

**Univerzita Hradec Králové**  
**Pedagogická fakulta**  
**Katedra speciální pedagogiky a logopedie**

**Děti s psychiatrickým onemocněním v prostředí institucionální  
výchovy – jejich postavení a možnosti pedagogického rozvoje**

Diplomová práce

**Autor:** Martin Fládr  
**Studijní program:** N7506 Speciální pedagogika  
**Studijní obor:** Speciální pedagogika rehabilitační činnosti  
a management speciálních zařízení  
**Vedoucí práce:** MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D  
**Oponent práce:** Mgr. Martin Kaliba

## Zadání diplomové práce

**Autor:** Bc. et Mgr. Martin Fládr

**Studium:** P15K0193

**Studijní program:** N7506 Speciální pedagogika

**Studijní obor:** Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení

**Název diplomové práce:** **Děti s psychiatrickým onemocněním v prostředí institucionální výchovy - jejich postavení a možnosti pedagogického rozvoje**

**Název diplomové práce AJ:** Children with psychiatric disorder in a community of institutional care - their position and possibilities of their pedagogical development

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

Práce se bude zabývat četností výskytu jednotlivých psychiatrických onemocnění u dětí umístěných do zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Výzkumný vzorek budou tvořit děti klasifikované psychiatrickou diagnózou na základě pedopsychiatrického vyšetření. Zaměříme se na specifickou projevů jedince s duševním onemocněním ve výchovné / rodinné skupině zařízení a jeho sociální pozici. Pojedná rovněž systémovou spolupráci a návaznost péče o psychicky nemocné děti v ústavní výchově. Práce bude směřovat k formulaci doporučení, které speciálně pedagogické metody a formy terapeutického vedení mají u dětí s psychickým onemocněním pozitivní efekt a jsou ve výchovné skupině realizovatelné (na základě osobních zkušeností pedagogického personálu zařízení). V první části výzkumného šetření vytvoříme kvantitativní přehled dětí s psychiatrickou diagnózou v zařízeních ÚV a OV (metodou analýzy pedagogické dokumentace). Druhá část výzkumu bude zaměřena kvalitativně. Jejím cílem bude zjištění, jaké způsoby práce, př. speciálně pedagogické metody a prostředky se pracovníkům v zařízeních osvědčují ve výchovné činnosti se skupinou ovlivněnou přítomností duševně nemocného dítěte (forma sběru dat: osobní strukturované rozhovory s pedagogickými pracovníky).

Hort Vl., Hrdlička M., Kocourková J., Malá E. a kol.: Dětská a adolescentní psychiatrie Kratochvíl St.: Skupinová psychoterapie v praxi Vágnerová M.: Psychopatologie Koutek J., Kocourková J.: Sebevražedné chování Mahrová G., Venglářová M. a kol.: Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním Průcha J.: Moderní pedagogika

**Garantující pracoviště:** Katedra speciální pedagogiky,  
Pedagogická fakulta

**Vedoucí práce:** MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D.

**Oponent:** Mgr. Martin Kaliba

**Datum zadání závěrečné práce:** 16.1.2017

---

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího práce a že jsem uvedl veškeré použité písemné i elektronické prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 28. 3. 2018

## **Poděkování:**

Rád bych poděkoval vedoucímu práce, MUDr. Jiřímu Podlipnému, Ph.D, za cenné a inspirativní podněty, podporu a odbornou pomoc při zpracování diplomové práce. Rovněž děkuji vedoucímu katedry speciální pedagogiky a logopedie Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové, doc. PhDr. Tiboru Vojtkovi, Ph.D, za pomoc s odborným vymezením tématu práce a mnohé další potřebné podněty a korektury.

Děkuji též ředitelům a ředitelkám všech 6 zařízení, ve kterých jsem prováděl výzkum: Mgr. Nadě Erbové (DD Domino Plzeň), Mgr. Janě Bittnerové (DDŠ Měcholupy), Mgr. Jiřímu Kotschymu (DD Čtyřlístek Planá), Mgr. Janu Vojtovi (DDŠ Hostouň), PhDr. Pavlu Jánskému, Ph.D (DDÚ Hradec Králové) a Mgr. Viktoru Vanžurovi (DDÚ Plzeň). Mé poděkování patří i všem spolupracujícím odborníkům, kteří mi v těchto zařízeních pomáhali se sběrem výzkumných dat, a také respondentům kvalitativní části výzkumu, kteří byli ochotni se podělit o své pedagogické zkušenosti a myšlenky.

## Anotace

FLÁDR, Martin. *Děti s psychiatrickým onemocněním v prostředí institucionální výchovy – jejich postavení a možnosti pedagogického rozvoje*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018. 147 s. Diplomová práce.

Autor se ve své vědecké práci soustředí na problematiku dětí s psychiatrickým onemocněním, které jsou umístěné k pobytu v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Vymezuje oblast užších psychiatrických diagnóz, kterými se hodlá zabývat, a specifikuje jednotlivé typy zařízení institucionální péče – dětské domovy, dětské domovy se školou a dětské diagnostické ústavy.

V rozsáhlé hlavní části teoretického pojednání popisuje projevy a částečně i etiologii psychických poruch, které se vyskytují u dětí umístěných ve výchovných zařízeních. Jednotlivé diagnózy doplňuje o zkušenosti s edukací takto nemocných dětí ve skupině výchovného zařízení. Dále se zabývá různorodým spektrem výchovných a terapeutických postupů, od speciálně – pedagogických, přes sociálně pedagogické po psychoterapeutické, a jejich možnostmi při edukační práci s psychicky nemocným jedincem.

První část praktického pojednání je orientována čistě kvantitativně a autor v ní seznamuje čtenáře s výsledky výzkumu zaměřujícího se na zjištění četnosti výskytu psychiatrických onemocnění u dětí v šesti výchovných zařízeních v období let 2012 – 2016. U těchto dětí kvantifikuje podíl jednotlivých psychických poruch a mapuje četnost komorbidit. Druhou část praktického výzkumu pojímá kvalitativně a předkládá čtenáři zkušenosti pedagogických profesionálů dětských domovů a diagnostických ústavů. Jako metodu sběru dat volil autor polostandardizované osobní rozhovory. Získané poznatky využívá k ověření tezí zaměřených na postavení psychicky nemocného jedince ve výchovné skupině a na respektování pedagogických zásad a individuálních specifik těchto dětí během edukačního působení.

**Klíčová slova:** psychiatrické onemocnění, hyperkinetické poruchy / porucha pozornosti a hyperaktivita, zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, metody nepřímého reedukačního působení, skupinová dynamika

## Annotation

FLÁDR, Martin. *Children with psychiatric disorder in a community of institutional care – their position and possibilities of their pedagogical development*. Hradec Králové: Faculty of education, University of Hradec Králové, 2018. 147 pp. Diploma dissertation.

In the diploma dissertation the author concentrates on the theme of children with psychiatric disorder who live in a community of institutional care. The author strictly defines psychiatric diagnosis which he wants to deal with; and he also specifies the types of institutions of educational care – foster home, home for children with behavioral problems and children diagnostic institute.

The theoretical part describes behavioral manifestations and partly etiology of psychic disorders which can be found in children staying in the institutions of educational care. The diagnosis are supplemented with experience how to work with psychiatric ill children in the educational group. This part is also focused on various educational and therapeutic methods (from special educational and social educational to psychotherapeutic) and their possibilities in educational work with psychiatric ill children.

The first part of the research has quantitative character and describes amount of children with psychiatric diagnosis in the six educational institutes (in the years 2012 to 2016). The research examines frequency of particular psychic disorder and quantifies polymorbidity. The second part has qualitative character and offers experience pedagogical workers from institutions of educational care. These information were obtained through personal interviews. The data are used to verify questions about position psychiatric ill ones in educational group and also about following pedagogical principles and individual specialty of the children during educational process.

**Keywords:** psychiatric disorder, hyperkinetic disorder / Attention Deficit Hyperactivity Disorder, institution for institutional education and protective education, methods of indirect educational influence, dynamics of the social group

## **Obsah diplomové práce**

<b><u>1. Teoretická část práce</u></b>	<b>12</b>
1.1 Zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy – systém a jeho funkčnost, klientela	12
1.1.1 Dětské domovy	12
1.1.2 Dětské domovy se školou	13
1.1.3 Dětské diagnostické ústavy	15
1.2 Psychiatrická onemocnění v dětství a dospívání	17
1.2.1 Dětský autismus a jiné pervazivní vývojové poruchy	19
1.2.2 Psychotická onemocnění	20
1.2.3 Afektivní poruchy	21
1.2.4 Neurotické a úzkostné poruchy	23
1.2.4.1 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství	27
1.2.5 Poruchy příjmu potravy	28
1.2.6 Poruchy spojené s rizikovými návyky u dětí a dospívajících	30
1.2.6.1 Návykové chování ve vztahu k počítačům, PC hrám, internetu	33
1.2.7 Hyperkinetické poruchy (syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou)	34
1.2.8 Smíšené poruchy chování a emocí	38
1.2.9 Poruchy psychosexuálního vývoje	39
1.2.10 Suicidální chování, automutilace	40
1.2.11 Některé somatické projevy navazující na psychický dyskomfort dětí a dospívajících	42
1.2.11.1 Tikové poruchy	42

1.2.11.2 Spánkové poruchy	.....	42
1.2.11.3 Neorganická enuréza a enkopréza	.....	43
1.2.11.4 Psychosomatické projevy u dětí	.....	45
1.3 Metody a prostředky výchovného ovlivnění dětí s problémy v chování		
1.3.1 Základní metody reedukace v etopedické praxi	.....	47
1.3.1.1 Prevence	.....	47
1.3.1.2 Intervence	.....	47
1.3.1.3 Rehabilitace – Resocializace	.....	48
1.3.2 Metody nepřímého reedukačního působení (indirektivní metody)	.....	49
1.3.2.1 Využití vlivu skupiny, případně jednotlivců	.....	50
1.3.2.2 Působení denního režimu	.....	51
1.3.2.3 Využití reálných životních situací	.....	51
1.3.2.4 Práce s navozenou výchovnou situací	.....	52
1.3.2.5 Využití vlivu prostředí	.....	53
1.3.3 Příklady některých terapeutických metod využívaných ve speciálně pedagogické praxi	.....	56
1.3.3.1 Vedení terapeutického deníku	.....	56
1.3.3.2 Kontraktování – psychologické dohody	.....	57
1.3.3.3 Korektivní emoční zkušenost	.....	58
1.3.3.4 Muzikoterapie	.....	58
1.3.3.5 Arteterapie	.....	60
1.3.3.6 Dramaterapie	.....	61
1.4 Aplikace výchovně – vzdělávacích zásad u dětí s postižením, př. psychickým a sociálním hendikepem	.....	64
<b><u>2. Praktická část práce</u></b>	.....	<b>67</b>
2.1 Zaměření a cíle výzkumu	.....	67
2.2 Vstupní hypotézy – výzkumné otázky	.....	68



2.3 Kvantitativní část výzkumu – výskyt psychických onemocnění u dětí v zařízeních pro výkon ÚV a OV .....	69
2.3.1 Dětský domov Čtyřlístek Planá .....	69
2.3.2 Dětský domov Domino Plzeň .....	74
2.3.3 Dětský domov se školou Měcholupy .....	78
2.3.4 Dětský domov se školou Hostouň .....	83
2.3.5 Dětský diagnostický ústav Hradec Králové .....	88
2.3.6 Dětský diagnostický ústav Plzeň .....	94
2.3.7 Souhrn výsledků kvantitativní části výzkumu .....	100
2.4 Kvalitativní část výzkumu – osobní rozhovory s pedagogickými profesionály působícími v zařízeních pro výkon ÚV a OV .....	104
2.4.1 Záměr kvalitativní části výzkumu .....	104
2.4.2 Průběh získávání údajů v rámci kvalitativní části výzkumu (realizace osobních rozhovorů) .....	104
2.4.3 Prezentace a analýza názorů a zkušeností pedagogických profesionálů (získaných v osobních rozhovorech) .....	105
2.4.4 Závěry vyplývající z kvalitativní části výzkumu .....	135
<b><u>3. Zjištěné závěry a doporučení</u></b> .....	<b>138</b>
Seznam použité (citační) literatury .....	144
Seznam s tématem související literatury .....	147
Přílohy diplomové práce .....	148

## **Seznam použitých zkratk, značek a některých termínů**

ADD = porucha pozornosti [z angl. attention deficit disorder]

ADHD = porucha pozornosti a hyperaktivita

[z angl. attention deficit hyperactivity disorder]

DD = dětský domov (dnes výhradně rodinného typu)

DDŠ = dětský domov se školou

DDÚ = dětský diagnostický ústav

DSM = americká klasifikace psychických onemocnění

[z angl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]

DÚ = diagnostický ústav (pro děti s ukončenou povinnou školní docházkou)

EMO = subkultura vyznačující se emoční přecitlivělostí, touhou po romantice a zaměřením na vlastní vnitřní prožitky, inspirována punkově orientovanou módou a EMO hudebním stylem; někdy spojována se příklonem k sebepoškozování a sebevražednými myšlenkami [z angl. emotions]

konkr. = konkrétně, konkrétní

lege artis = dle pravidel vědy a umění / správně dle zákona

LMD = lehká mozková dysfunkce (dřívější etiologické označení poruch pozornosti)

MěÚ = městský úřad

MKN = mezinárodní klasifikace nemocí

MR = mentální retardace (starší označení mentálního postižení)

MŠMT = Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

neorg.= neorganická, neorganického původu

nREM = spánková fáze nízké mozkové aktivity, bez rychlých pohybů očí, dochází v ní k obnově fyzických sil [z angl. non rapid eye movements]

org. = organická, organického původu

OSPOD = oddělení sociálně právní ochrany dítěte

OV = ochranná výchova

psych. = psychická, psychický, psychické

psychiatr. = psychiatrická, psychiatrický, psychiatrické

REM = lehká spánková fáze zahrnující rychlé pohyby očí, vyznačuje se živým sněním [z angl. rapid eyes movement]

sm. = smíšená, smíšené

SPOD = sociálně právní ochrana dítěte

SPUCH = specifické poruchy učení a chování

susp. = suspektní, pravděpodobný, podezřelý

SVP = středisko výchovné péče

syn. = syndrom, soubor příznaků

šk. = školní, školních

tr. = trestné, trestní

ÚV = ústavní výchova

VLJ = výchovně léčebná jednotka (zřízená obvykle při dětském domově se školou)

VÚ = výchovný ústav

ZŠ = základní škola

## Úvod

Rozhodl jsem se ke zpracování diplomové práce s tématem Děti s psychiatrickým onemocněním v prostředí institucionální výchovy - jejich postavení a možnosti pedagogického rozvoje. Tato tematika se mne úzce profesně dotýká – prostředí institucionální výchovy, konkrétně prostředí dětského diagnostického ústavu, je mým pracovištěm, kde jsem zaměstnán po většinu své profesní kariéry. V minulosti jsem se ve svých odborných pracích zabýval problematikou zjišťování kvantitativních ukazatelů a příčin útěkivosti dětí ze zařízení typu dětského diagnostického ústavu a rovněž souvislostmi mezi útky umístěných dětí a pácháním trestné činnosti, př. činů se znaky trestné činnosti.

