tomto pojetí je sekundární prevence název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení“ [online]. MŠMT © 2006 [cit. 2012-01-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.

Terciární prevence

Zkrácení délky přetrvávání symptomů a problémů po skončení léčby je hlavním cílem terciární prevence. Patří sem hlavně rehabilitace, která významně snižuje chronicitu duševně nemocných a zlepšuje znovu návrat do každodenního života přetrvávajících chronických stavů pacientů, které představují velký ekonomický i sociální problém. Péče v terciární prevenci je drahá, zatěžující nejen komunitu, rodinu, ale i stát (Hartl, 1997).

3 Terapie

Langmeier a kol (2000) uvádí, že terapie dnes využívá rozmanitého množství postupů, přitom některé si dokonce i protiřečí a jiné jsou mezi sebou provázány. Tyto všechny informace lze přehledně uspořádat a popsat do několika dimenzí. Hlavní je si stanovit cíl terapeutické činnosti. Nesmíme opomenout hned na začátku zaměření neboli ohnisko terapeutické činnosti. Jako další dimenzi autor uvádí způsob zásahu, čili intervenci terapeuta. V neposlední řadě je uvedena i forma terapie v podobě uspořádání terapeutické situace.

Je zde třeba i stanovit několik základních pravidel uvádí Liebmann (2005). Musí být jasné, co je očekáváno od terapie a klienta a její základní principy. Některá pravidla je dobré mít vypracována předem, jako jsou pravidelnost a četnost setkání, vyloučení ze skupiny a tak dále. Tato pravidla je možné po zahájení skupiny upravovat, protože řada věcí vyplyne za chodu skupiny. Někteří jedinci již mají zkušenosti terapiemi, ale i přesto je třeba definovat pravidla pro nově přichozí členy. Některá pravidla nebude třeba ani vyzdvihovat, protože patří mezi slušné chování, ale je dobré toto alespoň připomenout.

Zpětná vazba se zvláště silně uplatňuje v sociálním učení. Nejhlavnější na tom je vjem informací o tom, jak dané chování jednotlivce působí na druhé. Díky tomuto se vytváří terapeutická kultura, kdy úsilí členů komunity spočívá v zjištění, proč dělají to, co dělají a naučit se zacházet se svými problémy terapeuticky, neboli využívat sebe sama jako materiálu, kdy se v tolerantním prostředí mohou na těchto situacích bezbolestně učit. Vhled do meziosobních vztahů napomáhá vyrovnat se s minulými, většinou bolestnými zkušenostmi a natrénovat si navazování a utváření nových vztahů (Hartl, 1997).

3.1 Rodinná terapie

„Rodinná terapie představuje profesionálně vedený pokus navodit psychologickými metodami prospěšné změny v narušené rodinné soustavě. Chorobné příznaky jednotlivých členů rodiny nevznikají výlučně na individuálním podkladě, ale objevují se, berou na sebe svou specifickou podobu, udržují se a v příznivém případě mizí v rámci sociálních vztahů a interakcí v rodině. Počáteční předpoklad některých rodinných terapeutů, že terapeut proto musí pracovat vždy s celou rodinnou jednotkou a že se nemá scházet s jednotlivými členy, aby se nevytvářely nevhodné terapeutické koalice, by rodinnou terapii příliš omezoval. Ve skutečnosti může být v praxi výhodné, když terapeut probírá některé problémy s rodiči (např. jejich manželské vztahy), jindy přizve navíc i členy širší rodiny (prarodiče nebo jiné příbuzné)“ (Langmeier, 2000, s. 170).

Kratochvíl (2000) o rodinné terapii napsal, že se zaměřuje na práci s celou rodinou včetně dětí. Hlavní pozornost je však věnována vztahům mezi rodiči a dětmi. Tato terapie vychází více z praxe a výzkumů pedopsychiatrů a pedopsychologů.

Specifický léčebný přístup může představovat rodinná psychoterapie. Od počátku šedesátých let se začala soustavně rozvíjet jak v teorii, tak i v praxi. Za posledních zhruba dvacet let se široce rozvinula a dnes je jedním z nejnadějnějších přístupů v léčbě sociálně, duševně či tělesně nemocných dospělých i dětí. Přitom je zde velká rozdílnost v postupech. Rozdíl se vyskytuje v samém pojetí, rodinné terapie, ve specifických technikách a v teoretických východiscích. I když se vyskytují jednotlivé rozdíly, všechny směry a metody rodinné terapie mají společný základ, kdy ve středu pozornosti nestojí jedinec, ale vždy celá rodina. Pacientem v tomto případě je rodina se všemi svými narušenými i zdravými členy. Individuální poruchy dítěte či jakéhokoli člena rodiny úzce souvisí nejen se skupinovou dynamikou celé rodiny, ale i s individuální symptomatikou. Je to určitý výraz narušených interpersonálních vztahů v rodině. Terapeut by měl jako hlavní cíl terapie

usilovat o změnu vztahů a nikoli pouze na problémy samotného jedince (Langmeier, 2000).

3.2 Skupinová terapie

Skupinová psychoterapie dětí je proces, kde se terapeutické síly v podobě jednoho či více terapeutů zaměřují při pravidelných setkáních na několik dětí či mladistvých. Cílem skupiny při pravidelných setkáních je zaměření na vzájemnou pomoc k dosažení změny směřující k optimálnímu vývoji. Terapie se zaměřuje na intrapsychické a interpersonální procesy, kdy je zdůrazněna zejména skupinová dynamika a její využití. Zde se uplatňují všechny sociální procesy a interakce s jejich emočními, verbálními i neverbálními průvodními znaky. Terapeutický vztah je zde uzpůsoben tak, že terapeutovy vstupy a zásahy jsou v podobě vzájemného působení členů skupiny a terapeutem. Na každého člena skupiny je působení více vlivů najednou, kdy je nucen je zpracovávat a v příznivém případě je posléze i využívat ke svému vývoji a růstu. Změna se posléze může projevit v chování ve skupině, mimo ní, ale i v běžných životních situacích (Rieger, 1998).

Většinou se terapeuti či vedoucí mohou rozmyslet, zda chtějí pracovat individuálně nebo ve skupině. Některé profese jako například učitelé pracují se skupinou téměř vždy a proto je dobré znát výhody, které skupinová terapie může mít. Mezi hlavní důvody se dá zahrnout i fakt, že většina sociálního učení probíhá ve skupinách, což nabízí vhodné zázemí, kde jej můžeme realizovat. Vzájemná podpora a pomoc při řešení podobných problémů a potřeb. Dalším pozitivem skupiny je zpětná vazba v podobě náhledu od ostatních a nácvik nových rolí v rámci skupiny. Skupiny mohou být také urychlujícím prvkem vývoje skrytých zdrojů a schopností. Skupinová práce vyhovuje určitým jedincům, většinou těm, pro které je intimita individuální práce příliš intenzivní. Ve skupině může probíhat dělba o moc a zodpovědnost v rámci demokratizace. Někteří terapeuti vidí větší uspokojení z práce na skupinové terapii. Využití odborných znalostí a pomoc několika lidem najednou je zefektivnění skupinové práce (Liebmann, 2005).

Existují však také nevýhody ve skupinové terapii, například v podobě zachování důvěrnosti a mlčenlivosti. Je zde i horší organizování všech jedinců a méně individuální pozornosti. Je jednoduché pro skupinu označit nějakého jejího člena jako extrémního a on se hůře zbavuje nálepků. Při skupinové terapii se narazí ne méně nepříjemnějších témat, které se dotýkají vlastní osobnosti, ale jedinec se může dobře schovat se za někoho (Liebmann, 2005).

3.3 Individuální terapie

Při individuální terapii pro dětský věk je důležité vytýčit jaké osobnostní složky a děje klíčové při nápravě poruchy. Metody „sugestivní“ a „racionální“ směřují k terapeutickému využití základních druhů lidského poznání jako zdroje poruchového duševního dění a jeho nápravy. Metody „emocionální“ a „motivační“ ovlivňují citění a snažení. Metody „behaviorální“ a „psychofyziologické“ využívají postupy terapeutického nácviku v oblastech vnějšího chování a vnitřní fyziologie. Všechny osobnostní složky dítěte jsou zasaženy psychoterapeuticky zprostředkovanou a vyvolanou změnou. Proto lze pokládat, že všechny zacílené postupy jsou si rovnocenné. Na určité dítě se zvláštními individuálními a vztahovými předpoklady, zdravotní problematikou a životní situací bývají možnosti praktického terapeutického působení prakticky využitelnější a působivější než jiné. Účelné volbě metody na základě získaných údajů poslouží předkládané alternativy psychoterapeutického přístupu a praktického postupu (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000).

Jednorázové vedení klienta je odborná poradenská pomoc poskytnutá dítěti v obtížné životní situaci nebo v životní krizi, kdy ze strany potenciálního klienta není zájem o krátkodobé nebo dlouhodobé vedení ve středisku. V těchto případech je doporučena péče jiného zařízení. Jednorázové vedení klienta může také zahrnovat konzultace poskytnuté zákonnému zástupci nezletilého klienta (či jiné osobě odpovědné za výchovu) v případě výchovných problémů, které nedokáže samostatně vyřešit. Vedení klienta probíhá formou osobní nebo telefonické konzultace. V těchto případech kdy jednorázová konzultace nebo psychologická pomoc není vedena samostatná dokumentace, je veden pouze

záznam v knize denní evidence činností o podnětu ke konzultaci, času, délce a způsobu kontaktu. Jednorázové vedení klienta zahrnuje také konzultace vyžádané klientem, který již ukončil pobyt ve středisku, ale žádá o poradenskou pomoc či psychologickou podporu. Může se to týkat náročné životní situace, volby vzdělávací cesty, nebo při výběru vhodné profesní přípravy a podobně Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti středisek výchovné péče [online]. MŠMT © 2006 [cit. 2012-01-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.

Krátkodobé vedení klienta je taktéž odborná činnost s klientem probíhající v oddělení ambulantním. Je ukončena do 2 měsíců od prvního kontaktu. V tomto případě bylo uskutečněno nejméně 5 návštěv střediska Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti středisek výchovné péče [online]. MŠMT © 2006 [cit. 2012-01-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.

Dlouhodobé vedení klienta je definované jako poskytování diagnostických, preventivně výchovných a poradenských služeb v oddělení ambulantním, popřípadě celodenním nebo internátním, které trvá celkem déle než 2 měsíce od první konzultace Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti středisek výchovné péče [online]. MŠMT © 2006 [cit. 2012-01-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.

3.4 Další druhy terapií uplatňované ve střediscích výchovné péče

Hudební improvizace představuje stěžejní techniku práce muzikoterapeuta. Jde o spontánní vytváření hudby pomocí zpěvu, hry na tělo a hudebních nástrojů. Tato improvizace umožňuje vyvolat reakci klientů na jakékoliv psychické úrovni. Hudební improvizace se zaslouží o rozvoj kontaktu s klientem a terapeutický vztah v souvislosti s hudebními zkušenostmi. Terapeut v muzikoterapii vytváří hudebně a emocionálně příznivé prostředí podporující potenciál hudebního vyjadřování klienta a má diagnostické a terapeutické využití. Bývá i značně strukturovaná. Improvizace se dá rozlišit na

připravenou, kdy je předvídan průběh a nepřipravenou, spontánně přebíhá z jedné do druhé hudební situace. Muzikoterapie [online]. © 2007 - 2011 [cit. 2012-01-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.muzikoterapie.cz>>.

Ergoterapie je pracovní terapie, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince. Procvičují se zde činnosti v podobě zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností bez ohledu na věk a typ postižení. Podporuje maximálně možnou účast jedince v běžném životě, ale také je zde zachován respekt k jeho osobnosti a možnostem. Jsou zde použity specifické metody a techniky, poradenství, nácvik konkrétních dovedností a přizpůsobení prostředí. V tomto případě je myšlena veškerá činnost, kterou jedinec vykonává v průběhu života a je to součástí identity. Hlavním cílem této terapie je umožnění jedinci účastnit se zaměstnávání, které vnímá ve svém životě jako smysluplné a nepostradatelné. Ergoterapie [online]. Česká asociace ergoterapeutů © 2008 [cit. 2012-01-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.ergoterapie.cz>>.

Arteterapie se dá definovat jako léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku ovlivnění a poznání mezilidských vztahů a lidské psychiky. Často bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, někdy zase je pojímána jako svébytný obor. Většinou se rozlišují dva základní proudy. Jeden je terapie uměním, kdy je kladen důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a druhý je artpsychoterapie, kde jsou psychoterapeuticky zpracovávány výtvary a prožitky z procesu tvorby. Arteterapie v České republice [online]. Praha: Česká arteterapeutická asociace © 2005 [cit. 2012-01-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.earteterapie.cz>>.

Pokud se zadá jednotlivci či skupině téma, na které by měli spontánně tvořit, tak výsledky činností budou velice různorodé. Myšlenky, pocity a osobnost tvůrce se promítnou do symbolů, které autor použije, ale také i kompozice, barvy, ale i celkové prostorové vztahy budou jedinečné. Jedinečnost osobnosti budou potvrzovat prvky, které budou užity, ale zároveň mohou vyjadřovat jak sounáležitost ve skupině, tak i její zájmy. Skupinové ideály jde posilovat například při úpravě místa, ve kterém žijeme (Campellová, 1998)

Dramaterapie je skupinová aktivita, která neřeší problémy a potíže jedince, neproniká do individuálních traumat minulosti za účelem jejich přenosu, nebo přesunutí do vědomí či vizualizování a verbalizování jako psychodrama. Dramaterapie pracuje se znaky a metaforami, akceptuje stylizaci a kreativitu nezaměřenou na tvorbu umělecké metafory, ale hledání alternativního postoje, modelu chování. Pracuje s divadelními prostředky a základ je v hraní jiných postav (rolové hry). Schéma dramaterapie je více podobné lekci dramatické výchovy, kdy terapeut je odpovědný za průběh dění ve skupině (Valenta, 2001)

Mezi základní cíle dramaterapie patří hlavně zvyšování sociální interakce a interpersonální inteligence, zvládnutí kontroly svých emocí, získání schopnosti uvolnit se ke spontánnímu chování, změna nekonstruktivního chování, rozvoj představivosti a koncentrace, rozšíření repertoáru rolí pro život a posílení sebedůvěry, sebeúcty a zvyšování intrapersonální inteligence a v neposlední řadě i získání schopnosti poznat a přijmout svoje omezení i možnosti. Dramaterapie [online]. © 2007 [cit. 2012-01-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.dramaterapie.atlasweb.cz/cz>>.

4 Popis výzkumu

Předmětem zkoumání diplomové práce na téma „Terapeutické metody užívané ve střediscích výchovné péče“ je v praktické části zaměřen na Středisko výchovné péče pro děti a mládež v Českém Krumlově.

Zde bude představen vznik tohoto střediska, formy práce, které v něm probíhají, nabídka střediska pro veřejnost, co vše může zajistit, personální zajištění a v neposlední řadě i prostorové zajištění.

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním autorčiným cílem po představení Střediska v Českém Krumlově je i zpracování statistických informací ohledně klientů navštěvujících Středisko Spirála v Českém Krumlově od školního roku 2002/2003.

Zde by se autorka měla zaměřit na vytíženost jednotlivých terapií v podobě individuální terapie, skupinová terapie a rodinná terapie. Chtěla by zmapovat vývoj jednotlivých terapií. Některé údaje má v záměru i porovnat s údaji Ústavu pro informace ve vzdělávání a to se statistikou Jihočeského kraje, případně i s údaji za celou Českou republiku.

4.2 Použité metody, techniky a postupy

Výzkum, který autorka bude provádět, bude zaměřen na empirickou metodu sběru dat, kdy bude použita metoda analýzy dokumentů, případně sekundární analýza dat. Autorka se hlavně zaměří na porovnávání informací z jednotlivých let a to již od školního roku 2002/2003 (dle výročních zpráv, či případně dokumentace vedené v rámci střediska, ale také i Ústavu pro informace ve vzdělávání). Většina informací bude zaznamenaných v jednotkách odborného výkonu (dále jen JOV). Všechny pořízené informace

budou za jednotlivá školní léta, protože je středisko výchovné péče zařízení MŠMT, tak i zde je rozdělena práce na školní roky, nikoli kalendářní.

Tento výzkum bude uveden ve většině případů od školního roku 2002/2003, protože byl ve Středisku Spirála na evidenci a zaznamenávání klientů zaveden program.

Výzkumný vzorek činí klienti Střediska výchovné péče v Českém Krumlově. Ti byli doporučeni odborníky (z pedagogicko-psychologické poradny, psychologem, psychiatrem či výchovným poradcem na své základní škole, popřípadě zákonným zástupcem a jinými institucemi) a posléze začlenění do dané terapie dle předcházející diagnostiky. Převážná část klientů jsou žáci základních škol, ale vyskytují se ve středisku i studenti středních či vysokých škol do 26ti let. V rámci rodinné terapie se pracuje s celou rodinou, kdy se většinou jedná o problémové chování nezletilého jedince.

Výpočet JOV což je základní jednotkou odborné činnosti. Jde zde o jednotku odborného výkonu, kterou se rozumí jedna jednotkou je přímý odborný výkon odborného pracovníka o délce 30 minut. Jde zejména o individuální intervenci, speciálně - pedagogickou, psychologickou a sociální diagnostiku, poradenskou a psychoterapeutickou práci s klientem či skupinami klientů. Všechny JOV jsou řádně vedeny v dokumentaci střediska dle jednotlivých druhů odborných činností a vykazovány v ročních statistických výkazech na formulářích Ústavu pro informace ve vzdělávání.

Postup jednotlivých kroků při zpracování praktické části diplomové práci si autorka stanovila takto:

- Představení Střediska výchovné péče pro děti a mládež Spirála v Českém Krumlově
- Sekundární analýzu dat (zajištění dokumentů na porovnávání jednotlivých let)
- Nastudování potřebných dokumentů
- Porovnávání počtu klientů za jednotlivá léta
- Porovnávání počtu intenzity a četnosti jednotlivých terapií dle jednotek odborného výkonu (JOV)

- Zeselektování informací a případně porovnání informací
- Zaznamenávání informací do daného grafu či tabulky
- Interpretace výsledků.

4.3 Případová studie Střediska výchovné péče pro děti a mládež Spirála v Českém Krumlově

Jelikož v českokrumlovském regionu přibývalo případů řešení výchovných problémů dětí a mládeže, tak i tato skutečnost byl jeden z nejdůležitějších podnětů vzniku ambulantního střediska. Jako první pocítila potřebu tohoto zařízení PhDr. Jana Vejvodová, tehdejší ředitelka pedagogicko-psychologické poradny a psycholožka, která je i duchovní matkou tohoto projektu. Do té doby řešili tuto problematiku právě již ve vyčíslené pedagogicko-psychologické poradně.

Nejen z výše uvedeného důvodu zřizuje MŠMT ČR v roce 1997 Středisko výchovné péče pro děti a mládež Spirála, poskytující všestranně preventivní výchovnou péči a psychologickou pomoc dětem a mládeži s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji. Vzniklé středisko je zaměřené na odstranění či zmírnění již vzniklých poruch chování, na prevenci vzniku dalších vážnějších výchovných poruch a negativních jevů v sociálním vývoji žáků, pokud u nich nenastal důvod k nařízení ústavní výchovy, nebo uložení ochranné výchovy.

Ke sloučení střediska s DDÚ Homole došlo v září 2001, kdy byla zachována veškerá činnost střediska v plném rozsahu.

V současné době bude středisko mít 15ti letou funkci, kdy ročně projde střediskem kolem tří set až čtyř set klientů. Věk klientů se většinou pohybuje mezi šesti a osmnácti lety a jsou zastoupeni z regionu českokrumlovska a taktéž z prachaticka.