Problematika psychiatrických onemocnění u dětí umístěných v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy je tématem hodným podrobnějšího zpracování. Děti duševně nemocné představují ve spektru klientely těchto zařízení výchovně velmi obtížně uchopitelnou kategorii. Lze konstatovat, že psychicky nemocné děti jsou děti, které disponují výraznými a různorodými výchovnými problémy. Tyto problémy nezřídka přerůstají v poruchové projevy jednak v rámci symptomatiky konkrétního psychického onemocnění, anebo se v jiném případě na sebe váže poruchové chování a porucha psychiatrického rázu.

Pro výchovné pracovníky institucionálních zařízení jsou tedy tyto děti pochopitelně „výchovnými oříšky“ a v pedagogické interakci s nimi často dochází ke krizovým situacím, které představují sekundární psychickou zátěž jak pro dětské aktéry, tak stejnou měrou pro pedagogy.

Z uvedených důvodů se můj vědecký zájem zaměřil na tuto oblast – konkrétně na postavení psychicky nemocných jedinců v mikroprostředí rodinné / výchovné skupiny dětského domova (DD), dětského domova se školou (DDŠ), dětského diagnostického ústavu (DDÚ). V mé práci se zaměřím na to, jakou pozici obvykle duševně nemocný jedinec ve skupině dětí bez psychiatrické diagnózy (ale např. s poruchami chování, či jinými výchovnými problémy) zaujímá. Dále mě bude zajímat, jaké postoje k duševně nemocným klientům zaujímají pedagogičtí pracovníci zařízení, jakými pedagogickými prostředky zvládají takto specifické jedince a jaké pedagogické (speciálně pedagogické) metody považují za funkční při výchovné / terapeutické práci se skupinou, ve které je přítomen duševně nemocný jedinec.

Za účelem získání nezkrácených a autocenzurou nefiltrovaných údajů sestavím strukturovanou osnovu k osobnímu rozhovoru, který povedu s vybranými pedagogickými pracovníky na různých postech zařízení typu DD, DDŠ a DDÚ. Rozhovor bude postaven na dobrovolnosti, vzájemné důvěře a zájmu o posun ve společně sdíleném (a nedostatečně odborně pojednaném) tématu. Osnova důvěrného rozhovoru bude zaměřena kvalitativně s důrazem na osvědčené přístupy konkrétního učitele, odb. vychovatele, př. speciálního pedagoga. Mým cílem je získat strukturované penzum osobních zkušeností různorodého vzorku pedagogů pracujících se skupinou

dětí s problémovým chováním, dětí v riziku chování doplněnou o jedince s duševní nemocí. Velmi cennými a prakticky využitelnými poznatky mohou být různé přístupy v závislosti na druhu psychiatrické diagnózy dítěte.

V první řadě se však zaměřím na samotný výskyt dětí s psychiatrickou diagnózou v prostředí ÚV a OV. První část mého výzkumu bude tedy čistě kvantitativní, neboť považuji za nutné zmapování skutečného výskytu dětí s touto problematikou, abych odborné veřejnosti poskytl reálný obraz, jak početné skupiny dětí se moje práce dotýká (a současně kolik rodinných / výchovných skupin je přítomností duševně nemocného ovlivněno). Výzkum nasměruji do vzorku 6 zařízení institucionální výchovy – 2x dětský diagnostický ústav, 2x dětský domov, 2x dětský domov se školou. Budu zjišťovat celkový počet dětí s psychiatrickým onemocněním diagnostikovaným odborným specialistou v oboru psychiatrie, př. neurologie (u dětí se syndromem poruchy pozornosti, př. se symptomy hyperaktivity – ADD, ADHD) a pokusím se rozlišit strukturu a výskyt jednotlivých psychických onemocnění ve výzkumném vzorku. Zaměřím se na období uplynulých 5 kalendářních roků (tzn. výskyt od roku 2012 do roku 2016).

Očekávám, že moje práce přinese prakticky využitelné poznatky v oboru speciálně pedagogické práce s výchovně náročnými dětmi v prostředí ústavní a ochranné výchovy, konkrétně napomůže pedagogickým pracovníkům při volbě efektivních výchovných postupů uplatňovaných ve skupině ovlivněné přítomností psychicky nemocného jedince. Věřím, že moje práce může přinést cenné impulsy k případným změnám či úpravám systému péče o děti umístěné v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a k intenzivnějšímu propojení speciálně pedagogické práce v těchto zařízeních s odbornou psychiatrickou péčí.

# **1. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE**

## **1.1 Zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy – systém a jeho funkčnost, klientela**

V prvních řádcích našeho pojednání je vhodné osvětlit, na který úsek speciálně pedagogické praxe (odborné etopedické péče) budeme společně zaměřovat pozornost. Konkrétně tedy vymezím jednotlivá pobytová zařízení, ve kterých je realizován výkon ústavní a ochranné výchovy a kde mohli rodiče do poloviny roku 2017 žádat o provedení terapeuticko – výchovného pobytu svých dětí.

Předznamenávám, že se v souladu s vymezením tématu své práce zaměřím na zařízení, v nichž se pracuje s dětmi plnění povinnou školní docházkou. Půjde tedy o dětské domovy (zřizované převážně jednotlivými kraji, dále DD), dětské domovy se školou a dětské diagnostické ústavy (zřizované Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, dále DDŠ a DDÚ). Předmětem našeho zájmu tedy nejsou zařízení čistě pro děti s ukončenou povinnou školní docházkou, jako výchovný ústav (dále VÚ) a diagnostický ústav (dále DÚ). V některých případech jsou spojena zařízení typu DDŠ a VÚ v jednu organizaci s jedním vedením. V takovém případě se zabýváme pouze dětmi umístěnými v části DDŠ. U zařízení typu DD se z podstaty jejich fungování zabýváme všemi umístěnými dětmi, tedy i těmi, které ukončily povinnou šk. docházkou a zůstávají v péči tohoto DD.

### **1.1.1 Dětské domovy**

Dětské domovy jsou instituce, do kterých jsou umísťovány děti s nařízenou ústavní výchovou, které zpravidla nevykazují závažné problémové chování, př. poruchu chování. Do roku 2015 byly do DD přijímány děti po předchozím pobytu v dětském diagnostickém ústavu, a tedy s provedenou komplexní diagnostikou. Výjimkou byly děti v předškolním věku, př. děti, které byly umístěny z DD pro předškolní děti.

**Po roce 2014**, kdy nabyl účinnost Nový občanský zákoník č. 89/2012 Sb, **rozhoduje o umístění dětí s nařízenou ÚV příslušný okresní soud** a děti mohou být do DD umísťovány přímo z terénu (na návrh kurátora OSPOD při městském úřadu). Toto řešení umožňuje dítěti, které je ve složité sociální situaci, aby se poměrně rychle dostalo do stabilního prostředí. Zároveň to však s sebou přináší nemalé problémy. U přímo umístěných dětí existuje riziko, že konkrétní dětský domov nebyl zvolen v souladu s jeho skutečnými potřebami. Nemusí vyhovovat po stránce lokality (vesnice, malé město, velké město, apod.), ale také složením rodinných skupin, př. charakterem a sociálním klimatem školy, do které bude dítě docházet. Ne zcela vhodné (přitom pro rozvoj konkrétního jedince podstatné) může být volnočasové zázemí DD a možnosti zapojení do zájmových aktivit mimo zařízení v jeho okolí. Významným faktorem je vzdálenost a dopravní dostupnost domova

z místa bydliště blízkých osob dítěte. V krajním případě se může stát a v praxi se tak skutečně děje, že dítě bez diagnostiky je nevhodně umístěno do DD s ohledem na přítomnost poruch chování a související sníženou schopnost adaptace na relativně volný, s běžnou rodinou srovnatelný režim i denní program domova. V případě takového jedince pak dětský domov kontaktuje příslušný diagnostický ústav s požadavkem o konzultaci (etopedickou intervenci). V případě závažnějšího poruchového chování musí být dojednána tzv. terénní diagnostika (pracovníci DDÚ provádějí diagnostiku dítěte externě v průběhu několika kontaktů s dítětem přímo v DD, dítě je ke konzultacím / psychologickým vyšetřením dovezeno do DDÚ). Dalším způsobem řešení nevhodného zařazení dítěte je jeho umístění ke komplexnímu diagnostickému pobytu do DDÚ, nebo přemístění do zařízení lépe reagujícího na aktuální potřeby dítěte.

Dětské domovy se liší svojí velikostí, ale také zaměřením na specifické segmenty dětské klientely. Známe malé dětské domovy (jedno nebo dvou skupinové), fungující skutečně jako větší rodina, existují však i dětské domovy se 4, 6 i více rodinnými skupinami. V současnosti takto velké domovy nejsou soustředěny do jedné budovy, ale atomizovaly se a jednotlivé skupiny fungují v samostatných objektech – bytech nebo „domečcích“. **V průběhu posledních 15 – 20 let docházelo k reformě DD.** Domovy internátního typu se proměňovaly na rodinné DD, z výchovných skupin se staly vzájemně oddělené, „soběstačné“ rodinné buňky, kde děti i výchovný personál více participují na běžném chodu buňky a „centrum“ zajišťuje jen některé nezbytné administrativní a technické záležitosti. Ve většině domovů rodinného typu dochází ke změně stravování: centrální kuchyně jsou zrušeny a ve dnech mimo školní vyučování si přípravu stravy zajišťují samotné děti v kooperaci se svým vychovatelem. Stejně tak se členové skupiny starají o čistotu a případné doplňování prádla a další běžné sebeobslužné aktivity. Tato změna rozhodně napomohla **rozvoji sociálních a pracovních kompetencí dětí**, tolik potřebných v okamžiku odchodu z ústavní péče do běžného života.

Z hlediska specifického zaměření dětských domovů, př. jejich jednotlivých skupin můžeme rozeznat několik specializací. Několik dětských domovů v České republice se **zaměřuje na péči o dívky – nezletilé matky**, př. gravidní těhotné dívky. V našem výzkumu se tato specializace týká Dětského domova v Plané, kde je zřízena 1 skupina nezletilých matek a zařízení je připraveno pečovat o ně a pomáhat jim také s péčí o jejich malé potomky. Další poměrně často se vyskytující specializací jsou **rodinné skupiny pracující s dětmi s mentální retardací** (obvykle děti s intelektovou úrovní v pásmu lehké mentální retardace, výjimečně v pásmu středně těžké mentální retardace). K takovým dětským domovům se řadí např. Dětský domov Nepomuk s detašovaným pracovištěm Blovice, kde pracují 2 skupiny dětí převážně s mentální retardací.

### 1.1.2 Dětské domovy se školou

Dětské domovy se školou jsou zařízení, kam mohou být umístěny děti s nařízenou ústavní, nebo uloženou ochrannou výchovou. Jejich zřizovatelem je

MŠMT a metodické vedení pracovníků zajišťuje na základě poptávky ředitele příslušný dětský diagnostický ústav. Chlapci a dívky v DDŠ tedy vykazují problémové chování, často je u nich přítomna porucha chování (různého typu a hloubky). Od roku 2015 umisťuje děti do DDŠ příslušný soud (na návrh odd. SPOD MěÚ, nebo na základě doporučující zprávy diagnostického ústavu). Děti s uloženou ochrannou výchovou umisťuje přímo diagnostický ústav.