Mezi nejčastější problémy patří:

- děti z citově nepodnětného a sociálně zanedbaného prostředí
- děti s výraznějším syndromem LMD, s projevy agresivity
- děti, které se ocitly ve složitých životních situacích (rozvod, úmrtí rodičů)
- děti, které mají problém s navazováním kontaktů s vrstevníky
- děti s diagnózou psychopatologického vývoje
- osobnostní a vztahové problémy, hledání vlastní identity, žebříčku hodnot
- experimenty s drogou

Ambulantní služba střediska Spirála je určena dětem a mládeži s rizikem poruch chování či již rozvinutou poruchou chování a negativních jevů v sociálním vývoji, u kterých není nařízena ústavní výchova, nebo uložena ochranná výchova zletilým osobám do ukončení středního vzdělávání. Služba je také poskytnuta zákonným zástupcům, učitelům a ostatním zúčastněných ve výchově klienta.

Středisko Spirála nabízí tyto ambulantní služby:

Diagnostické: psychologická diagnostika osobnosti, speciálně pedagogická a pedagogicko-psychologická diagnostika poruch chování a sociálního vývoje, sociální diagnostika.

Preventivně výchovné: předcházení poruchám chování, náprava a sociální rehabilitace, jednorázové, krátkodobé a dlouhodobé vedení klientů formou individuální, skupinové a rodinné terapeutické činnosti, vypracování a uskutečňování speciálně pedagogických a terapeutických programů a realizace pobytových výchovných a terapeutických programů v délce do 7 dnů, programy pro třídní kolektivy pro předcházení a řešení sociálně patologických jevů na podnět školského zařízení.

Poradenské: poradenská intervence včetně telefonické intervence a psychologická podpora pro klienta, který je v situaci, kterou není schopen sám řešit, činnost zaměřená na předcházení vzniku sociálně patologických jevů, na řešení problémů vzniklých v důsledku poruch chování a nežádoucích vlivů a

podpora při začleňování klienta do společnosti, poskytování informací zaměřených na vhodnou volbu a zvládnutí profesní přípravy a podpora klienta při snaze získat kvalifikaci potřebnou k lepšímu uplatnění na trhu práce.

SVP Spirála nabízí:

- Speciálně pedagogické a psychologické vedení dětí a mládeže s poruchami chování
- Individuální a skupinovou terapii pro děti a mládež
- Rodinnou terapii
- Arteterapii
- Poradenství pro rodiče, metodická podpora učitelů
- Měsíčník – celodenní setkání jednou za měsíc pro děti, které nemohou SVP navštěvovat pravidelně
- Prodloužené skupiny (cca 1x měsíčně 2-3 hodiny nevšedních aktivit)
- Práce s třídními kolektivy – řešení aktuálních krizových situací v třídním kolektivu cca 3 – 4 setkání po 2 vyučovacích hodinách v kmenové škole
- Sociometrie v rámci práce s třídním kolektivem
- Jednodenní, víkendové a letní integrované pobyty pro děti a mládež (lyže, lodě, koně, kola,...)

Personální zajištění SVP Spirála má dnes pole působnosti ve dvou dříve okresních regionech a to českokrumlovsko a prachaticko.

Při tomto rozlehlém poli působnosti je personální zajištění následující:

- 2,5 úvazku speciální pedagog
- 1,5 úvazku sociální pracovníce
- Do 10 hodin týdně klinický psycholog – dohoda o provedení činnosti
- 2-4 hodiny týdně uklízečka na živnostenský list

Prostorové zajištění Střediska Spirála je následující:

- 2x kancelář,
- arteterapeutická dílna,
- terapeutická místnost,
- čekárna,
- sklad,
- sociální zařízení.

4.4 Charakteristika souboru

Analýza dat bude vyhodnocena z interních údajů SVP Spirála. V roce 2002 byl zaveden program monitorující klienty, ze kterého autorka převážně čerpala. Po uzavření výsledků na konci školního roku jsou data zpracovávány a posléze zaslány na Ústav pro informace ve vzdělávání dle jednotlivých informací, které zrovna ten rok ústav požaduje. Jelikož jsou SVP neustále v transformačním procesu, tak i informace které jsou zpracovávány a posléze zasílány, se neustále mění. Během devíti sledovaných let jsou zaznamenány některé změny, dle reflexe na aktuální stav ve společnosti a potřeby je zaznamenat. Například se nově od školního roku 2007/2008 monitoruje počet cizinců jako klientů v SVP a z toho kolik jich je občany EU. Jsou zaznamenány i změny iniciátorů podnětů k návštěvě SVP atd.

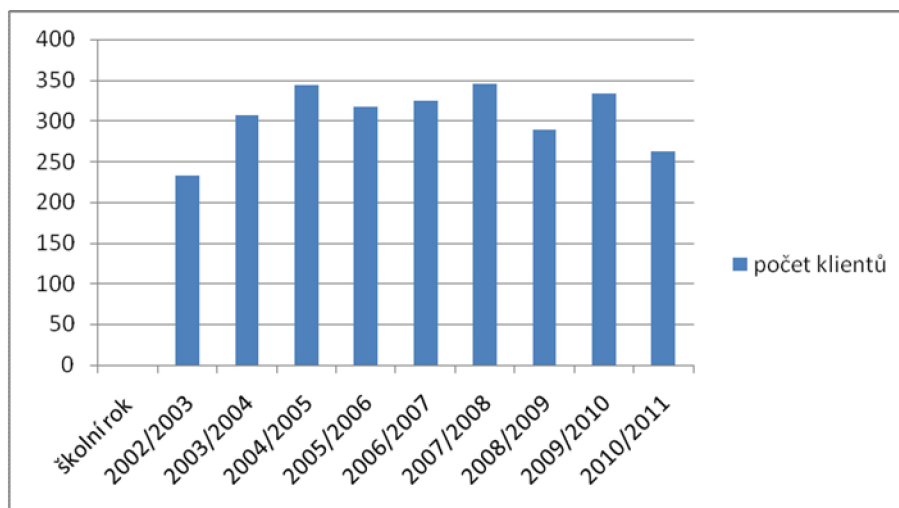
4.5 Analýza dat

Analýza dat je získána z interních zápisů v programu o vedení klientů. Tyto zápisy se posléze každý rok posílají ke zpracování do Ústavu pro informace ve vzdělávání, který neustále reaguje na aktuální dění a tak i informace, které po střediscích požaduje, se neustále mění. Poslední změna proběhla ve školním roce 2007/2008. V předešlých letech byly změny týkající se údajů o klientech čtenější.

Některé údaje autorka také srovnává i se statistickými celorepublikovými nebo jihokrajskými údaji získané z Ústavu pro informace

ve vzdělávání. Autorka chtěla porovnat nejaktuálnější informace, jenže na internetových stránkách po rozbalení souboru „Rok 2010/2011 > Výkonové ukazatele 2010/11 - kapitola I“ kde měly být aktuální informace z roku 2010/2011 jsou uvedeny statistiky za školní rok 2009/2010.

Graf 1: Počet klientů SVP Spirála



Zdroj: vlastní výzkum

V tomto případě autorka uvádí výše zveřejněný graf vývoje jednotlivých roků a počtů klientů. Jelikož i nadále bude pracovat s počtem klientů, tak zde uvádí i konkrétní počet klientů SVP Spirála, které jsou v následující tabulce.

Tabulka 1: Počet klientů SVP Spirála

školní rok	počet klientů
2002/2003	232
2003/2004	306
2004/2005	343
2005/2006	317
2006/2007	324
2007/2008	345
2008/2009	289
2009/2010	333
2010/2011	262

Zdroj: vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky lze zjistit, kolik bylo přesně klientů v jednotlivých letech. Z tabulky je zřejmé, že první z větších poklesů klientů střediska nastal ve školním roce 2008/2009. Toto je zapříčiněno dlouhodobou pracovní neschopností jednoho ze speciálních pedagogů. Tato pracovní neschopnost trvala zhruba půl roku a odborný pracovník nebyl zastoupen žádnou náhradou.

Další pokles je viditelný ve školním roce 2010/2011. Na přelomu roku 2010/2011 byla omezena pracovní doba střediska jen na velice akutní případy. Důvodem k těmto opatřením byla havárie odpadních vod. Jelikož SVP Spirála sídlí v přízemí, tak všechny opravářské práce byly v těchto prostorách, takže veškeré akce a skupinové terapie byly zrušeny. Byla zanechána pouze práce v terénu, takže případná návštěva škol, třídních kolektivů, vše mimo dosah střediska.

Ve školním roce 2011/2012 v pololetí bylo evidováno střediskem za plného provozu 250 klientů.

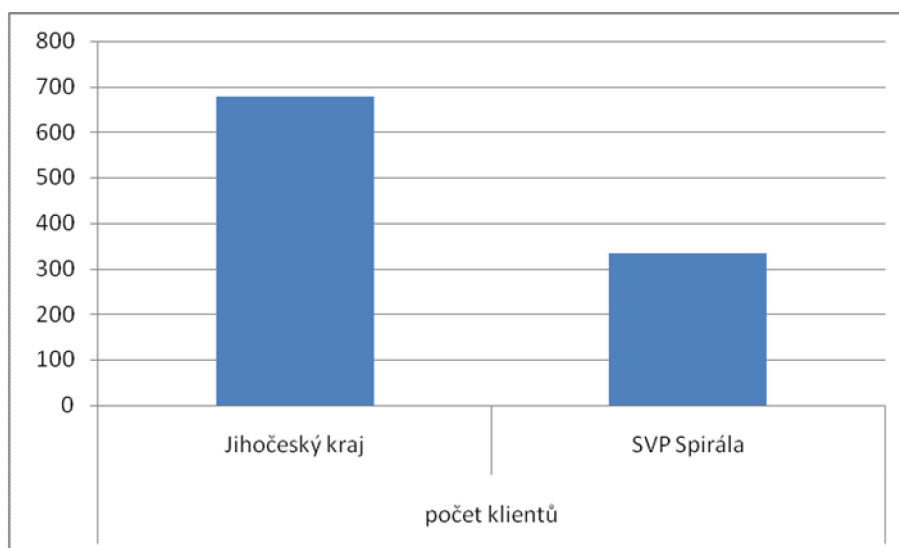
Dle statistiky Ústavu pro informace ve vzdělávání celý Jihočeský kraj měl evidovaných ve školním roce 2009/2010 677 klientů. Statistika také uvádí, že počet středisek v tomto kraji čítá 1. Nejspíše zde je myšleno, že všechny střediska v Jihočeském kraji spadají pod Dětský diagnostický ústav Homole. Jsou to:

SVP Spirála, Český Krumlov

SVP České Budějovice

SVP Strakonice

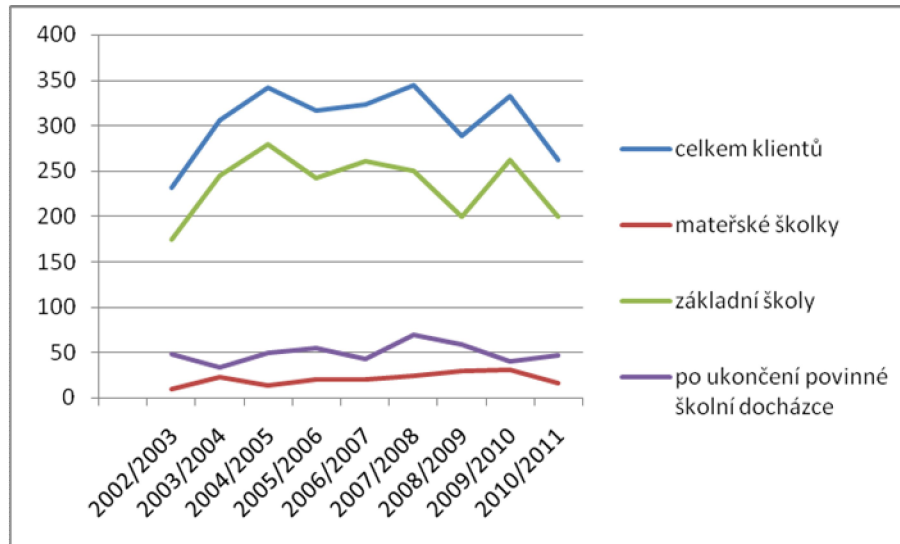
Graf 2: Srovnání celkového počtu klientů Jihočeského kraje s klienty SVP Spirála ve školním roce 2009/2010



Zdroj: vlastní výzkum

Je zajímavé, že ve školním roce 2009/2010 SVP Spirála vykazuje necelou polovinu klientů což je v tomto případě 333 z celého Jihočeského kraje, který vykazuje 667. V tomto období v celé České republice je evidováno celkem 8064 klientů v péči. V tomto případě je očividné, že SVP Spirála pojme nejvíce klientů z Jihočeského kraje. Zde se naskytá otázka a stálo by to za podrobnější studii příčin, z jakého důvodu je tato skutečnost. Jestli jde o větší výskyt sociálně patologických jevů v těchto regionech, větší informovanost nebo menší předsudky lidí se obrátit na odbornou pomoc.

Graf 3: Rozdělení klientů dle stupně školního vzdělání



Zdroj: vlastní výzkum

Dle grafu lze vidět, že největší klientela v SVP Spirála je zastoupena z řad dětí plnících školní docházku. Ti jsou zachyceni odborníky v podobě třídních učitelů, výchovných poradců, metodiků prevence nebo dalších institucí, kdy jsou posléze posílány do další péče odborníků. Mateřská škola se obrací jen ve výjimečných případech. Za školní rok 2010/2011 bylo těchto klientů z řad mateřské školky pouze 16. Jedinci, kteří ukončili povinnou školní docházku, již nejsou nuceni nikam ambulantně docházet, pokud to není soudní rozhodnutí, tím pádem je zde motivační prvek jen jejich vlastní iniciativa k řešení problému. Ve školním roce 2010/2011 jich bylo evidovaných 47. Největší zastoupení v tomto školním roce je z řad klientů plnících povinnou školní docházku. Těch bylo zaznamenáno 199.

Tabulka 2: Iniciátor příchodu do SVP Spirála

Školní rok	Klient sám	Zákonný zástupce	Jiná osoba, organizace či orgán	OSPOD	Škola	Školské poradenské zařízení	Zdravotnické zařízení	Soud, probační mediační služba
2002/2003	40	81	111					
2003/2004	30	133	143					
2004/2005	32	128	56	50	77			
2005/2006	19	145	32	42	60	16	3	
2006/2007	18	179	19	43	40	24	1	
2007/2008	44	119	26	56	52	23	10	15
2008/2009	36	104	22	46	42	25	5	9
2009/2010	46	108	5	78	55	21	11	9
2010/2011	44	88	0	50	30	24	11	15

Zdroj: vlastní výzkum

Do důvodů příchodu do SVP Spirála je zařazen motivační prvek a iniciátor kontaktu s SVP Spirála. Dle tabulky lze zjistit, že od školního roku 2002/2003 do školního roku 2003/2004 včetně byli iniciátoři rozděleni pouze do tří skupin. Posléze ve školním roce 2004/2005 přibyla do výkazu činností i políčka iniciátora OSPOD a škola. Další školní rok do roku 2006/2007 včetně jsou známí další iniciátoři v podobě školských poradenských zařízení a zdravotnických. Prozatím poslední změna v údajích je zaznamenána od školního roku 2007/2008, kdy je nově uveden iniciátor i soud či probační mediační služba.

Je zajímavé, že od školního roku 2006/2007 je pokles iniciace zákonných zástupců. Zde se naskytá otázka, zda je to způsobené menším zájmem rodičů o své potomky které může být způsobené nedostatkem času z pracovní vytíženosti, nezájmem nebo neporozumění problematice a tím pádem i studem obrátit se na odbornou organizaci.

Tabulka 3: Rozdělení problémů po příchodu do SVP Spirála

Školní rok	Školní problémy	Rodinné	Osobnostní a psychické problémy	Experimentování s drogou	Asociální a antisociální činnost	Prekriminální a kriminální problémy
2002/2003	70	68	81	1	12	
2003/2004	97	91	105	2	11	
2004/2005	101	103	106	0		28
2005/2006	110	100	97	1		9
2006/2007	88	109	106	3		18
2007/2008	94	119	112	5		13
2008/2009	102	105	51	7		8
2009/2010	124	118	47	7		37
2010/2011	100	88	27	9		38

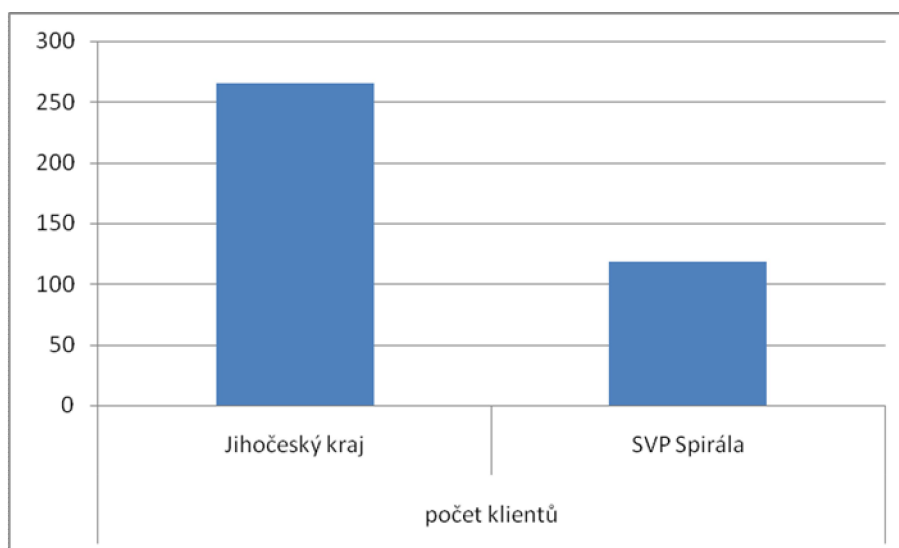
Zdroj: vlastní výzkum

Zde jsou taktéž zřejmé změny ve statistice požadavků Ústavu pro informace ve vzdělání. Školní problémy, rodinné, osobnostní a psychické problémy a experimentování s drogou jsou zachovány celou dobu. Změna však nastává ve školním roce 2004/2005. Asociální a antisociální činnost byla změněna na prekriminální a kriminální problémy.

Autorka této tabulky upozorňuje na fakt, že je zde postupný nárůst jedinců experimentujících s drogou. Celorepublikově ve školním roce 2009/2010 bylo 280 klientů zneužívajících návykové látky. Jihočeský kraj vykazuje 10 klientů experimentujících s drogou a z toho SVP Spirála jich má v evidenci 7.

Je zajímavé, že navzdory iniciátoru příchodů viz Tabulka 2, kdy byl od roku 2006/2007 viditelný pokles iniciátorů z řad zákonného zástupce, tak i přesto rodinné důvody návštěvy SVP Spirála neklesají. Výjimkou je školní rok 2010/2011 kdy byl již zmíněný pozastavený provoz.

Graf 4: Porovnání příchodů z rodinných důvodů v Jihočeském kraji a SVP Spirála



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu 4 je uvedeno, že statistika čítá v Jihočeském kraji 265 klientů přicházejících do střediska z rodinných důvodů. SVP Spirála uvádí 118 těchto klientů. Celorepublikově je to 2144 jedinců.

Ve statistice Ústav pro informace ve vzdělávání vyčleňuje z rodinných důvodů týráné a sexuálně zneužívané klienty. Česká republika vykazuje ve školním roce 2009/2010 celkem 65 těchto klientů a Jihočeský kraj 18. SVP Spirála ovšem toto do statistiky nezaznamenává. Jsou zde rozděleny pouze všeobecně rodinné důvody.