**Vzdělávání dětí v DDŠ** je zajištěno v základní škole, která je součástí konkrétního zařízení. Do této školy dochází obvykle pouze děti umístěné v DDŠ. V některých odůvodněných případech může ředitel DDŠ povolit vzdělávání umístěného dítěte v běžné ZŠ mimo zařízení. Některé dětské domovy se školou jsou organizačně spojeny s výchovným ústavem. Po ukončení základního vzdělání a v případě trvání ústavní nebo ochranné výchovy může tak jedinec přestoupit do VÚ (dle zvoleného výučního oboru), aniž by musel absolvovat další přemístění. V některých případech je však v zájmu dotyčného, aby zařízení změnil (pokud např. dochází k „přesycenosti“ prostředím, častým opakovaným útekům, pokud je zřetelný nevhodný vliv na ostatní méně problematické jedince či naopak je tento klient rizikově ovlivňován ostatními umístěnými dětmi).

Ze zákona č. 109 / 2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve šk. zařízeních a o preventivně výchovné péči ve šk. zařízeních a o změně dalších zákonů je patrné, že dítě má na konci základního vzdělání probíhajícího v DDŠ více možností: „Po ukončení povinné školní docházky pobyt dítěte v DDŠ nekončí, dítě může navštěvovat střední školu mimo dětský domov se školou v případě, že pominuly závažné poruchy chování nebo má možnost uzavřít pracovně právní vztah, pokud tyto podmínky nenastaly je dítě přeřazeno do výchovného ústavu. V případě, že soud zruší ústavní nebo ochrannou výchovu, má dítě možnost návratu zpět domů, kde uzavírá pracovně právní vztah nebo navštěvuje střední školu“ (Zákon č. 109 / 2002 Sb., hl. 2, § 3).

DDŠ bývají buď pohlavně homogenní, nebo častěji koedukované, což výrazně přispívá k živější atmosféře, navýšení komunikační aktivity (i u chlapců) a přirozenosti výchovného prostředí. Některé DDŠ zřizují oddělení – skupiny pro děti s ochrannou výchovou. Tyto děti by neměly být umístěny v zařízeních, která takové skupiny nezřizují. Nicméně v praxi se tak děje a zařízení následně žádá MŠMT o udělení výjimky pro umístění dítěte s OV.

Dalším možným zaměřením na specifickou problematiku jedinců s ÚV a OV jsou **skupiny dětí s psychiatrickou diagnózou**, př. se symptomy psychického onemocnění. Pro tuto klientelu mohou DDŠ zřizovat tzv. **výchovně – léčebné jednotky (dále VLJ)**. Takové VLJ jsou zřízeny např. v DDŠ Přestavky ve východních Čechách nebo v DDŠ Hostouň na západě Čech. Posledně jmenované zařízení je pro účel naší práce podstatné, neboť patří mezi 6 zařízení, zahrnutých ve výzkumu popsaném v praktické části naší diplomové práce.

### 1.1.3 Dětské diagnostické ústavy

Ve výčtu zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy jsem dětské diagnostické ústavy ponechal na posledním místě, byť z logiky věci by si zasloužily spíše čelní místo.

Po dlouhou dobu jejich existence totiž platilo, že dítě (až na některé výjimky), má-li být umístěno v některém ze zařízení typu DD / DDŠ i VÚ, musí projít pobytem v diagnostickém ústavu. V současné době – od počátku roku 2014, kdy vstoupil v platnost „nový“ Občanský zákoník, zákon č. 89/2012 – záleží zcela na rozhodnutí příslušného soudu, zda bude dítě (vyhodnocené odd. sociálně právní ochrany dětí při městském úřadu jako dítě s potřebou umístění do institucionální výchovy) zařazeno přímo do dětského domova, nebo DDŠ či zda bude umístěno k provedení diagnostiky do DDÚ. Jak již bylo řečeno výše, **provedení komplexní diagnostiky** (v průběhu pobytové péče) obvykle zajistí dobré rozpoznání př. poruchy chování a dalších souvisejících aspektů a může rozpoznat perspektivu dalšího osobnostního vývoje dítěte včetně prognózy jeho adaptace na odlišné typy prostředí v konkrétních spádových zařízeních. Pracovníci DDÚ, obvykle etopedové, mají totiž dobrý přehled o charakteru zařízení v jejich oblasti, o specifickém zaměření domovů, rovněž o lokálním prostředí, ve kterém se dítě bude potenciálně pohybovat a navazovat další formální i neformální sociální interakce.

Marie Procházková v publikaci Kapitoly ze speciální pedagogiky tato zařízení charakterizuje: „Dětský diagnostický ústav (DDÚ) je internátní koedukované zařízení, které přijímá k diagnostickému vyšetření děti plnící povinnou školní docházku, tedy ve věku 6 – 15 let. Jsou-li k tomu podmínky, mohou přijímat i děti předškolního věku, nejdříve však po dosažení 3 let. Důvody k přijetí mohou být sociální nebo výchovné. Děti přicházejí buď z terénu (z rodin nebo jsou zadrženy na útěku), mohou být ale také přijaty k vyšetření z jiných školských zařízení, kde s nimi byly vzdělávací nebo výchovné problémy – nejčastěji z dětských domovů ...“ (Procházková in Pipeková, 1998, str. 200, 201).

Autorka dále popisuje zajištění povinné školní docházky dětí umístěných do DDÚ prostřednictvím školy při DDÚ. Údaje o fungování takové školy jsou však po 20 letech platné jen zčásti. Po snížení počtu dětí ve výchovných / rodinných skupinách zařízení pro výkon ÚV a OV je i počet žáků ve třídě ZŠ při DDÚ max. 6 – 8. Ve třídách jsou skutečně zastoupeny různé ročníky a děti spadají do různých úrovní podpůrných opatření (dříve děti různých vzdělávacích programů). Zásadním úkolem školy při diagnostickém ústavu by měl být posun ve vnímání školní práce u dětí, změna postoje ke školní docházce a schopnost akceptace vyučujícího jako autority, ale i jako průvodce, který je schopen vcítění se do potřeb a prožívání jednotlivých žáků (často školsky demotivovaných, nedůvěřujících vlastním schopnostem).

V dnešní době může diagnostický ústav u dětí přímo umístěných v DD / DDŠ tedy provádět tzv. **terénní diagnostiku**, pokud je u dotyčného jedince diagnostický pobyt shledán jako nadbytečný, př. škodlivý, zatěžující.



„Jestliže se u dítěte, které bylo rozhodnutím soudu umístěno do dětského domova nebo dětského domova se školou bez jeho předchozího pobytu v diagnostickém ústavu, ukáže dodatečně potřebné komplexní vyšetření, provede toto vyšetření v zařízení, do něhož bylo dítě umístěno, diagnostický ústav, v jehož obvodu se zařízení nachází.“ (Zákon č. 109 / 2002 Sb., § 5, odst. 8)

Terénní diagnostika probíhá sérií krátkodobých kontaktů pracovníků DDÚ s diagnostikovaným jedincem, sběrem anamnestických dat a údajů od výchovných pracovníků, kteří s ním pravidelně pracují, a časově omezeným pozorováním v prostředí rodinné skupiny, př. školní třídy. Validita takto distančně zkoumaných dat je však sporná a závěry z terénní diagnostiky mohou osobnost a reakce dítěte včetně perspektivy jeho vývoje postihnout pouze částečně. Samotná realizace terénní diagnostiky je často komplikovaná (vzhledem k nutnosti přivázet dítě k rozhovorům s etopedem / psychologem, př. zajištění jeho přítomnosti v zařízení při návštěvě odborníků DDÚ). Na druhou stranu přináší cenné poznatky v podobě pozorování diagnostikovaného jedince v přirozeném prostředí školy či skupiny DD (na rozdíl od poněkud umělého prostředí, které jej obklopuje v případě komplexní pobytové diagnostiky v DDÚ).

Nehodlám těmito argumenty rozporovat smysl provádění terénních diagnostik, ale pokouším se upozornit na jejich nedostatky (zejména v podobě nekomplexního poznání sledovaného dítěte) a podpořit jejich modifikaci směrem k způsobu provádění diagnostiky, která by v sobě spojovala výhody jak pobytového sledování a testování dítěte, tak pozitiva distančního, terénního diagnostikování.

## **1.2 Psychiatrická onemocnění v dětství a dospívání**

V úvodu k následujícím podkapitolám předesílám, že následující výčet psychických poruch a nemocí nemá být úplným výčtem psychiatrických diagnóz, které můžeme u dětí a mládeže vysledovat. Takový výčet by pro účel naší práce neměl valný smysl. V naší vědecké práci se chceme detailněji zaměřit na duševní onemocnění, která se v prostředí institucionální výchovy **vyskytují v určité statisticky významné četnosti**. Dalším pomocným ukazatelem k zařazení poruchy do našeho zorného pole je **kritérium potřeby odlišného (individualizovaného) výchovného přístupu**.

V tomto ohledu je zapotřebí vyjasnit, které poruchy – která onemocnění, budeme pro účel naší práce vnímat jako „**psychiatrické poruchy**“. Podíváme-li se totiž do mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize) MKN-10, nalezneme pod označeními **F90 – F98 poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci**. Hned 2. skupina těchto poruch, F91, zahrnuje a popisuje „**poruchy chování**“. Pokud by však do našeho výzkumu byly zahrnuty poruchy chování podle MKN-10 (F91.0, F91.1, F91.2 a další), pak bychom se zabývali všemi dětmi umístěnými v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy, které mají chování v rozporu se společenskými či právními normami. Jedinců s poruchou chování (př. v kombinaci s dalšími poruchami ať už psychiatrické povahy, nebo mentálním postižením nebo sociálně hendikepovaných) je totiž v těchto zařízeních nadpoloviční počet (v zařízeních typu DDÚ a DDŠ více než v zařízeních typu DD).

V teoretické části diplomové práce a v návazně prováděném výzkumu nám **půjde právě o odlišení dětí, které jsou v institucionálních zařízeních umístěné z důvodu přítomnosti poruchy chování, a nalezení dětí, které kromě rizikového, problémového a poruchového chování vykazují znaky psychiatrického onemocnění** (v pravém slova smyslu). Často je u těchto dětí poruchové chování vázáno na psychickou poruchu a nelze tedy mluvit o poruše chování. Dítě nemá schopnost rozeznat rozpor mezi svým chováním a společenskými požadavky anebo nemá vliv na to, aby projevy v rozporu s normou odstranilo. Zúžení cílové skupiny je vedeno skutečností, že psychicky nemocné děti **jsou umístěné v institucích speciálně pedagogické péče** (zařízeních pro výkon ÚV a OV), potřebou hledat způsoby, jak s nimi pracovat v souladu s jejich pozitivním rozvojem a s ohledem na harmonizaci prostředí skupiny, v níž jsou umístěny.

V teoretické části a stejně tak v praktickém výzkumu četnosti výskytu psychiatrických onemocnění se z výše uvedených důvodů **nebudeme zabývat 4 základními typy poruch chování – F91**: poruchou chování ve vztahu k rodině, poruchou chování socializovaného typu, poruchou chování nesocializovaného typu a poruchou opozičního vzdroru.

**Naopak nás bude zajímat výskyt smíšených poruch chování a emocí** zahrnutých pod značku **F92**. Poruchy chování vyskytující se v rámci této diagnózy jsou totiž doprovázeny (př. podmíněny) výrazným narušením afektivní / emoční stránky osobnosti jedince (vyskytují se současně s výrazně depresivním laděním, př. dalšími emočními symptomy, které jsou příznačné pro ostatní

psychiatrické poruchy diagnostikované jak v dětském, tak v dospělém věku). Chápeme tedy tyto poruchy jako spadající více do problematiky medicínské – psychiatrické než do oblasti speciálně pedagogické.

Za pozornost stojí otázka, jak jsou odlišnosti mezi psychickými poruchami a poruchami chování vnímány s ohledem na speciálně pedagogickou diagnostiku. Slowík (2016, str. 139, 140) uvádí, že podezření nebo příznaky psychické poruchy může potvrdit, nebo vyvrátit pouze psychiatrická / psychologická diagnostika, které též rozhodne i o postupech medikamentózní a psychoterapeutické léčby. Naopak projevy sociálně nebo výchovně podmíněných poruch diagnostikuje etopedie. Spolehlivá diferenciatní diagnostika předpokládá dobrou vzájemnou spolupráci i součinnost dalších specializovaných oborů (neurologie, v rámci spec. pedagogiky psychopedie atd.). Je zapotřebí vždy zohlednit věk jedince, osobní a rodinnou anamnézu, aktuální situaci a tělesný i psychický zdravotní stav.

Pokud jsou obtíže s chováním a sociální přizpůsobivostí následkem **hyperkinetického syndromu** (ADHD), pak patří do širšího rámce symptomů vyvolaných drobným organickým poškozením mozku (LMD) nebo jinými specifickými příčinami (Train, 1997). Také diagnostika takové poruchy je pak rozdělena. Projevy zjišťují psychologové a speciální pedagogové, avšak neurologický podklad mohou diagnostikovat pouze neurologové. Vzhledem k podkladu poruchy spočívající ve funkční (a někdy i stavební) narušenosti psychických procesů (přenosu nervových vzruchů) bude toto onemocnění do našeho výzkumu patřit.

**Do našeho souboru psychiatrických poruch naopak nezahrnujeme mentální retardaci**, přestože v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10) je zařazena mezi duševní a behaviorální poruchy – konkrétně kategorie F70 – F79. „Mentální retardace (MR) u dětí a adolescentů je multietiologickou jednotkou, kde porucha svou vážností zasahuje nejen do oblasti medicíny, ale ve svém důsledku hlavně do oblasti sociální. ... Není to jen otázka snížení IQ, ale vždy jde též o komplex narušení adaptivního chování.“ (Malá, 2000, str. 115). Výskyt dětí s mentální retardací v prostředí výkonu ÚV a OV je vysoký (v některých zařízeních až nadpoloviční). Snížené rozumové schopnosti jsou tedy v ústavním prostředí běžnou normou a veškeré výchovné postupy a výchovná práce musí být přirozeně podřízeny schopnostem a potřebám dětí s postižením intelektu. Mentální retardace (zejména lehká MR) je skutečně více záležitostí výchovně – vzdělávacího přístupu a sociální podpory než záležitostí medicínské (psychiatrické) péče.

**Do výčtu psychických onemocnění (poruch) jsem zahrnul samozřejmě také diagnózy uváděné v mezinárodní klasifikaci nemocí – MKN 10 z ostatních kategorií, které můžeme lege artis diagnostikovat v jakémkoliv věku pacienta.** Jedná se např. o depresivní poruchu (F32), schizofrenii (F20), škodlivé užívání nebo závislost na psychoaktivních látkách (F1x.x) a další. V navazující 1. části výzkumu zaměřené na četnost výskytu jednotlivých poruch vycházíme z lékařských zpráv (výpisů z lékařských zpráv) a diagnóz v nich uvedených. Respektujeme tedy diagnózy stanovené ošetřujícími lékaři – pedopsiatri, kteří nezřídka klasifikují poruchu dítěte jako onemocnění uvedené v kategoriích užívaných pro všechny věkové skupiny.

## 1.2.1 Dětský autismus a jiné pervazivní vývojové poruchy

Dětský autismus patří k nejzávažnějším poruchám ze skupiny pervazivních vývojových poruch. V současné době se celá tato skupina onemocnění, pronikajících a zasahujících do mnoha oblastí psychiky dítěte, označuje jako **poruchy autistického spektra**.

Toto označení zahrnuje právě **dětský autismus** – v MKN 10 pod označením **F84.0**. Pro jeho správné rozpoznání je třeba diagnostikovat výskyt příznaků ve 3 ustálených oblastech socializace jedince:

1. *Kvalitativní narušení ve vztahové oblasti – v sociálních interakcích jedince s okolím*
2. *Abnormity a narušení v oblasti sociální komunikace a ve hře*
3. *Omezené a často ojedinělé zájmy a aktivity, ritualizované projevy chování.*

Hrdlička v Dětské a adolescentní psychiatrii podotýká, že autismus je nutné diferencovat od dalších pervazivních vývojových poruch, schizofrenie vyskytující se v dětství, mentální retardace s poruchami chování, jiných vývojových poruch řeči, vrozené hluchoty nebo závažného postižení sluchu a taktéž psychosociální deprivace (Hrdlička, 2000, str.137). Některé z uvedených poruch se u dětí umístěných do zařízení pro výkon ÚV a OV vyskytují, zejména mentální retardace a psychosociální deprivace. Určité riziko chybné diagnostiky, záměny narušených projevů v sociální oblasti, zde existuje, neboť ne všechny děti přicházející k pobytu do zmíněných zařízení jsou v pravidelné péči pedopsychiatra, př. absolvovaly psychiatrické vyšetření. Je tedy možné, že u některého dítěte může dojít k „přehlédnutí“ či mylné interpretaci patologických projevů odb. pracovníkem (s jinou než psychiatrickou odborností).

Z dalších poruch autistického spektra, které je možné zaznamenat u populace dětí v zařízeních institucionální výchovy, uvádíme **atypický autismus** – v MKN 10 označen **F84.1**. „Tuto diagnózu použijeme, jestliže porucha nesplňuje kritéria pro dětský autismus buď nesplněním všech 3 okruhů diagnostických kritérií, nebo je opožděný nástup po třetím roce života.“ (Hrdlička, 2000, str.140).

S ohledem na četnost výskytu zařazujeme do spektra našeho zájmu také poruchu uvedenou v MKN-10 jako **F84.5 – Aspergerův syndrom**. Tato porucha je charakteristická poněkud odlišnými fenomény, než klasický Kannerův dětský autismus. Shodné je ovšem narušení schopnosti navazovat běžným způsobem sociální vztahy a též se vyskytují poruchy komunikace. Osoby s Aspergerovým syndromem se vyznačují vyšší úrovní souhrnného IQ než osoby s autismem. Attwood popisuje jedno ze základních kritérií diagnostiky Aspergerova syndromu, a to narušené sociální chování takto: „Tyto děti nejsou sobecké, spíše sebestředné, tedy orientované na sebe. Některé volí roli pozorovatelů a sledují hru druhých, jiné upřednostňují společnost výrazně starších, nebo naopak mladších dětí. A zapojí-li se do skupinové činnosti, zpravidla se u nich projevuje tendence všechno řídit a usměrňovat druhé, co mají dělat. Kontakt s druhými je pro ně únosný do té míry, pokud ostatní respektují jejich pravidla. Tyto děti se někdy vyhýbají hře s vrstevníky ne proto, že by neměly dostatečné schopnosti zapojit se do hry, nýbrž kvůli tomu, že by chtěly mít naprostou kontrolu nad děním, což není reálné.“ (Attwood, 2005, str. 35).

Jistě si umíme představit, jak jedinec s takovým způsobem sociálního sebezprosažení může být ve skupině v diagnostickém ústavu (dětském domově) vnímán. Nejčastěji se setkává s nepochopením, údivem, ale i odmítáním, posměšky a dalším prohlubováním sociální izolace.

Triádu základních diagnostických symptomů tvoří kromě již zmíněného **sociálně nestandardního chování** také **neobratnost a selhávání v komunikačních dovednostech** a konečně **zúžený záběr zálib a zájmů** (které jsou obvykle velmi specificky zaměřeny). Dále jsou uváděny doplňující znaky jako nedostatečná neverbální komunikace a tělesná nemotornost, nepřírozené pozice.

## 1.2.2 Psychotická onemocnění

Tento soubor onemocnění zařazujeme do našeho výčtu psychických poruch vyskytujících se u dětí umístěných v ÚV a OV s očekáváním jejich spíše ojedinělého výskytu. Pokud se ale dítě s psychotickým onemocněním ve výchovném zařízení objeví, je ve většině případů vnímáno jako rizikový prvek a jeho hodnocení a výchovné výsledky jsou negativně ovlivněny vědomím závažné psychické nemoci. Na tomto místě je potřeba uvést, že děti s některými závažnými psychiatrickými diagnózami by v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy vůbec neměly být umístěny. „(1) Do zařízení se nepřijímají děti ... b) s psychiatrickým onemocněním: schizofrenie, bipolární porucha, těžké depresivní a úzkostné stavy vyžadující psychiatrickou léčbu. ...“ (Zákon č. 109 / 2002 Sb., §38).

Na jednu z nejzávažnějších duševních chorob bychom tedy v prostředí výchovných zařízení neměli vůbec narazit. Děti s diagnózou **schizofrenie** – označenou v MKN 10 jako **F20**, by měly být umístěny v jiném typu zařízení (pokud je nutné, aby byly v institucionalizované péči). Jenže opak je pravdou. V dětských domovech a diagnostických ústavech pobývá mnoho dětí takto nemocných, což s sebou přináší řadu problémů. Systémově totiž není vyjasněno, kde by jedinec s nařízenou ústavní výchovou a současně nemocný schizofrenií měl být umístěn. Psychiatrická nemocnice (psychiatrické oddělení v nemocnici) je pouze dočasné řešení pro dobu akutní fáze nemoci. Po poskytnutí nezbytné péče a stabilizaci onemocnění by se dítě mělo vrátit do původního výchovného prostředí. Problém tedy prozatím nemá řešení a stal se jedním z podnětů vedoucích ke vzniku této práce.

V dřívějších dobách se diagnóza schizofrenie v dětské populaci stanovovala jen velmi výjimečně. Dnes je známo, že se vyskytuje již před 10. rokem života – zde je diagnostikováno v 1% případů celkového výskytu nemoci, před 15. rokem ve 4% případů, před 21. rokem života je zachyceno 20% případů a do 30. roku celých 80% případů výskytu nemoci.

Malá (2000) k charakteristickým příznakům nemoci řadí:

- a) Bludné představy a myšlenky, bludy nepřírozených schopností (velikášské bludy, bludy konspirativní), bludy pronásledování, ohrožení
- b) Halucinace různých smyslových okruhů
- c) Neschopnost udržet řeč v logických souvislostech, držet se základního tématu – inkohorentní, dezorganizovaná řeč

- d) Dezorganizované nebo katatonní projevy (objevuje se negativismus, nemluvnost, tělesná strnulost, až útlum jakékoliv psychomotorické aktivity – stupor)
- e) Poruchy a nepřiléhavost emocí (otupělost a oploštělost); poruchy vůle a spontánního jednání. S tím související ztráta zájmů a zálib, rozpad původních sociálních kontaktů (Malá, 2000, str. 151,152).

V případě onemocnění schizofrenií v dětství můžeme zaznamenat halucinace spíše sluchového charakteru než zrakové. Nápadná a varující je prudká změna ve vývoji dítěte v některé oblasti psychiky (emoce, kognitivní funkce, zájmy a sociální vztahy apod.). Objevuje se zvýšená úzkostnost a narušené afektivní projevy. V dětství se příliš nesetkáváme s paranoidními představami. V období dospívání, v adolescenci se nemocný jedinec zcela vyřazuje ze svého původního vrstevnického kolektivu, velmi negativně reaguje na kritiku. Dospívající není schopen používat nabyté kognitivní dovednosti - v poznávací oblasti se zcela rozpadá.

Schizofrenie se vyskytuje v několika základních typech. Pro naši práci není potřeba vyjmenovávat každý z nich (i s vědomím nižší incidence v dětské populaci, která se s velkou pravděpodobností promítá i do struktury dětí nastupujících do zařízení pro výkon ÚV a OV). S ohledem na možnost chybné diagnostiky uvádím pouze **hebefrenní schizofrenii** – dle MKN 10 značena **F20.1**. Projevy této nemoci mohou být snadno zaměněny za běžné pubescentní a adolescentní „klackovité“ chování, se kterým se pedagogové v dětských domovech a diagnostických ústavech setkávají běžně. Hebefrenní schizofrenie se u nemocného projevuje právě tímto rozdělením kognitivně-afektivní souhry mimo další symptomy, jako např.: dezorganizované myšlení, „plané filozofování“, nespojitou řeč přerušovanou opakujícími se otázkami, frázemi; nepředvídatelné, nesmyslné chování či projevy bez citu a empatie. U nemoci dochází rychle k progresu negativních příznaků.

Je třeba zmínit, že se u dětí a dospívajících mnohem častěji než u dospělých objevují přechodné psychotické ataky. Pokud jsou „přehlédnuty“ či bagatelizovány (což se občas stává i mezi odborníky), pak je léčba složitější a prognóza poruchy je horší. Malá v Dětské a adolescentní psychiatrii uvádí: „Schizofrenie v dětství má nepříznivou prognózu, až v 70% dochází k defektu s nerovnoměrným postižením intelektových funkcí. Největší defekt je v oblasti sociálního přizpůsobení a zařazení. Vztah k lidem je hrubě narušen, může se objevit i paranoidní percepce.“ (Malá, 2000, str. 158).

### 1.2.3 Afektivní poruchy

V současné době se afektivní poruchy – tedy poruchy emoční rovnováhy jedince – vyskytují a rozpoznávají u dětí a mladistvých v mnohem větší míře než v minulosti. Dříve byly často spojovány s pubescentním dozráváním a emočním tápáním – jejich projevy jsou odlišné v tomto období a v dospělosti. V této kapitole si představíme obě základní nemoci: **bipolární poruchu** dle MKN 10 označenou **F31** a také **depresivní poruchu** označenou diagnózou **F32**, která se navzdory dřívějším předsudkům u dětí a dospívajících vyskytuje poměrně často.

**Bipolární porucha** se vyznačuje patologickými proměnami nálady – probíhá v na sebe navazujících epizodách. Výrazně změněná nálada přechází po určité době do opačného pólu afektivní poruchy, příp. do smíšené podoby, nebo dochází k dočasnému vymizení příznaků, tzv. remisi. Jde tedy o nemoc periodickou, projevující se v návalech jednotlivých fází. Dle Horta (2000, str. 182) můžeme vysledovat:

*Hypománie* – fáze nadnesené, mírně euforické nálady s pocity všestranných schopností a vysoké výkonnosti trvající alespoň 4 dny; vyznačuje se společenskou aktivitou doprovázenou zvýšenou hovorností a nenuceností, někdy až nezávaznou sebekontrolou; objevuje se nižší potřeba spánku a vyšší sexuální apetence

*Mánie* – okolnostem zcela nepřiměřená nálada, nekontrolovaná aktivita, sebevědomé, velikášské postoje a neomalené společenské jednání; chování nedbá následků a rizik, je sexuálně odbrzděné, s nízkou potřebou spánku – tato fáze trvá min. 7 dní a je během ní narušena společenská a pracovní (vzdělávací) rovina nemocného; může být přítomna podrážděnost

*Deprese* – je naopak skleslá, okolnostem nepřiléhavá nálada se sníženým sebevědomím, ochuzením zájmů a pozitivních prožitků; může se vyskytovat úzkost, nechutenství, narušení spánkového rytmu, psychomotorické poruchy, snížení koncentrace pozornosti; porucha je diagnostikována v případě min. 14 denního trvání

*Smíšená epizoda* – představuje současný výskyt depresivních i manických poruch nálady a aktivit (v rámci jedné epizody bipolární poruchy) – ty by měly být prakticky každodenní po dobu min. 1 týdne.