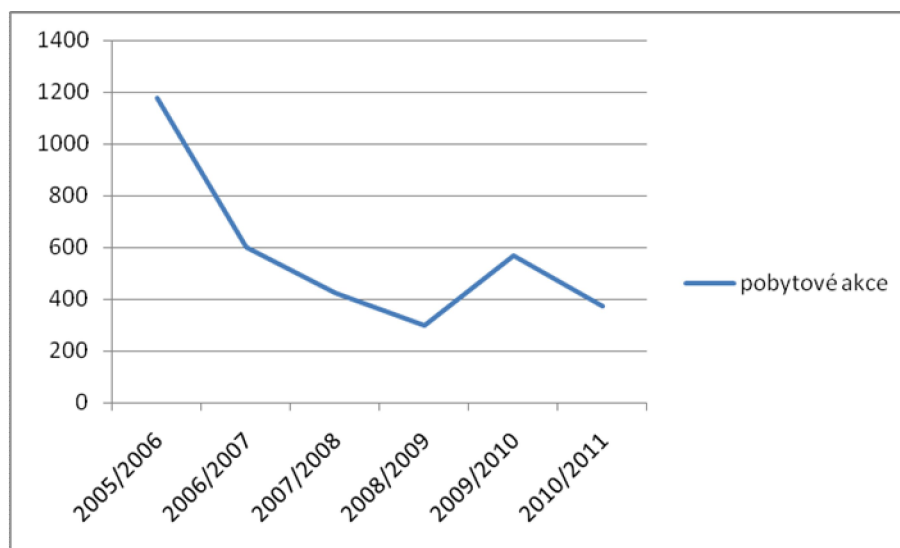
Tabulka 4: Jednotlivé terapie

Klienti	Pobytové akce	Individuální	Skupinová	Individuální práce s rodiči	Rodičovská skupina	Třídní kolektiv
2004/2005	5x					
2005/2006	1176 jov	1034 jov	1581 jov	293 jov	40 jov	556 jov
2006/2007	602 jov	1119 jov	1390 jov	157 jov	95 jov	18x
2007/2008	427 jov	839 jov	2778 jov	275 jov	86 jov	82
2008/2009	301 jov	607 jov	2301 jov	592 jov	64 jov	82
2009/2010	570 jov	684 jov	2668 jov	818 jov	60 jov	32x
2010/2011	373 jov	646 jov	2244 jov	704 jov	120 jov	56x

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 4 jsou uvedeny jednotlivé terapie zastoupené ve Středisku Spirála. Školní rok 2004/2005 je ve většině případů nevyplněn. Je to zapříčiněno tím, že do té doby Ústav pro informace ve vzdělání nerozděloval jednotlivé terapie, pouze všeobecné informace pod pojmem kontakty odborné a k tomu zvláště pobytové akce.

Graf 5: Pobytové akce



Zdroj: vlastní výzkum

V případě pobytových akcí se autorka domnívá, že se v průběhu této statistiky měnily výpočty jednotlivých JOV.

Jelikož ve školním roce 2004/2005 Ústav požadoval počet uskutečněných pobytů, v ten daný školní rok jich bylo 5. Od následujícího roku

to bylo přepočítáváno na JOV. Po zjišťování počtu pobytů byl jejich počet neustále zachováván, případně o jeden snížen. Standardně se ve Středisku Spirála uskuteční během školního roku minimálně 4 integrační pobyty. Zda bude o pobyt více, závisí také na poptávce těchto pobytů.

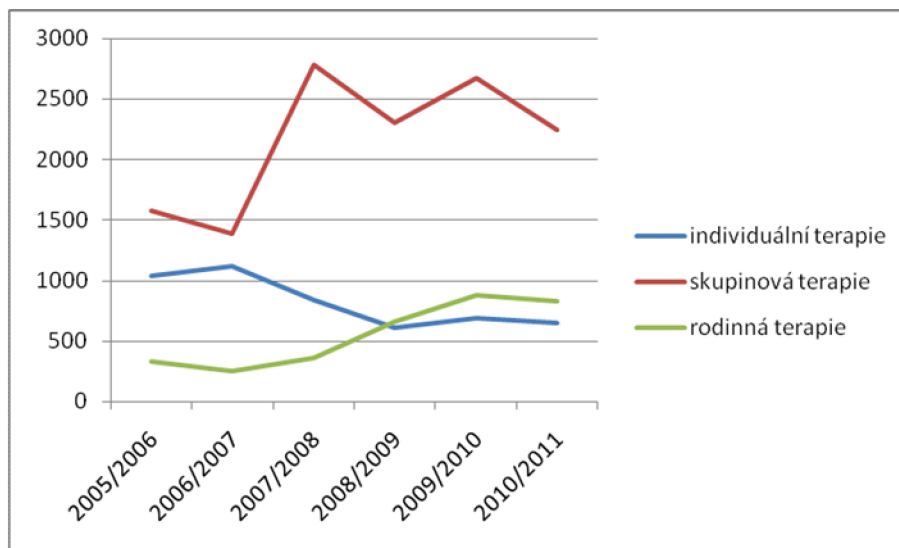
Poslední 3 roky jsou pobyty tematicky a sportovně zaměřeny:

- V zimě výuka snowboardingu a lyží
- Na jaře kola nebo koně
- V létě splouvání Vltavy
- Na podzim in-line

Počet klientů sice také kolísá, ale ne tak rapidně jako je to uvedeno v JOV. Většinou je počet klientů kolem 11. V současné době se tento počet vypočítá: počet dnů krát 8 hodin denně krát počet klientů na jednoho odborného pracovníka.

Ve školním roce 2011/2012 se uskutečnily již dva pobyty, kterých se zúčastnilo 21 klientů. Jeden byl na podzim se zaměřením na in-line a druhý v zimě s výukou snowboardingu a lyží. Oba dva pobyty byly čtyřdenní.

Graf 6: Vývoj terapií



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu 6 autorka sečetla individuální práci s rodiči a rodičovskou skupinu a tím dle jejího mínění vznikla rodinná terapie.

Je zajímavé, že opět je zde patrný pokles u všech terapií ve školním roce 2008/2009 a v 2010/2011.

Z grafů také vyplývá, že neustále nejvíce klientů je zařazeno do skupinové terapie, kdežto individuální terapie je zde klesající tendence a to již od roku 2006/2007.

Z grafů vyplývá, že nejmenší počet terapií je zastoupen v individuální terapii. Je to zapříčiněné tím, že většinou klient má první setkání s odborným pracovníkem individuálně, kde se zjistí, s jakým problémem klient přichází do střediska. Následně se rozhodne dle zakázky, zda je pro klienta lepší mít individuální, skupinovou či rodinnou terapii. Ve většině případů klient pokračuje ve skupinové terapii, kam je zařazen dle daného problému, věkové skupiny která se dělí na první nebo druhý stupeň základní školy, popřípadě dle pohlaví.

Autorka práce vidí v případě rodinné terapie velice pozitivní vzestup. Navzdory již zmíněných iniciátorů příchodů, kdy zákonní zástupci jsou zastoupeny v menší míře a kdy rodinných důvodů příchodů pozvolna přibývá. Sice je vždy pracováno s klientem, ale péče by měla být komplexní, nejenom že se snažíme motivovat a měnit chování klienta, ale pokud nemá oporu k pozitivnímu chování v rodině, tak žádných pokroků se jedinec nemůže dopustit. Pokud ovšem se pozvolna přeměňuje jak klient, tak i jeho prostředí k pozitivnějšímu obrazu společnosti, tak je to pro klienta větší motivační prvek ke změně chování. V současné době probíhá jedna rodičovská skupina o počtu 12 rodičů.

Skupinová terapie je nejvíce zastoupena. Největší nárůst nastal ve školním roce 2007/2008 kdy byl počet klientů zdvojnásoben. Naproti tomu v tomto období je pokles individuální terapie, kde by se mohl uplatnit výše zmíněný model práce, kdy po rozeznání problémů byli jedinci přeřazeni na skupinovou terapii.

V současném školním roce 2011/2012 je skupinová terapie ve Středisku Spirála rozdělena do sedmi terapeutických skupin při počtu 36 klientů.

Tabulka 5: Třídní kolektiv

Školní rok	Programy pro třídní kolektiv
2005/2006	556 jov
2006/2007	18x
2007/2008	82
2008/2009	82
2009/2010	32x
2010/2011	56x

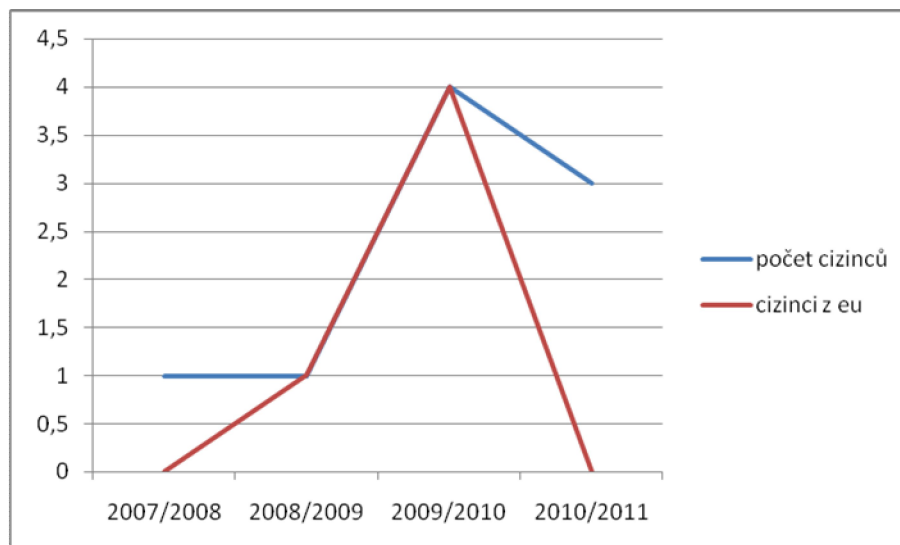
Zdroj: vlastní výzkum

Práce s třídními kolektivy je uveřejněna až ve školním roce 2005/2006. Nejdříve byla uváděna v JOV, ale posléze je tam pouze kolikrát se se třídou pracovalo. Ve školních letech 2007/2008 a 2008/2009 není uvedeno, v jakých jednotkách je práce vykonána. Zda se jedná o JOV či počty celkového setkání. Autorka se domnívá, že v tomto případě je to počet JOV. I když by zde rapidní pokles JOV na rozdíl od školního roku 2005/2006. Autorka předpokládá, že i zde se dá tento jev vysvětlit vypočítáním práce – zda byla počítána jen na třídu jako na celek, či na počet žáků jako přímá odborná práce a doba působení ve třídě.