**Depresivní porucha** se v dětství vyskytuje četně, bývá však mnohem častěji vysvětlována jako symptom poruch chování, a tedy spojována s agresivitou a somatickými obtížemi než s klasickými příznaky depresivní poruchy u dospělých. Je třeba uvést, že depresi mohou děti prožívat se stejnou závažností, jako ji prožívají dospělí. Mezi základní příznaky deprese jsou zařazovány: neschopnost prožívat radost, nízké sebevědomí a negativně zaměřené sebehodnocení; i u dětí se mohou vyskytovat pocity viny, podrážděnost, pocity osamělosti a sociální vyloučenosti. Z hlediska aktivity může být depresivní dítě jak neklidné, hyperaktivní až agresivní, tak naopak tiché, posmutnělé, pomalé a unavené. Velmi často se u depresivních dětí objevují nejrůznější psychosomatické a vegetativní příznaky.

Riziko depresivní poruchy spočívá mj. ve výskytu myšlenek a úvah o smrti, které se pojí se smutnou, zoufalou a bezvýchodnou náladou. Jedinec může v těchto obecných úvahách směřovat ke konkrétním představám o vlastní smrti, o způsobech, jak se života zbavit (jak uniknout z vlastní bezvýchodné situace, ze života, který mu nepřináší téměř žádnou radost). „Deprese se vyskytují u 1 – 8% dětí a adolescentů. Riziko suicidia u depresivních nezletilých je až dvacetkrát vyšší než v běžné populaci. U dětí školního věku má suicidium často ‚nálepku‘ smrt při nehodě. U 14 – 16 letých nezletilých depresivních adolescentů je poměr výskytu depresivní epizody (fáze) u chlapců k dívkám 1:5, později 2:5.“ (Malá, 2000, str. 190).

Depresivní děti se v důsledku svého onemocnění dostávají na okraj vrstevnické skupiny, často zcela mimo tuto skupinu. Nejsou akceptovány a přibírány do aktivit ostatními dětmi jejich věku. Pokud ve skupině zůstávají přítomny, což je ve

výchovných skupinách dětských domovů a diagnostických ústavů standardní situace (děti tráví významnou část dne pohromadě s ostatními členy skupiny), pak jsou přehlíženy nebo vnímány „jako nepřítomné“. Dle Malé se sociální důsledky, jako porušené sebehodnocení, sociální staženost, narušená schopnost koncentrace, nedostatek pozitivních prožitků, prudké proměny nálad a neschopnost rozhodování, vyskytují až u 80% depresivních školních dětí. Stížnosti na svůj somaticko-vegetativní stav a únavu udává 50% a pocity provinění 60% depresivních školou povinných jedinců (Malá, 2000, str. 193).

Děti s depresivní poruchou se dostávají do určitého „bludného kruhu“ – v důsledku své poruchy jsou dále negativně vnímány a přijímány svým okolím, nejen vrstevníky, ale i dospělými, kteří se s jejich smutnou náladou a negativním sebenáhledem nedokážou adekvátně vyrovnat (děti agresivní, úzkostné a depresivní mívají častěji depresivní matky). Dětem s tímto onemocněním se tedy nedostává potřebné kladné posilování, ocenění a sebezpotvrzení, které by mohlo být efektivním terapeutickým faktorem. Deprese u dětí se tedy v důsledku tohoto přístupu může dále prohlubovat a vést k rozvoji dalších symptomů označovaných jako poruchy chování, smíšené poruchy chování a emocí.

Mezi afektivní poruchy se dále řadí tzv. **trvalé afektivní poruchy**, které se v MKN 10 označují jako **F34**. Patří sem jednak **cyklotymie – F34.0**, nestálost nálady, náladová proměnlivost. Cyklotymie se ale v dětském věku nediodagnostikuje, začátek bývá obvykle v rané dospělosti. Příznaky další trvalé afektivní poruchy, **dystymie – F34.1**, se naopak vyskytují jak v dětství, tak v dospívání. Jedná se o dlouhodobou, chronickou, roky trvající smutnou náladu – tzv. *subdepresi*. U dětí a dospívajících se manifestuje jako zvýšená podrážděnost a rozladěnost (dysforie), která trvá několik dnů i týdnů. Děti trpící tímto onemocněním popisují, že pocity beznaděje a zoufalství u nich střídají návaly agrese a vzteku. Vzhledem k nízké schopnosti soustředění, nerozhodnosti a špatné paměti jsou pak školsky neúspěšní, přestože jejich intelektové schopnosti jsou na dobré úrovni. Dlouhotrvající zhoršená nálada vede v důsledku k narušení vrstevnických vztahů a sociální izolovanosti. „Dystymie má nejvyšší riziko suicidia u adolescentů, až třicetkrát vyšší než v běžné populaci. Často dochází k ‚somatizaci‘ příznaků, prezentovaných jako únava a difúzní, opakující se, vracející se bolesti (hlavy, orgánů atd.)“ (Malá, 2000, str. 211).

#### 1.2.4 Neurotické a úzkostné poruchy

Tyto poruchy jsou charakterizovány především podle hlavních a převažujících příznaků. Budeme se zabývat např. strachem, úzkostí, posmutnělostí, nutkavými pocity, vtíravými myšlenkami i tělesnými symptomy, které jsou však svým rozsahem nebo intenzitou nepřiměřené, nadměrné, abnormní. Od příznaků, které jsou svým charakterem velmi podobné, ale nesusouvisejí s psychickým onemocněním, se liší neschopností jedince vlastními silami je zvládnout tak, aby nenarušovaly různorodé kvality jeho života. V této kapitole si představíme pouze ty z nich, které se vyskytují v určité významné četnosti u dětí a adolescentů. Jde např. o **generalizovanou úzkostnou poruchu** dle MKN 10 označenou **F41.1**, také o některé



poruchy ze skupiny **fobie** označované jako **F40**. Rovněž nás budou zajímat **poruchy přizpůsobení** se značkou **F43.2** a **posttraumatická stresová porucha** (jejíž výskyt u dětí přicházejících do ústavní péče je očekávatelný) – **F43.1**. Závěrečná podkapitola se soustředí na **úzkostné poruchy se začátkem specifickým pro dětství**, které se našeho tématu týkají zcela oprávněně.

Na prvním místě zmíníme **generalizovanou úzkostnou poruchu**, která je v systému MKN 10 značena **F41.1**. Jedná se o dlouhodobě a trvale pociťovanou úzkost, tedy obavu plynoucí z nekonkrétní činnosti či situace (příčina je tedy neohraňovaná, nepojmenovatelná). Týká se každodenní reality, příp. běžných, nevýznamných tělesných příznaků. Propper v Dětské a adolescentní psychiatrii uvádí: „U dětí a adolescentů je typická nereálná obava z nedostatečných vlastních schopností, z nesouhlasu s jejich chováním a z nevhodnosti takového chování, nepřiměřené sebeobviňování, nadměrná potřeba uklidňování a ujišťování, neschopnost uvolnit se a časté stížnosti na tělesné obtíže bez reálného somatického podkladu (např. bolesti hlavy nebo břicha). ... Obtíže se vyskytují po většinu dne, jsou provázeny nápadnou tísní a narušeným fungováním. Celkově trvají týdny až měsíce (diagnostické kritérium je alespoň šest měsíců trvání).“ (Propper in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000, str. 218).

Počátky obtíží v rámci této poruchy souvisí s vývojově podmíněným běžným porovnáváním svých kvalit s kvalitami vrstevníků, s pocity méněcennosti, které se v období adolescence mohou běžně vyskytovat. V menším počtu případů souvisí počátek nemoci s náročností přechodu do kolektivního vzdělávacího zařízení – nástup do MŠ nebo ZŠ. Pokud úvahy nad vlastní nedostačivostí a neschopností zvládat běžné nároky života jedince zahltlí a jejich intenzita neúměrně stoupne (a zároveň trvají po několik měsíců), pak můžeme usuzovat na generalizovanou úzkostnou poruchu.

V rozvoji poruchy je významný vliv výchovného přístupu rodičů či osob pečujících o dítě. Jak popisuje Propper, výskyt onemocnění je přímo ovlivněn výchovou rodičů s nereálným očekáváním a nároky směrem k dítěti, nebo též výchovou vyhovující nepřiměřeným požadavkům dítěte bez jasně stanovených hranic a konečně přístupem emočně odmítavým, bez skutečného zájmu o dítě, nereagujícím na jeho potřeby (Propper in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000, str. 219).

Pod diagnózou **F40** nalezneme v MKN 10 **fobické úzkostné poruchy**. Povědomí o tzv. fobiích je široce rozšířené i mimo odborné kruhy, v běžné populaci (většina laiků bez medicínského či pedagogického vzdělání dokáže ztotožnit fobii a nepřiměřený strach z nějaké konkrétní situace). Fobií se tedy rozumí iracionální strach z nejrůznějších objektů a situací, který vyvolává silné emoční napětí a může být doplněn i o tělesné symptomy.

Z hlediska etiologie vzniku fobické poruchy jsou zmiňovány různé teorie. Hort uvádí, že velký význam u vzniku poruchy hraje temperament. Do konceptu temperamentu u dětí zahrnujeme i tzv. behaviorální inhibici. Ta je popsána jako neobvyklá plachost a stažení dítěte v nových situacích. Tento způsob chování si přináší jedinec na svět – je vrozený a je doprovázen i dalšími fyziologickými znaky,

např. vyšší tepovou frekvenci při plnění úkolů, napětím v laryngální - krční oblasti apod. (Hort, 2000, str. 222).

Z jednotlivých druhů fobických poruch zmíním ve své práci jednu, která se (na základě empirických pozorování) v prostředí institucionální výchovy vyskytuje v relativně vysoké četnosti, resp. na její výskyt můžeme usuzovat dle příznaků některých dětí umístěných do této náhradní výchovné péče. Jedná se o **sociální fobii** s označením **F40.1**. Tuto fobii charakterizuje nepřiměřený strach ze situací souvisejících s nutností dostávat se do přímého kontaktu se sociálním prostředím, do styku s druhými lidmi. Osoby trpící tímto onemocněním udávají obavu především ze soustředění pozornosti ostatních lidí na svoji osobu, výrazně je znejišťuje představa, že budou muset na veřejném fóru sami vystupovat či se nějakým způsobem projevat. Postižený jedinec má tendenci vyhnout se takovým situacím a směřuje do částečné, nebo i úplné sociální izolace.

Na otázky spojené se sociální fobií odpovídá ve své publikaci také Alan Train. Zejména rodiče se mohou ptát: v jakém věku se porucha objevuje? Příznaky této poruchy se mohou vyskytnout i u malých dětí od 2, 5 roku věku, je však běžnější mezi dospívající mládeží u těch jedinců, kteří byli v dětství stydliví, plaší. Může se rozvinout po traumatické nebo stresové události v kterémkoliv věku, odpovídá autor. Je naděje, že se stav dítětelepší? Train odpovídá: Porucha může v dětství vymizet, ale dítě, které jí trpí, bude v tomto směru citlivé i v dalších letech života. Jak moc bude trpět, závisí na tom, jak často bude vystaveno náročným stresovým podmínkám (Train, 2001, str. 100).

V dětských diagnostických ústavech a dětských domovech se nejednou vyskytují děti, které odmítaly docházet do základní (př. střední) školy a raději zůstávaly doma nebo u svých příbuzných, i za cenu rizika, že se tím porušování povinné šk. docházky stane zjevným, postižitelným. Jedná se často o děti, které se záškoláctví dopouštějí z jiných, než obvykle rozšířených důvodů (vyhnutí se náročným školním úkolům, snaha rozhodovat o svém čase výhradně podle sebe, touha po kontaktu se subjektivně lákavými činiteli – vrstevnická parta, kamarádi, PC a jiné hry, příp. snaha vyhnout se testu či řešení kázeňských problémů). Tyto děti udávají zvýšenou úzkost a obavu ze školního prostředí, mají strach z opakovaného kontaktu s ostatními spolužáky, z vystupování před třídou během výuky atd. Současně je u nich přítomen silný *prvek touhy být se svými blízkými* (s rodiči, prarodiči, sourozenci a dalšími příbuznými). Vnímáme snahu připoutávat si své blízké ve věku, kdy se ve zdravě se vyvíjejícím vztahu pouto k rodičům uvolňuje, transformuje. Dobu školní absence netráví mimo domov, ale právě v něm. Signifikantní je poměrně vysoký počet dětí, jenž mají tyto školní *absence omluvené rodiči* – alespoň zpočátku výskytu obtíží rodiče své děti omlouvají, vycházejí vstříc prosbám o uvolnění ze školy, omlouvají je z důvodu tělesných obtíží, které uvádějí.

Průběh onemocnění je, dle Horta, většinou chronický. Je při něm omezeno uplatnění ve škole, následně v zaměstnání, v běžných sociálních a intimních vztazích, které by jinak jedinec dosáhl. K němu se přidružují depresivní obtíže, ale i sebevražedné myšlenky. Rizikem sociální fobie je rozvoj alkoholické závislosti (HORT, 2000, STR. 225).