V současné době většinou tato práce je na dvě vyučovací hodiny. Záleží na zakázce školy, s jakým požadavkem přichází. Tyto programy jsou spíše již intervenčního rázu. Nejčastěji se pracovníci střediska domlouvají na čtyřech setkáních, kde v druhém se dělají sociometrické testy D-1 a KLIT. Třetí setkání je zaměřeno na vyhodnocení sociometrie ve třídě a posléze je zde konzultace s třídním učitelem a snaha najít schůdné řešení pro vzniklý konflikt v třídním kolektivu.

Ve školním roce 2011/2012 je ve Středisku Spirála i nárůst práce s třídními kolektivy. Za polovinu roku je již v evidenci práce ve 23 třídách o počtu hodin 71.

Graf 7: Počet klientů bez českého občanství

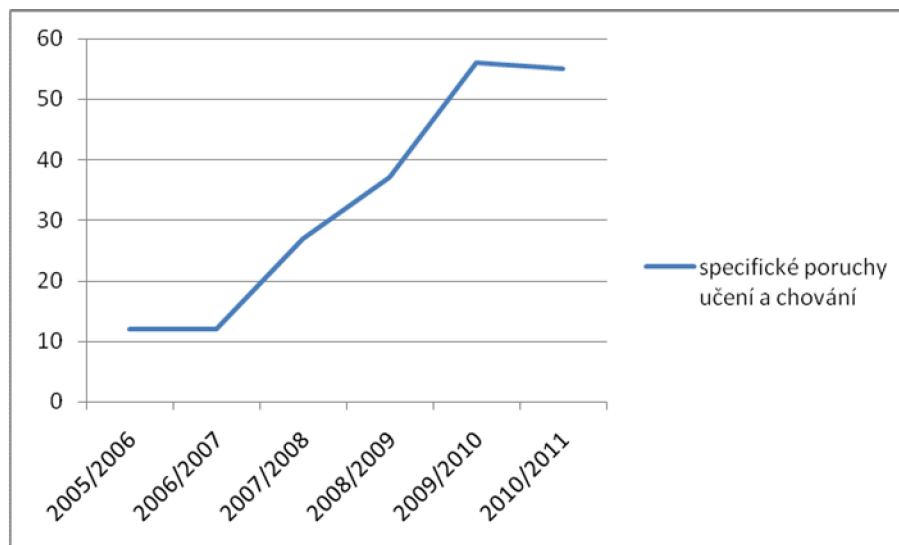


Zdroj: vlastní výzkum

Od roku 2007/2008 Ústav pro informace ve vzdělávání začal monitorovat i počet cizinců, kterým je poskytnuta ambulantní péče ve střediscích. Tyto údaje jsou posléze i rozděleny na další, zda klient využívající péči pochází ze země Evropské unie či nikoli.

Ve školním roce 2009/2010 dle Ústavu pro informace ve vzdělávání byli v Jihočeském kraji celkem 4 klienti cizinci a všichni byly občané Evropské unie. Tyto údaje celkem 4 klientů vykazuje i Středisko Spirála. Takže je zřejmé, že v Jihočeském kraji již nikde nebyl v evidenci cizí státní příslušník. Celkem v celé České republice je uvedeno 44 cizinců v péči středisek a z toho je jich 18 občany Evropské unie.

Graf 8: Klienti s diagnózou specifické poruchy učení a chování

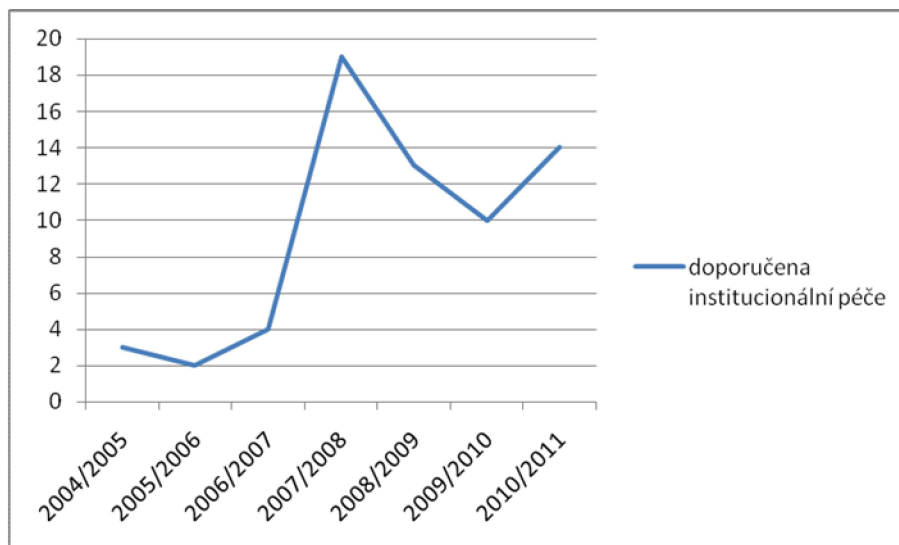


Zdroj: vlastní výzkum

Klienti, kteří jsou uvedeni v grafu 8 jsou vyčleněni ze školních důvodů příchodů do středisek. Je zajímavé, že školní důvody příchodu se dělí na mentální retardaci, specifické poruchy učení a chování a posleze jsou uvedeny čísla celkem.

Tyto údaje se začaly statisticky zjišťovat až ve školním roce 2005/2006. Od té doby je zde viditelný nárůst těchto klientů. Středisko Spirála ve školním roce 2009/2010 má v evidenci 56 těchto klientů a toto je totožné číslo jaké vykazuje i Jihočeský kraj. Z tohoto údaje vyplývá, že buď je Středisko Spirála jediné které pracovalo s těmito klienty, či je zde druhá varianta, že ostatní SVP Jihočeského kraje zařadili tyto klienty pouze mezi klienty se školními problémy.

Graf 9: Doporučená institucionální péče klientům

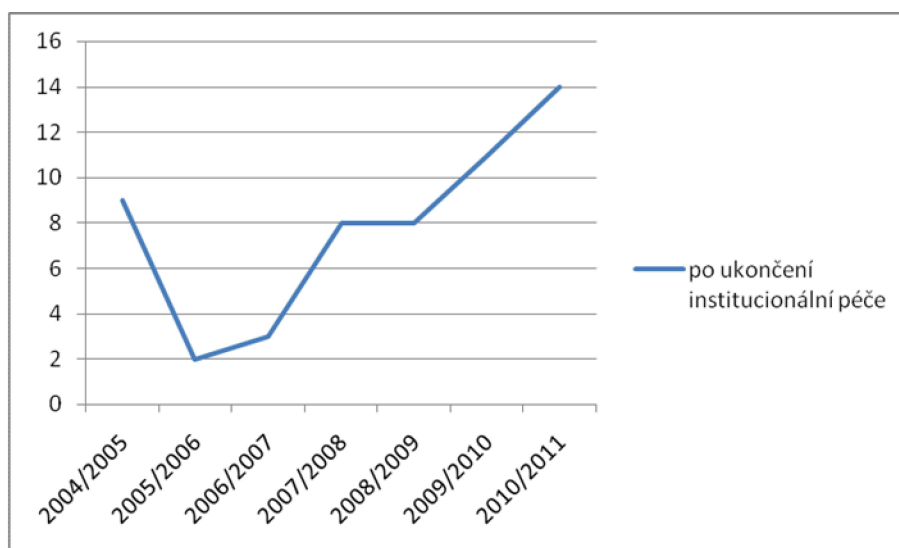


Zdroj: vlastní výzkum

Výše uvedený graf ukazuje, že největší nárůst doporučené institucionální péče byl zaznamenán ve školním roce 2007/2008 kdy to bylo ve Středisku Spirála 19 klientů. Školní rok 2009/2010 uvádí, že ve Středisku Spirála bylo doporučeno k institucionální péči 10 klientů, v Jihočeském kraji jich bylo 13 a celorepublikově je ve statistice Ústavu pro informace ve vzdělávání uvedeno 139.

Zde jsou střediska uvedena jako iniciátoři podnětu k institucionální péči. Jedná se především o souhlasný pobyt, který je placen zákonnými zástupci klienta, takže je to pouze na zákonných zástupcích dítěte, zda toto doporučení budou respektovat, či nikoli.

Graf 10: Klienti v péči Střediska Spirála po ukončení institucionální péče



Zdroj: vlastní výzkum

Z tohoto grafu je patrné, že od školního roku 2005/2006 je neustálý nárůst klientů po ukončení institucionální péče kteří navštěvují středisko Spirála. Autorka se domnívá, že tato posléze „podpůrná“ péče pro tyto klienty je důležitou součástí celého institucionálního zařízení. Ve školním roce 2009/2010 jich bylo ve Středisku Spirála evidováno 11. V tomto případě to opět platí jako v doporučení institucionální péče – tyto návštěvy nejsou povinné, takže je pouze na iniciativě klienta popřípadě zákonných zástupců, zda bude navštěvovat a kontaktovat dané středisko. V Jihočeském kraji jich je na výše uvedený školní rok také 11, takže tím pádem všichni klienti Jihočeského kraje po ukončení institucionální péče byli evidovány ve Středisku Spirála. Zda se naskýtá otázka, zda opravdu všichni klienti byli z regionu českokrumlovska a prachaticka, či případně patřili do jiného spádového regionu, ale pro lepší dopravní spojení se obrátili do bližšího střediska. Celorepubliková statistika uvádí, že celkem klientů po ukončení institucionální péče bylo 41.