**Poruchy přizpůsobení** s diagnostickým označením **F43.2** se úzce pojí a navazují na reálně prožitou stresovou situaci, příp. na náročnou životní událost. Mají tedy reálný podklad v životě jednotlivce. Negativní účinek takové situace na jedince je (mimo objektivní sílu stresoru) určován 3 proměnnými: subjektivním významem stresové události pro jedince, dále osobnostní dispozicí zvládat stresující události a konečně podporou sociálního prostředí (Kocourková, 2000, str. 247).

Důležité je uvědomění, že u dětí a dospívajících dopad a patologické důsledky poruchy přizpůsobení nejsou přímo úměrné síle stresové události. Výsledek se odvíjí od charakteru stresoru, odolnosti dítěte vůči zátěžím a od vnějšího prostředí a jeho schopnosti podporovat dítě v náročné situaci. Subjektivní vnímání náročné situace ovlivňuje rozvoj poruchy přizpůsobení mnohem významněji než objektivní význam konkrétní stresující události.

Poměrně frekventovaným onemocněním v prostředí výkonu ústavní a ochranné výchovy je také **posttraumatická stresová porucha** označovaná jako **F43.1**. Je chápána jako soubor příznaků, které jsou u jedince přítomny po prožití výrazně náročné životní situace, traumatické události. Charakteristický je výskyt psychických (a tělesných) obtíží v delším časovém období po expozici původní stresové situace. Symptomy se po traumatu vyskytnou obvykle po období latence – to trvá od několika týdnů do maximálně 6 měsíců.

Jako iniciální traumatická událost může zapůsobit např. prožití válečných útrap, přítomnost násilí páchaného na blízkých osobách (rodičích), prožití únosu, dlouhodobé fyzické či psychické týrání, zkušenost se sexuálním zneužíváním, ale též úmrtí blízké vztažné osoby. Příznaky specifické pro tuto poruchu se mohou vyskytovat jako opakované dotírající vzpomínky na traumatickou událost (znovuprožívání této události), vyhýbání se činnostem a situacím, které trauma připomínají, pocity emočního otupění, stavy zvýšené vegetativní hyperaktivace, opakující se nepříjemné a děsivé sny, jak zmiňuje Kocourková v Dětské a adolescentní psychiatrii (Kocourková, 2000, str. 252).

U menších dětí můžeme pozorovat regresi k nižším úrovním vývoje, někdy se objevuje i odmítání verbální komunikace (mutismus). Poruchy spánku se pojí s děsivými sny, které znovu a znovu „přehrávají“ stresovou situaci. V dětských traumatických snech se opakuje nejen prožitá událost, ale objevují se i jiné hrůzné zážitky. K opakování a „přehrávání“ situace vede i dětská hra, při níž často dochází k promítání události a v důsledku k odreagování pocitů spojených s událostí (např. po prožitku sexuálního zneužívání se i ve hře mohou vyskytovat sexualizované momenty). Kocourková dále uvádí, že ve znovuprožívání traumatu mají neopominutelnou úlohu podněty, které trauma připomínají (*reminders*). To mohou být znaky s přímou vazbou na původní stresor (zbraň, křik, krev), ale i nepřímé impulsy, které s původním traumatem souvisí přeneseně (roční období, denní rituál, přírodní úkaz apod.) (Kocourková, 2000, str. 253).

### 1.2.4.1 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství

Dostáváme se k poněkud odlišným poruchám z neurotických a úzkostných poruch – pro naše pojednání významné skupině psychických onemocnění s původem v dětském věku. Budeme se zabývat **úzkostnými poruchami se začátkem specifickým pro dětství**.

Z této skupiny zmíním **separační úzkostnou poruchu v dětství**, která nese označení **F93.0**. Přirozená vývojová úzkost spojená s odloučením od „své“ osoby (obvykle matky) se objevuje u kojence mezi 6. – 8. měsícem života. Zpočátku je velmi silná, s vyžíváním nervové soustavy postupně zeslabuje a přibližně kolem 3. roku již umožňuje dítěti krátkodobé odloučení od matky. Právě do tohoto období je směřován nástup do mateřské školy, kde dítě své odloučení snáší pravidelně po několik hodin denně, několik dnů v týdnu. U některých jedinců však vývoj separace postupuje pomaleji a separační úzkost patologicky přetrvává do vyššího věku.

Pro dítě trpící touto poruchou jsou typické nereálné neustávající obavy, že se něco přihodí nejbližším osobám, ke kterým dítě váže pevné citové pouto. Dítě se strachuje, že tato osoba odejde a už se nevrátí nebo že bude od této osoby odloučeno (ztratí se, bude uneseno...). Strach z odloučení je provázen trvalým váháním nebo odmítáním školní docházky, odmítáním uléhání ke spánku (bez přítomnosti blízké osoby). Propper dále uvádí, že při pokusech o odloučení jedince od své blízké osoby se opakovaně vyskytují tělesné příznaky – nucení na zvracení, zvracení, bolesti břicha a hlavy (Propper in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000, str. 257).

Pro tyto děti bývá obtížně zvládnutelná už situace představy nástupu do nějakého kolektivního zařízení, natož skutečné odloučení od rodičů v případě jejich umístění např. do DDÚ nebo do DD. Je zapotřebí uvést, že rodiče těchto dětí často situaci svým přístupem jen zhoršují, neboť jsou sami nejistí v otázce, zda odloučení dítěte od nich jej nějakým způsobem nepoškodí (patrně zde hrají roli pocity viny směrem k potomkovi). Nejistotu pak přenášejí na dítě, které nemá zájem něco na patologickém stavu věcí měnit. Riziko zvýšeného výskytu je u dětí z rozpadlých rodin – situace odtržení jednoho z rodičů z trvalého kontaktu s dítětem je reálným podkladem pro nárůst obavy a úzkosti ze ztráty i druhého z rodičů.

Další poruchou v této skupině je **fobická úzkostná porucha v dětství - F93.1**. Zde je zapotřebí rozlišovat, zda se u dítěte jedná o strach odpovídající běžným intencím psycho-sociálního vývoje či zda jde o strach, který není vývojově podmíněný. V přehledu psychických poruch MKN, 10. revize – Duševní poruchy a poruchy chování je doporučeno strachy nepřislušné vývojovému období klasifikovat označením z kategorie **neurotické poruchy, por. vyvolané stresem a somatoformní por.** (F40 – F48), např. **fobické úzkostné poruchy**. Kategorie fobická úzkostná porucha v dětství by měla být použita pro strachy podmíněné vývojovou fází, pokud splňují i *další kritéria příslušná všem poruchám ve skupině F93*:

- začátek je ve věku přiměřeném vývojovému období
- stupeň úzkosti je klinicky abnormální
- úzkost není součástí generalizovanější poruchy (1992, str. 239).

Je dobré brát v úvahu, že určité strachy / fobie se v relativně vysoké četnosti vyskytují v některých vývojových obdobích dítěte – jsou zde normou. Počítáme mezi ně strach z velkých, neznámých předmětů a zvuků (vysavače, prudce tekoucí vody atd.) **po 1. roce věku**, strach ze tmy **kolem 5. roku věku**, strach ze zvířat - hlodavců, pavouků a dalšího hmyzu **kolem 6. roku věku** (ten snadno děvčátka přejímají od svých maminek). Některé tyto fobie mohou „zakořenit“ a přetrvávat do pozdějšího věku; velmi zde záleží na poskytování emoční podpory ze strany blízkých osob dítěte.

Jako zmíněnou fobickou úzkostnou poruchu v dětství můžeme tyto strachy klasifikovat v případě, kdy jsou přítomna výše uvedená 3 kritéria – tedy kromě příslušného věku ještě vystupňovaná intenzita úzkosti a specifické omezení strachu na určitý objekt či situaci. Psychiatr (a další odborníci pracující s dítětem) musí mít na paměti, že každý strach nelze diagnostikovat jako chorobný, fobický.

## 1.2.5 Poruchy příjmu potravy

Uváděné poruchy příjmu potravy představují poměrně novou kategorii duševních nemocí (hovoří se o nich zhruba od 50. - 60. let 20. st.). Jedná se o poruchy z řady civilizačních chorob – nemocí souvisejících s růstem životní úrovně a celkové ekonomické vyspělosti euro-atlantické civilizace (se všemi negativními doprovodnými aspekty životního stylu obyvatel, včetně globalizačního efektu).

Onemocnění postihuje převážně mladé dívky a ženy, může se však vyskytovat i v dětském věku. Jsou popsány 2 základní formy poruchy příjmu potravy: forma tzv. restriktérská, tedy mentální anorexie (omezování se v příjmu potravy, snižování kalorického příjmu) a forma bulimická, tedy mentální bulimie (nadměrné přejídání spojené s následným zbavováním se přijaté potravy).

**Poruchy příjmu potravy v dětském věku** představují mnohem větší zásah do mladého vyvíjejícího se organismu, jak po stránce tělesné, tak po stránce psychické i sociální. Jak uvádí Koutek v Dětské a adolescentní psychiatrii, poruchy příjmu potravy zde (*pozn. v dětství*) působí destruktivně na biologické, psychologické i sociální úrovni dospívání. Porucha je hůře zjištělná i proto, že děti své obtíže formulují v jiných termínech, často je skrývají a popírají, nebo si stěžují na nechutenství či různé tělesné obtíže spojené s konzumací potravy (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000, str. 275).

Ukazatele pro stanovení diagnózy **mentální anorexie** dle tělesných změn nejsou na dětský věk zcela aplikovatelné. Nichols a Lask vytvořili pro dětský věk kritéria, která jsou shodná s klasifikací pro dospělé:

1. úmyslný úbytek tělesné hmotnosti (např. vyhýbání se jídlu, vyprovokované zvracení, nadměrné cvičení, zneužívání projímadel);
2. nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy;
3. chorobné zabývání se hmotností nebo postavou (Nichols a Lask in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000, str. 275).

Byla popsána i tzv. **infantilní mentální anorexie**, která vychází z vývojového modelu separačně – individuálního procesu a I. Chatoorová ji popisuje

jako poruchu separace. Počátek poruchy zasazuje mezi první ½ rok a 3 roky života dítěte s projevy odmítání jídla nebo extrémní vybíravostí. Jedná se vlastně o problematické prosazování samostatného rozhodování, které se mezi matkou a dítětem odehrává na poli příjmu potravy (Chatoorová in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000, str. 276).

Druhá z variant poruch příjmu potravy – **mentální bulimie** (s typickými záchvatovitými epizodami přejídání a následným záměrným zvracením) – se vyskytuje v dětském věku velice řídko, a proto jí nebudeme věnovat pozornost.

Koutek ještě uvádí další méně vyhraněnou poruchu: „**Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu** byla popsána jako porucha ležící na pomezí mentální anorexie a emoční poruchy v dětství. Je přítomno vyhýbání se jídlu, které není důsledkem primární afektivní poruchy, úbytek hmotnosti, poruchy nálady. Není však přítomno nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy a dítě se těmito tématy chorobně nezabývá“. (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000, str. 276). Děti v takovém případě uvádějí různé pochopitelné důvody, proč nechtějí jíst – mají strach, že jim bude špatně, že je potrava zkažená (může se jednat o děti z rodin s nízkou sociokulturní úrovní, kde zkušenost s konzumací zkažených potravin je reálná), uvádějí obavu ze zadušení, pozvracení nebo bolesti břicha po konzumaci potravy.

**Syndrom vybíravosti v jídlu** se vyskytuje u dětí ve věku 8 – 12 let a děti při něm zužují spektrum potravin, které jsou ochotny přijímat. Děti s touto poruchou obvykle jedí pouze 2 nebo 3 potraviny a toto patologické chování vyvolává v rodině konflikty. Onemocnění představuje pro dítě komplikaci v oblasti psychosociální adaptace v prostředí, kde není tato volba potravin podporována (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000, str. 277).

S ohledem na výskyt poruch příjmu potravy v prostředí dětských diagnostických ústavů, příp. dětských domovů považuji za vhodné uvést dva pozorování ověřené momenty. První z nich se týká reakcí dospělých na signály příp. omezování příjmu či nárazového odmítání stravy zcela. Určitou přirozenou reakcí vychovatelů a dalších pedagogů bývá (v mnoha případech) *zvýšení výchovného tlaku* na takto se projevující dívky. Pedagogové se snaží dotyčnou přesvědčovat, přemlouvat, pod pohrůzkou sankcionování donutit ke změně aktuálního postoje k jídlu. Důsledek bývá v mnoha případech přesně opačný – dívka se ve svém postoji utvrzuje a odmítá se vnějšímu tlaku podvolit. Její momentální nastavení se prohlubuje a případné odmítání potravy pak trvá delší dobu – posunuje se do roviny *soupeření o autonomii* (o rozhodování si o vlastní postavě, o vlastních záležitostech).

Druhý moment souvisí úzce s první zmíněnou situací. V mnoha případech je experimentování s přijímáním různého množství a různých druhů potravin předstupněm rozvoje poruchy příjmu potravy, např. mentální anorexie. Motivací k omezování příjmu potravy může primárně být *snaha odlišit se od ostatních vrstevníků*, příp. *upoutat pozornost* svojí specifičností, originalitou v této oblasti. Negativně zde pak působí přemíra zájmu, která se mladé dívce dostává od dětí i dospělých, zejména pokud do té doby zvýšenou pozornost jiným způsobem

nepoutala. Tato subjektivně příjemně prožívaná změna může rozvoj poruchy příjmu potravy jen dále potencovat.

Je třeba uvést, že v případě skutečně závažných symptomů onemocnění mentální anorexií, např. dlouhodobého odmítání potravy, vyvolávaného zvracení, pokud je dotyčný k jídlu donucen, závažného úbytku na váze, vymizení pravidelné menstruace u dívek a chorobného vnímání vlastního tělesného schématu, je u dítěte umístěného v zařízení pro výkon ÚV a OV nezbytné zajistit odbornou pedopsychiatrickou pomoc (v akutních případech i formou umístění na lůžkové psychiatrické, příp. interní oddělení). Riziko závažných somatických následků v podobě poškození zdraví i ohrožení života je zde zcela reálné. Podstatná je tedy prvotní diferenciací, o jak závažnou a hlubokou poruchu příjmu potravy se může jednat, včetně rozlišení, zda jde o zdraví ohrožující stav, příp. jde o shodu v několika příznacích, ale nejedná se přímo o rozvoj poruchy příjmu potravy.

### 1.2.6 Poruchy spojené s rizikovými návyky u dětí a dospívajících

V úvodu této kapitoly upřesním, že se zaměříme na poruchové chování spojené s látkovými i procesuálními závislostmi dětí a adolescentů v institucionální výchovné péči. Naše práce se zabývá dětmi s psychiatrickým onemocněním v těchto zařízeních, zákonitě nás tedy zajímají děti, u kterých se v anamnézách vyskytuje užívání některých typů návykových látek (v různých stupních rozvoje závislosti), příp. se u nich objevují znaky procesuální závislosti.

**Pro přehlednost uvádím jednotlivé fáze vývoje závislého chování** (shodné pro děti i dospělé):

**1) Fáze experimentu** – jedinec je s látkou v nepravidelném kontaktu, poznává, jaké účinky užití látky vyvolává, jaké jsou pozitivní i negativní průvodní jevy, obvyklé je ve fázi experimentu kombinování účinků různých typů návykových látek

**2) Fáze občasného, nepravidelného užívání** – jedinec se s látkou setkává již nenáhodně, dobře ví, jaké účinky může po užití látky očekávat, v prožívání převažují pozitivní prožitky spojené s užitím látky

**3) Fáze pravidelného užívání** – někdy se nazývá též fáze víkendového užívání, jedinec látku cíleně vyhledává (nesetkává se s ní náhodně), na okamžiky užití se těší, dovede si látku sám obstarat, není odkázán na jiné uživatele

**4) Fáze závislosti** – je spojena s některými negativními důsledky, které přináší stav těžkého návyku na užití psychoaktivní látky: přítomny jsou okamžiky bažení po konkrétní látce, patologické stavy dostavující se ve chvílích nedostatku látky, zvyšování tolerance, pokračování v užívání i přes prokazatelně škodlivé důsledky, omezování jiných aktivit a zájmů na úkor užívání a rovněž poruchy v sebekontrolě v souvislosti s užitím látky.

Podotýkám, že způsoby pomoci a intervence se v každém stádiu rozvoje závislosti odlišují. Psychiatrickou pomoc a léčbu vyžadují zpravidla druhé dvě fáze – pravidelné (škodlivé) užívání a fáze závislosti na návykových látkách. Problematickým momentem je však vlastní postoj k užívání u daného jedince. Problémový uživatel obvykle „problém“ se svým návykem nemá, problém je na straně

okolí, společnosti, vychovatelů, rodičů – ti všichni se snaží přesvědčit mladého uživatele o negativních účincích, které mu užívání drogy přináší. Současně ho přesvědčují, příp. násilně nutí k tomu, aby svůj stav řešil odvykací léčbou. Taková „vnucená léčba“ však postrádá smysl a pokud vůbec nastane, proběhne s mizivými, krátkodobými účinky. Uživatel se velmi rychle navrací k původnímu způsobu života, ve kterém má „jeho“ látka své pevné místo. Odvykací léčba může být účinná pouze v případě vnitřně motivovaného uživatele, který se sám rozhodl s návykem skončit (obvykle po konfrontaci se subjektivně škodlivými dopady užívání v jeho životě).

Lékařská terminologie dle mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize rozlišuje několik diagnostických kategorií spojených s rizikovým návykovým chováním – rozeznává stav **akutní intoxikace** – se značkou **F1x.0** (označení je dále modifikováno typem toxické látky – na místo x, dále možnými komplikacemi – na místo druhého desetinného čísla). Pro potvrzení této diagnózy je nutné, aby se u jedince prokázala konzumace psychoaktivní látky v blízké minulosti.

Nešpor v Dětské a adolescentní psychiatrii uvádí některé z častějších intoxikací v dospívání: **akutní intoxikace alkoholem** (přítomna odbrzděnost v chování, afektivní labilita, hádavost, porucha úsudku, porucha pozornosti, agresivita atd.), **akutní intoxikace opioidy** (přítomna odbrzděnost, apatie a útlum psychiky, snížená výkonnost, porucha pozornosti, porucha úsudku, celkové zpomalení psychomotoriky atd.), **akutní intoxikace kanabinoidy** (přítomno dysfunkční chování nebo poruchy vnímání: depersonalizace, euforie a odbrzděnost, halucinace při zachovalé orientovanosti, pocity zpomalení času, úzkosti či agitovanost, nedůvěra až paranoidita, smyslové iluze, porucha pozornosti, narušení úsudku, zpomalení reakčního času, zhoršení výkonnosti atd.), **akutní intoxikace kokainem a dalšími stimulanty** (přítomna zvýšená bdělost, paranoia, opakující se stereotypní jednání, pocity euforie a zvýšené energie, obtěžující či agresivní jednání, smyslové iluze, halucinace, grandiózní přesvědčení, afektivní labilita, hádavost, poruchy výkonnosti atd.) (Nešpor in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000, str. 288, 289). Dále zde uvádí **akutní intoxikace sedativy a hypnotiky, akutní intoxikace halucinogeny a akutní intoxikace rozpouštědly**.

Pod označením **F1x.1** je uváděno **škodlivé užívání návykových látek**, které odpovídá 3. fázi vývoje závislosti jedince. Dochází při něm k tělesnému nebo duševnímu poškození v důsledku působení návykové látky. Tento stav by měl trvat nejméně 1 měsíc nebo se opakovaně vyskytovat po dobu 12 měsíců.

Diagnostická značka **F1x.2** vyjadřuje **závislost na návykových látkách**. Stejně jako u škodlivého užívání by se symptomy závislosti měly projevovat po dobu nejméně 1 měsíce nebo se opakovat v průběhu 1 roku. Rozhodující je přítomnost alespoň 3 z následujících 6 znaků závislosti, jak jsou uváděny Nešporem:

- 1. znak:** *Silná touha nebo pocit puzení užívat látku* (bažení, neboli craving) – touha pociťovat účinky psychoaktivní látky, se kterou měla osoba dříve zkušenost
- 2. znak:** *Potíže v sebeovládání* (v souvislosti s přístupem k látce, s užíváním látky) – problémy s kontrolou při zahájení a ukončení užívání látky, snížená kontrola ohledně množství užití látky
- 3. znak:** *Somatický odvykací stav* (přítomnost odvykacího abstinčního syndromu)



**4. znak:** *Nárůst tolerance* – k dosažení stejného účinku potřebuje uživatel vyšší dávku návykové látky, neboli stejné množství látky přináší uživateli slabší účinky

**5. znak:** *Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů* (na úkor užívání látky nebo jejího obstarávání či zotavování se z jejích účinků) – uživatel preferuje aktivity spojené s užíváním a věnuje jim stále více času

**6. znak:** *Pokračování v užívání přes zřetelné důkazy škodlivých následků* – uživatel neustává v užívání látky ani v případě nezvratných informací o poškozování své osoby po stránce tělesné, příp. v oblasti psychosociální (Nešpor, 2000, str. 16-25).

Pod označením **F1x.3** nalezneme **odvykací syndrom**. Tato diagnóza by měla splňovat: nedávné vysazení či redukci látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání; příznaky by měly být shodné se známými známkami odvykacího syndromu; příznaky nejsou vysvětlitelné somatickým onemocněním nesouvisejícím s užíváním látky a nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou.

„Potíže při odvykacích stavech často mívají opačný charakter, než jsou účinky látky. Tak u opioidů, které působí protikřečově, se objevují při odvykacích stavech křeče, při intoxikaci opioidy je patrné zúžení zornic, kdežto při odvykacím stavu jejich rozšíření. Toto pravidlo má ovšem své výjimky. Tak i při těžké otravě opioidy a zástavě dechu může dojít k rozšíření zornic.“ (Nešpor, 2000, str. 21).

**Psychotická porucha podmíněná psychotropními látkami** je v MKN 10 uváděna značkou **F1x.5**. Toto onemocnění je charakteristické smyslově živými halucinacemi, záměnou osob, bludy, vztahovačností, psychomotorickými poruchami a abnormálními prožitky. Diagnosticky jí vymezují následující znaky:

1. začátek nastal během užívání psychoaktivní látky nebo během 14 dnů po užití
2. psychotické příznaky trvají déle než 48 hodin
3. celkové přetrvávání poruchy je kratší než půl roku. (Nešpor in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000, str. 291).

Je nutné konstatovat, že tato závažná psychická porucha vyvolaná užíváním návykových látek se v prostředí zařízení pro výkon ÚV a OV vyskytuje, ale ne v podstatné četnosti – případy toxické psychotizace jsou ojedinělé.

Jako jediného zástupce procesuálních závislostí (zastoupeného v MKN 10) uvádím poruchu s označením **F63.0 - patologické hráčství**. Zkušenosti z posledních let však poukazují na vznik dalších poruch se znaky procesuálních závislostí, které vznikají a šíří se v důsledku mohutného rozvoje technologií a zrychleného životního tempa, které se dotýká nejen dospělé populace, ale i dětí a dospívajících. Některé další poruchové chování, které je možné označit jako závislostní, zmíním v závěru této kapitoly.

Patologické hráčství se řadí do kategorie návykové a impulzivní poruchy. V 10. revizi MKN se objevuje nově, nicméně Americká asociace psychiatrů ji mezi duševní poruchy zařadila již v roce 1980. Dle MKN 10 porucha spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. K směrodatným ukazatelům onemocnění patří trvale se opakující hráčství, které pokračuje anebo i vzrůstá přes nepříznivé

sociální důsledky, jako např. zchudnutí, narušené rodinné vazby a rozvrat osobního a pracovního života (Nešpor, 2000, str. 30).

Označení procesuální závislost je třeba vnímat jako zjednodušené, neboť tato porucha není závislostí v pravém slova smyslu, ale má se závislostmi mnoho společných znaků: zvýšené množství času, které návykový problém zabírá, zvyšování tolerance, zhoršené sebeovládání, odvykací stavy i pokračování navzdory škodlivým následkům.

#### **1.2.6.1 Návykové chování ve vztahu k počítačům, počítačovým hrám, internetu**

Ke konci kapitoly týkající se převážně látkových závislostí zařazují jako doplněk kapitolu zaměřenou na rizikový návyk na hraní počítačových her, př. vykonávání dalších jiných aktivit prostřednictvím počítače (jako např. surfování po internetových stránkách, komunikace s kamarády nebo neznámými lidmi prostřednictvím sociálních sítí, atd.). Všem těmto aktivitám je společná technologie – počítač, notebook, netbook, i – fon, inteligentní telefon.

Zmiňované rizikové návyky mají určité společné znaky s již uváděnou diagnózou patologické hráčství. Pro gamblera je jeho životní realita stále méně radostná a zvyšuje se jeho snaha unikat ze života k hazardní hře, do světa iluzorních představ o neskutečné výhře. Stejně tak i hráč počítačových her může vnímat virtuální svět hry jako lákavou náhražku nepřívětivého a složitého světa bez emoční podpory, bez sociálního uznání a ocenění (např. dítě sociálně neobratné, izolované). Hra každopádně nabízí vzrušení, zábavu, pocit úspěchu.

Přesto jde u počítačových her o poněkud jinou kategorii, kterou **nelze spojovat s termínem hazardní hra**. Švarcová obě formy patologických aktivit rozlišuje. Zdůrazňuje, že k hazardním hrám nelze řadit počítačové hry, přestože mají také svá rizika. Mohou škodit, pokud u nich člověk tráví dlouhé hodiny. Dítě např. nemá čas na přípravu do školy, zhoršují se mu komunikační dovednosti, sociální dovednosti, může zaostávat za vrstevníky, objevují se u něj zdravotní obtíže (vadné držení těla), nedostatek pohybu a další nežádoucí efekty. Některé počítačové hry kromě toho obsahují prvky agrese a nabízejí nevhodné modely řešení mezilidských konfliktů a maladaptivní vzorce chování (Švarcová, 2009, str. 58, 59).

Obecně je možné o závislosti na počítačích hovořit, pokud doba strávená u tohoto média přesahuje v týdnu délku cca. 40 hodin a je zřejmé, že jedinec z důvodu zabrání do hry zanedbává své další potřeby, např. nepravidelně jí a pije, zanedbává dobu potřebnou pro spánek, omezuje pobyt venku, mimo místnost, kde hraje. Postupně se také dostává do problémů v dalších oblastech života. V důsledku hraní zanedbává své školní nebo pracovní povinnosti. Ztrácí reálný kontakt se svými blízkými, ale i s vrstevníky (kromě propojení s těmi, se kterými hraje on-line hry).