Tabulka 6: Doporučení k integraci poruch chování

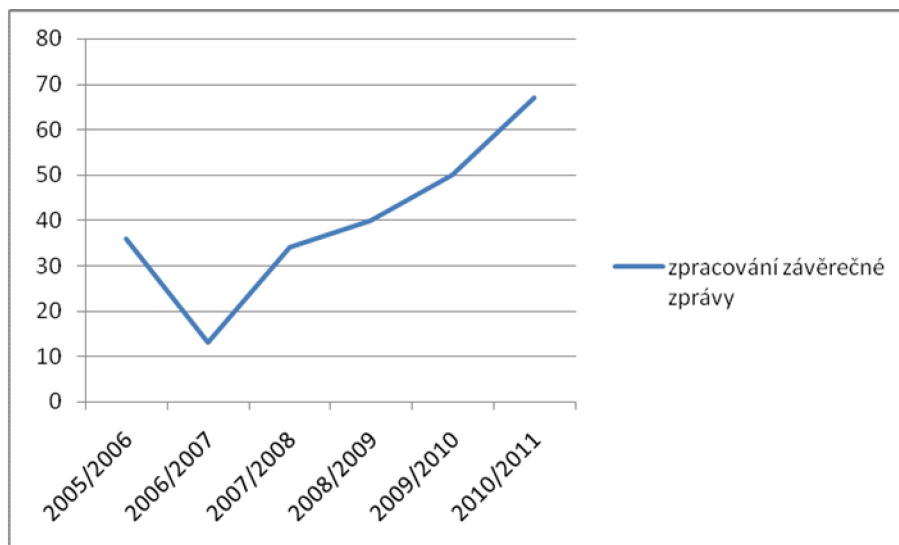
Školní rok	z toho doporučení k integraci poruch chování
2004/2005	10
2005/2006	3
2006/2007	2
2007/2008	10
2008/2009	4
2009/2010	2
2010/2011	4

Zdroj: vlastní výzkum

Mezi aktivity středisek patří i na požádání psát zprávy o klientech pro různé instituce. Jsou zde zastoupeny Policie ČR, Probační a mediační službu ČR, OSPOD a mnoho jiných. Mezi instituce, které obdrží zprávu o klientovi, patří i škola a školská zařízení. Celkem v České republice ve školním roce 2009/2010 bylo napsáno 1672 zpráv pro školy a školská zařízení. Z toho bylo 40 klientů, kteří byli doporučeni k integraci poruch chování. V Jihočeském kraji jsou uvedeni dva klienti, kteří byli takto doporučeni. Z tabulky 6 vyplývá, že toto doporučení bylo napsáno nejspíše Střediskem Spirála, které má shodný počet klientů jako Jihočeský kraj.

Tabulka 6 taktéž uvádí, že nejvíce doporučení k integraci poruch chování ve Středisku Spirála bylo ve školním roce 2004/2005 a v 2007/2008, kdy v obou případech bylo doporučeno 10 jedinců pro integraci.

Graf 11: Zpracování závěrečné zprávy



Zdroj: vlastní výzkum

Z tohoto grafu je zřejmé, že od roku 2006/2007 je vzestup zpracování závěrečných zpráv. Ta se píše odborným pracovníkem tehdy, když klient neprojevil zájem o spolupráci po dobu dvou let. Zpráva se posléze vyřadí z aktuální kartotéky, ale je neustále ve středisku jen přesunuta do archívu pro případný návrat klienta.

Ve školním roce 2009/2010 bylo Střediskem Spirála napsáno 50 závěrečných zpráv. Jihočeský kraj jich uvádí 174 a celá Česká republika má zveřejněno 3887 závěrečných zpráv.

V tomto případě je zajímavé, že Středisko Spirála uvedlo skoro polovinu klientů (333) z celého Jihočeského kraje (677), která je v péči střediska. Tím pádem na Jihočeský kraj připadá 344 klientů za rok. Z toho je zveřejněno, že v Jihočeském kraji 174 klientům je udělena závěrečná zpráva. Takže z toho teoreticky vyplývá, že skoro polovina klientů z příchozích již nepokračuje ve spolupráci se středisky.

4.6 Diskuse

Při sestavování diplomové práce autorku napadalo spousty otázek a jiných skutečností týkajících se středisek výchovné péče.

První otázka vyvstala při práci s klientem, který zneužívá návykové látky. Dle autorčiny zkušenosti se Střediskem Spirála je realita trochu jiná, než je popisována v odborné literatuře. Odborní pracovníci samozřejmě pracují s klientem, ale pokud se jedná o tuto skutečnost, tak spíše doporučí poradenské zařízení, které pracuje s klienty zneužívajícími návykové látky. Klienti jsou takto doporučení odborníkům ve své profesi, což se nedá říci o speciálním pedagogovi ve středisku výchovné péče, že je odborníkem na drogovou závislost a problematiku. Zde je ovšem problém s klientem nezletilým. Většina sociálních a poradenských služeb v drogové oblasti je nízkoprahová. Problém však nastává po příchodu již zmíněného nezletilého klienta. Pracovníci mají oznamovací povinnost na OSPOD.

Jako další problém je vnímání institucionální péče s názvem „Středisko výchovné péče“. Autorka se domnívá, že opravdu by se tato zařízení měla přejmenovat na neutrálnější název. Po zkušenostech ve středisku v Českém Krumlově opravdu klienti a veřejnost mluví pouze o Spirále, nikoli o středisku výchovné péče. I pro většinu rodičů je lepší uvádět jméno Spirála než středisko výchovné péče, protože to pro ně značí jistou stigmatizaci, kdy by si veřejnost mohla myslet, že nedokáží pečovat a vychovávat své dítě. Dětské centrum, název, který již padl při pilotní studii se zdá být dostačující a plně vypovídající. Ideální by bylo, kdyby služby určené pro rodinu a dítě by byly soustředěny do jedné oblasti či budovy, jako byl původní záměr v Českém Krumlově. Zde v jedné budově na adrese Špičák 114 sídlí SVP Spirála, dětská doktorka, logopedka, psychologka, informační centrum pro mládež, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež a v neposlední řadě je zde i streetwork. Byla zde i pedagogicko psychologická poradna, ale již z prostorových důvodů se musela přestěhovat. Jednak by název Dětské centrum plně odpovídal svému účelu a posléze i rodiny s dětmi by všechny služby měli dostupné v jednom místě a nemusely by neustále přejíždět.

Další sporný bod náplni práce SVP je práce se třídními kolektivy. Vocilka uvádí, že SVP má v rámci náplni své práce a spolupráce se školami zpracovávat speciálně pedagogický program pro třídní kolektivy. Pokud by se to mělo vzít do detailů a dle autorčiny zkušenosti, tak na základních školách by měli fungovat metodici prevence. V rámci spolupráce by určitě měli komunikovat i s SVP a PPP. Jenže koordinátor metodiků prevence je speciální pedagog PPP. Dále škola v rámci projektů si objednává práci s třídními kolektivy na specifickou primární prevenci. SVP je případně přizvána do spolupráce s třídními kolektivy, pokud se tam vyskytl již sociálně patologický jev. V poslední době je to v největší míře šikana a kyberšikana. V tuto chvíli se dá říci, že již to není primární prevence, ale spíše intervenční program s již specifikovaným patologickým jevem, na který by se měli pracovníci střediska zaměřit.

ZÁVĚŘ

V diplomové práci na téma „Terapeutické metody užívané ve střediscích výchovné péče“ se autorka zabývala, jak již název napovídá, středisky výchovné péče, terapií v nich praktikovanou a prevencí. Praktickou část autorka zaměřila na případovou studii Střediska výchovné péče pro děti a mládež Spirála v Českém Krumlově.

Jak již v úvodu podotýkala, setkala se zde i s nedostatkem literatury potřebné k této tématice.

V praktické části se autorka přesvědčila, že v Jihočeském kraji je Středisko Spirála nepostradatelným článkem v podobě preventivního ambulantního zařízení. Je akorát překvapující, že se vyskytly tak markantní rozdíly mezi Střediskem Spirála a zbylými středisky v Jihočeském kraji. Autorka se domnívá, že je to zapříčiněno nejednotným systémem a záznamem. Všechna střediska v Jihočeském kraji jsou pod jedním zřizovatelem a tím je DDÚ Homole, ale stejně zde není sjednocena dokumentace. I když je záměr v nejbližší době zprovoznit jednotný a přehledný systém, pro lepší orientaci a přehlednosti v klientech.

Jelikož jsou střediska v transformačním procesu, tak se zde očekává i novelizace zákona 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, kde by mělo být uvedeno jasné a přesné vymezení pole působnosti, sjednocení standardů a formy práce.

Tato práce poukazuje na to, že střediska výchovné péče jsou nepostradatelná školská zařízení, ať už se jedná o jakoukoli formu prevence.

Na tuto práci by mohla navázat po transformaci celého systému studie porovnávání dřívější formy poskytování služby a služby poskytnuté po transformaci. Zde by se mohly případně podrobněji popsat klady a zápory jednotlivých systémů a případně navrhnout kompromisní řešení.

Taktéž by mohlo být zajímavé vybrat si jakoukoli spornou škálu klienta, v tuto chvíli autorku napadá klient zneužívající návykové látky a představit pro něj konkrétní formu pomoci v rámci SVP a případně v čem všem je zde rezerva při práci s tímto klientem. Takovéto studie s jednotlivými specifiky problémového chování by mohly sloužit jako všeobecné metodiky práce s daným klientem, samozřejmě s přihlédnutím k individuálnosti případu.

SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ

CAMPBELLOVÁ, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-204-1.

ELLIOTTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-034-0.

HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Slon, 1997. ISBN 80-85850-45-1.

JÁNSKÝ, P. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 20004. ISBN 80-7041-114-7.

KRATOCHVÍL, S. *Manželská terapie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-332-3.

KŘÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2000. ISBN 80-7040-386-1.

KYRIACOU, CH. *Řešení výchovných problémů ve škole*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-945-3.

LANGMEIER, J.; BALCAR, K.; ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.

LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-864-3.

NOVÁK, P a kol. *Efektivita školního primárněpreventivního programu Unplugged zaměřeného proti užívání konopí*. Adiktologie, Praha: SCAN, 2011. s. 12. ISSN 1213-3841.

OPEKAROVÁ, O. *Kapitoly z výchovného poradenství*. Praha: UJAK, 2010. ISBN 978-80-86723-96-9

RIEGER, Z. *Lod' skupiny*. Hradec Králové: Konfrontace, 1998. ISBN 80-86088-03-0.

ŠVANCAR, Z.; BURIÁNOVÁ, J. *Speciálně – pedagogické problémy ústavni a ochranné výchovy*. Praha: SPN, 1988.

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.

VALENTA, M. *Dramaterapie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-586-5.

VOCILKA, M. *Náplň činnosti středisek výchovné péče pro děti a mládež*. Praha: TECH-MARKET, 1996. ISBN 80-902134-5-6.

Mladiství & drogy. *Sborník odborné konference*. Praha: SANANIM, 2010. ISBN 978-80-904536-0-9.

Zkušenosti a výsledky pilotního transformačního projektu modelu péče o ohrožené děti. Hradec Králové: Dětský diagnostický ústav.

Internetové zdroje

Arteterapie v České republice [online]. Praha: Česká arteterapeutická asociace © 2005 [cit. 2012-01-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.earteterapie.cz>>.

Dramaterapie [online]. © 2007 [cit. 2012-01-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.dramaterapie.atlasweb.cz/>>.

Ergoterapie [online]. Česká asociace ergoterapeutů © 2008 [cit. 2012-01-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.ergoterapie.cz>>.

Informační a vzdělávací portál školství Zlínského kraje [online]. © 2003 – 2012 [cit. 2012-01-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.zkola.cz>>.

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních [online]. MŠMT © 2006 [cit. 2012-01-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.

Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti středisek výchovné péče [online]. MŠMT © 2006 [cit. 2012-01-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.

Muzikoterapie [online]. © 2007 - 2011 [cit. 2012-01-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.muzikoterapie.cz>>.

Prevence [online]. MŠMT © 2006 [cit. 2012-01-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.

Seznam středisek výchovné péče [online]. MŠMT © 2006 [cit. 2012-01-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.

Spirála [online]. © 2009 – 2012 [cit. 2012-02-17]. Dostupné na WWW: <<http://spirala-krumlov.cz>>.

Ústav pro informace ve vzdělávání [online]. [cit. 2012-02-27]. Dostupné na WWW: <<http://www.uiv.cz>>.

Zákony a vyhlášky

Vyhláška č. 139/1997 Sb., o podmínkách odborné a pedagogické způsobilosti pedagogických pracovníků a o předpokladech kvalifikace výchovných poradců, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 359/1999 Sb., Zákon o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 94/1963 Sb., Zákon o rodině, ve znění pozdějších předpisů.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1: Počet klientů SVP Spirála.....	43
Tabulka 2: Iniciátor příchodu do SVP Spirála	47
Tabulka 3: Rozdělení problémů po příchodu do SVP Spirála	48
Tabulka 4: Jednotlivé terapie.....	50
Tabulka 5: Třídní kolektiv.....	53
Tabulka 6: Doporučení k integraci poruch chování.....	58

Seznam grafů

Graf 1: Počet klientů SVP Spirála	43
Graf 2: Srovnání celkového počtu klientů Jihočeského kraje s klienty SVP Spirála ve školním roce 2009/2010.....	45
Graf 3: Rozdělení klientů dle stupně školního vzdělání	46
Graf 4: Porovnání příchodů z rodinných důvodů v Jihočeském kraji a SVP Spirála.....	49
Graf 5: Pobytové akce.....	50
Graf 6: Vývoj terapií.....	51
Graf 7: Počet klientů bez českého občanství.....	54
Graf 8: Klienti s diagnózou specifické poruchy učení a chování	55
Graf 9: Doporučená institucionální péče klientům.....	56
Graf 10: Klienti v péči Střediska Spirála po ukončení institucionální péče.....	57
Graf 11: Zpracování závěrečné zprávy	59

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Adresář středisek výchovné péče.....I

Příloha B – Použité výrazy.....II

Příloha A Adresář středisek výchovné péče

číslo	Diagnostický nebo výchovný ústav	Název a sídlo SVP	Telefon	oddělení: IO = internátní, AO = ambulantní
1.	DDÚ Dobřichovice, Pražská 151	SVP Kolín, Komenského 375, 280 00	321718555	AO
		SVP Slaný, Tomanova 1361, 274 01	312520569	AO + IO
2.	DDÚ Plzeň, Karlovarská 67	SVP Domažlice, Kozinova 101, 344 01	379492890	AO + IO
		SVP Karlovy Vary, Myslbekova 4, 360 01	353222848	AO + IO
		SVP Plzeň, Karlovarská 67, 323 00	377536459	AO + IO
		SVP Chomutov, Cihlářská 4132, 430 03	474621682	AO
3.	DDÚ Liberec, U Opatrovny 444/3	SVP Liberec, Na výšinách 451/9, 460 05	482750807	AO + IO
		SVP Most, Růžová 1408, 434 11	476704017	AO + IO
		SVP Broumov, Soukenická 13, 550 01	491521519	AO
4.	DDÚ Hradec Králové, Řičanova 277	SVP Domino, Hradec Králové, Luční 838/8, 500 03	495407405	AO
		SVP Kompas, Náchod, Smiřických 1237, 547 01	491433223	AO
		SVP Mimoza, Ústí nad Orlicí, Mírové náměstí 1388, 562 01	465544280	AO
		SVP Návrat, Hradec Králové, Brandlova 112, 500 03	495541373	AO + IO
		SVP Pyramida, Rybitví, Sokolovská 146, 533 54	466680338	AO + IO
		SVP Brno, G. Preissové 8, 616 00	549240166	AO
5.	DDÚ a SVP Brno Hlinky 140	SVP Kelč, Nám. Osvoboditelů 1, 756 43	651641700	AO + IO
		SVP Valašské Meziříčí, Králova 370, 757 01	651614575	AO + IO
6.	DDÚ a SVP Bohumín, Šunychl 463	SVP Valašské Meziříčí, Králova 370, 757 01	651614575	AO + IO

7.	DDÚ České Budějovice, Homole 90	SVP Spirála, Český Krumlov, Špičák 114, 381 01	380712426	AO
		SVP České Budějovice, Dukelská 23, 370 01	386355888	AO + IO
		SVP Strakonice, Ellerova 160, 386 01	383324717	
8.	DÚM Praha 4, Hodkovičky, Na Dlouhé Mezi 19	SVP Praha12, Rakovského 3138, 143 00	244401461	AO + IO
		SVP Příbram, Školní 129, 261 01	318632266	AO
9.	DÚM Brno, Veslařská 246	SVP Brno, Veslařská 252, 637 00	543216685	AO + IO
		SVP Domek, Zlín, Česká 4789, 760 05	577242786	AO + IO
		SVP Kroměříž, Husovo nám. 229, 767 01	573333333	AO
10.	DÚM Ostrava-Kunčičky, Škrobálkova 16	SVP Bruntál, Krnovská 9	554716712	AO
		SVP Karviná-Fryštát, Vydmučov 1835/10, 733 10	552301679	AO
		SVP Opava, Hrádecká 16, 746 01	553713065	AO
		SVP Ostrava-Koblov, Antošovická 258, 711 00	596239202	AO + IO
		SVP Centrum naděje, Frýdek-Místek, 28. října 1639	558647276	AO
		SVP Ostrava-Přívoz, Wattova 30	596136192	AO + IO
		SVP Krnov, náměstí Míru 13, 794 01	554617295	AO + IO

11.	Středisko pro mládež, VÚM a SVP Klíčov, Praha 9, Čakovická 51	SVP Klíčov, Praha 9, Čakovická 51, 190 00	286887075	AO
		SVP Klíčov, Praha 9, Čakovická 51, 190 00	283580711	stacionář + IO
		Malvazinky, Na Pláni 59, 150 00 Praha 5	251614735	AO
		Malvazinky, Na Pláni 59, 150 00 Praha 5	251614734	stacionář
12.	VÚM Černovice, Nádražní 285	SVP Černovice, Jiráková 285, 394 94	565 492 201	AO
13.	VÚDM Děčín-Boletice, Tř. Vítězství 70	SVP Děčín, Pivovarská 179/30, 405 02	412 547 713	AO + IO
		SVP Ústí nad Labem, U Nádraží 2, 400 01	475 211 341	AO
14.	DVÚ a SVP Hrochův Týnec, Riegrova 1	SVP Archa, Chrudim, Školní náměstí 11, 537 01	469 623 786	AO
15.	VÚM a SVP Střílky, Zámecká 107	SVP Help, Zelené nám. 1292, Uherské Hradiště, 686 01	572 564 520	AO
16.	Soukromé zařízení	SVP HELP ME, Brno, Bořetická 2, 629 00	544216178	AO + stacionář
17.	Zařízení pro děti-cizince, DÚ, DDŠ, VÚ, SVP, ZŠ a PŠ, Radická 30, Praha	SVP Praha 4 - Háje, Kupeckého 576, 149 00	272 914 945	AO

Příloha B - **Použité výrazy**

Dítě – v souladu s Úmluvou o právech dítěte se dítětem rozumí osoba, která nedosáhla 18. roku věku. V trestně právních předpisech se dítětem rozumí osoba, která nedosáhla patnáctého roku věku, a tudíž není trestně odpovědná. Mladistvým pak je osoba, která již dovršila 15. rok věku, avšak nepřekročila 18. rok věku, a je tedy relativně trestně odpovědná

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

SVP – středisko výchovné péče

PPP – pedagogicko psychologická poradna

DDÚ – dětský diagnostický ústav

JOV – jednotka odborného výkonu

OSPOD – orgán sociálně právní ochrany dětí

NAP – národní akční plán

EU – Evropská unie

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Viktorie Kušnirenková

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Terapeutické metody užívané ve střediscích výchovné
péče

Rok: 2012

Počet stran: 63

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 22

Počet internetových zdrojů: 11

Vedoucí práce: PhDr. Jan Toman