Pro představu uvádíme **základní rizika spojená s nadměrným užíváním informačních technologií a hraní PC her:**

1. riziko nárůstu násilí a agresivity u jedince (hráč se na virtuálním násilí podílí aktivněji, než u jiných médií)

- nácvik a prožitek násilí; hráč pak může podlehnout lákadlu zkusit si v realitě to, co zažil ve hře (použije vzorec násilného chování, neboť není vybaven jinými vzorci)
  - změna v chování a jednání hráče – růst verbální a fyzické agresivity nebo pohotovosti k agresivnímu jednání (obojí může mít zdroj v hraní PC her); může dojít ke stavu určitého flashbacku, kdy si hráč představí, že je v herní situaci, přestože se nachází ve zcela reálné situaci
2. Rizika týkající se změny životního stylu hráče – ten mění své postoje, hodnoty, zájmy, důsledkem pak může být jednostrannost, plochost zaměření těchto pravidelných hráčů, nedostačivost v sociálním kontaktu, v sociálním cítění, v empatii, komunikační neobratnost (nebo neschopnost komunikovat v reálných situacích)
  3. Změny v oblasti fyziologické a duševní kvality. Změny vyplývající ze zanedbávání primárních i sekundárních potřeb (např. zhoršení tělesné kondice, nesprávné postavení opěrného systému v důsledku strnulé, nevhodné polohy při užívání PC, internetu; zhoršení zraku; snížení schopnosti koncentrace na jiné, než herní podněty, apod.)

### 1.2.7 Hyperkinetické poruchy (syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou)

Onemocnění bylo dříve označováno jako lehká dětská encefalopatie, později lehká mozková dysfunkce. Jedná se o soubor mnoha symptomů, které vycházejí z drobných, difúzních poškození mozkové tkáně (poškození jsou jak morfologického, tak neuroanatomického, neurofyziologického a psychofyziologického charakteru), ale dle některých poznatků má významný vliv i narušení metabolického systému neurotransmiterů (přenašečů nervového vzruchu). Příčiny těchto dysfunkcí spočívají jak v dědičném základu organismu, tak vycházejí z vrozených vlivů působících v prenatálním, perinatálním i postnatálním období. Podstatné je, že syndrom postihuje děti s průměrnou a vyšší intelektovou úrovní.

Dítě s hyperkinetickým syndromem je nadměrně živé v oblasti psychiky a motoriky, obtížně koncentruje pozornost, je obvykle emocionálně labilní, méně zdatné v manuálních a celkových motorických dovednostech. Může se u něj objevit opožděný vývoj řeči a často trpí specifickými poruchami školních dovedností. Janský na základě zkušeností s dětmi ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy popisuje základní symptomy poruchy z ohledem na výchovné vedení dotyčného jedince: „Z pedagogického hlediska se triáda základních příznaků (porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita) může negativně projevit následujícím způsobem:

1. **Porucha pozornosti**, projevující se menší koncentrací a vyšší únavností, snadnou odklonitelností pozornosti i sníženou schopností jejího rozdělování. Často se vyskytuje nadměrná roztržitost a tendence k perseveraci (motorickému i slovnímu ulpívání). ...

2. **Nedostatečné tlumení vnitřních impulzů**, mající výraz v nízké kontrole vzrušení a popudlivosti, překotném jednání, nebrzděném zasahování do všech situací, vykřikování, emoční labilitě s kolísáním nálad, nízkou frustrační tolerancí a obtížnou ovlivnitelností. ...

3. **Hyperaktivita**, projevující se nejen v neklidném, „neposedném“ chování, s nadměrným množstvím pohybů horních i dolních končetin, ale i neklidným spánkem s častými změnami polohy těla. Hypoaktivita bývá méně častá. Z hlediska poruchy motorických funkcí je možné diagnostikovat trhavé pohyby a třesy, generalizovanou nemotornost nebo neobratnost, špatnou jemnou vizuomotorickou koordinaci, někdy tiky a grimasování.“ (Janský, 2014, str. 76 – 78).

**Hyperkinetické poruchy** jsou v 10. revizi mezinárodní klasifikace nemocí uváděny pod značkou **F90**. Pod tímto označením jsou shrnuty jednak **porucha aktivity a pozornosti – F90.0** a též **hyperkinetická porucha – F90.1**. Tato současná označení zdůrazňují oblast projevů chování nemocných jedinců, dřívější názvy vycházely a zdůrazňovaly etiologickou stránku, příčiny vzniku poruchy. Některé z hlavních příznaků nalezneme pod dalšími diagnostickými kategoriemi **poruch psychického vývoje**. Zahrnují **F80 – specifické vývojové poruchy řeči a jazyka**, **F81 – specifické vývojové poruchy školních dovedností** (specifická porucha čtení, specifická porucha psaní, specifická porucha počítání, a další), **F82 – specifická vývojová porucha motorické funkce** (pohybová neobratnost spojená obvykle s určitým stupněm poškození výkonu v oblasti vizuálně kognitivní) a **F83 – smíšené specifické vývojové poruchy**.

Byť se v této práci držíme klasifikace MKN 10, považuji za důležité zmínit pohled americké asociace psychiatrů, který ve svém diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch – **DSM IV-R** uvádí onemocnění jako **poruchu pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)** nebo jako **poruchu pozornosti (ADD)**. U poruchy pozornosti s hyperaktivitou rozlišuje 2 základní typy:

\*U prvních převažuje motorická živost – hyperaktivita a okamžité, neuvážené reakce na zevní podněty – impulzivita. Je výrazněji zastoupen v chlapecké populaci a jeho příznaky jsou mnohem častěji provázány s poruchami chování a agresivitou. Zvýšená míra aktivity a impulzivity je spojená se sníženou schopností zorganizovat si své věci.

\*Druhý typ je příznačný převažující poruchou pozornosti. Má vyrovnané zastoupení u chlapců i dívek a do jeho symptomatologie patří více kognitivních a jazykových obtíží, ale také méně agresivity a poruch chování. Častěji se pojí s depresemi a úzkostnými poruchami. Postižené děti vykazují deficit v oblasti chápání sociálních pokynů a interpersonálních pravidel (Janský, 2014, str. 75).

Děti s hyperkinetickými poruchami se do prostředí dětských domovů a diagnostických ústavů dostávají velmi často. To souvisí s jejich náročností po výchovně - vzdělávací stránce a specifičností emotivity a navazování sociálních vztahů. Jedinci s hyperkinézou působí ve vrstevnickém / třídním kolektivu rušivým dojmem; obtížněji, až bouřlivě reagují na změny (mají nižší frustrační toleranci); jednájí dle okamžitých nápadů, impulzivně; snadno se vyčerpají, unaví a jejich výkon rapidně klesá. Nejdůležitějším momentem s ohledem na perspektivu kompenzace této poruchy je **zohledňující výchovný přístup a úprava vzdělávacích podmínek**

v co nejkratší době od diagnostikování syndromu. Pokud totiž k zohlednění specifických potřeb nedojde, jsou na tyto jedince kladeny požadavky, kterým z neuropsychických příčin nemohou dostat (a jsou konfrontováni s pocity neúspěšnosti, nedostatečnosti). Navíc se mohou ocitnout pod nadměrným výchovným tlakem, kdy jsou káráni a mnohdy i trestáni za projevy, které sami svojí vlastní vůlí nedokážou ovlivnit a korigovat. Vzniká zde tedy napětí mezi výchovným subjektem a nepřiměřenými objektivními požadavky (společenské normy, množství splněných úkolů, úprava vystupování jedince, apod.). Nemocný jedinec má pak potřebu pocíťovanou frustraci kompenzovat patologickými mechanismy, zvyšuje svoji agresivitu, počíná se vůči výchovným činitelům vymezovat, stavět do opozice. Na poruše aktivity a pozornosti tak vyrůstá související **porucha chování**.

Pešatová velmi výstižně hovoří o sekundárních symptomech na podkladě syndromu ADHD za předpokladu nevhodného výchovného vedení. Mezi druhotné příznaky řadí poruchy chování, poruchy osobnosti, neurotizaci, atd. Nedostatečná připravenost rodičů a stejně i vychovatelů na odlišnosti psychiky dítěte vede k posilování původních příznaků a k narušení sociálních schopností, k negativismu, apod. Neurotizace dítěte je častá; stupňuje potíže dítěte napětím a úzkostí. Dítě je nespokojené se sebou, s nezdary a neúspěchy, vytváří extrapunitivní – okolí obviňující postoje a reaguje odporem a poruchami chování. Dalším důsledkem bývá snazší vznik delikvence. Také riziko fixace poruch chování do povahových rysů je vysoké. Podílí se na tom především všeobecný systém odmítání dítěte, který paradoxně udržuje svými projevy a dostává se tak do **bludného kruhu**, který dále rozvíjí hyperaktivní syndrom. Původní organické příznaky postupně ztrácejí na důležitosti, porucha se vyvíjí takříkajíc na výchovné a socializační bázi. Situace vyžadující vyšší ovládnutí (výchovné situace v rodině, školní momenty) jen vyhrocují problémy dítěte. Porucha a schopnost prostředí tolerovat jedince se dostávají do rozporu (Pešatová in Červenka, Vojtová, et al., 2013, str. 15).

Na hyperkinetický syndrom se kromě poruch chování vážou i další přidružená onemocnění jako např. specifické vývojové poruchy školních dovedností (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie), balbuties – koktavost, primární i sekundární enuréza, zneužívání návykových látek, vč. alkoholu, tikové poruchy.

Výchovně – vzdělávací práce a zohlednění specifických projevů a potřeb takto postižených je zásadním faktorem v prognóze dalšího vývoje dětí s hyperkinetickou poruchou (a to nejen střednědobou – s dohledem do doby dospívání, ale i dlouhodobou s ohledem na schopnost vést samostatný, plnohodnotný život). Mezi **základní pedagogické přístupy** k dítěti s hyperkinetickým syndromem (syndromem ADHD / ADD) patří:

- převaha pozitivní stimulace nad negativním tlumením nežádoucích příznaků
- dodržovat základní pedagogickou zásadu – zásadu trpělivosti
- vyvarovat se dlouhých pracovních bloků, poskytnout dotyčnému dostatek prostoru pro regeneraci psychických a fyzických sil, prostor pro změnu typu činnosti
- zabránit vzniku pocitů méněcennosti, nedostačivosti (podporovat a chválit)
- ochránit dítě před rizikovými činnostmi, které dítě nemůže zvládnout, a které jsou pro něj v důsledku nebezpečné

- vytvářet harmonické pracovní, učební i domácí prostředí, minimalizovat vliv vedlejších rušivých podnětů
- pracovat dle možností v co nejmenších skupinkách
- namísto zvýšeného hlasu využívat spíše haptických signálů, komunikovat s dítětem dotykem, klidným hlasem
- s ohledem na problematiku dítěte s ADHD ve školním prostředí je třeba intenzivní spolupráce a sjednocení výchovného přístupu v rodině a ve škole
- podávat jednoduché a jasné pokyny
- ve výuce využívat multisenzoriálního přístupu; měnit podnětové kanály a tím udržovat pozornost dítěte čerstvou
- v hodnocení se osvědčuje zjednodušený symbolický systém (udělování bodů, obrázků, značek), hodnocení by mělo být spravedlivé s ohledem na možnosti dítěte

Starší názory přisuzující hyperkinetické poruchy výlučně dětskému věku a poukazující na vymizení jejích příznaků v dospívání a adolescenci jsou již překonány. Britští dětské psychiatři Alison Munden a Jon Arcelus v publikaci zaměřené výlučně na poruchu pozornosti a aktivity ohledně dlouhodobých perspektiv dětí s ADHD uvádějí: „Ukazuje se, že někteří lidé z poruchy ADHD časem ‚vyrostou‘, asi polovina postižených dětí se na prahu dospělosti projevuje normálně. Ostatní budou mít i během dalšího života významné potíže. Celkově se u 30-80% diagnostikovaných hyperaktivních dětí vyskytují příznaky, které přetrvávají až do dospělého života. Pokud se u nich podaří poruchu rozpoznat a správně léčit, mělo by být možné najít také profesi a životní způsob, který jim bude dobře vyhovovat a nebude jim přitom působit v životě zásadní potíže.“ (Munden, Arcelus, 2002, str. 103).

Naproti tomu Pavel Janský uvádí ještě aktuálnější údaje vypovídající o proměně symptomů hyperkinetické poruchy v průběhu přechodu do dospělého věku. Předkládá poznatky, dle nichž asi jedna třetina těchto „poruch“ fyziologicky vyzrává. U dvou třetin funkční oslabení přechází do dospělosti. Někteří jedinci je dokážou úspěšně kompenzovat (díky intelektovému potenciálu, dobrému sociálnímu zázemí a rovněž adekvátními výchovnými podmínkami), avšak v zátěžových situacích i u nich může dojít k selhání. Zbývající zhruba třetina jedinců má trvalé sociální problémy v podobě protispolečenského jednání a páchání kriminálních činů. Statistiky dokládají jejich vyšší podíl na dopravních nehodách, užívání návykových látek, jejich nižší vzdělání i sociální status (Janský, 2014, str. 76).

Pokud porovnáme starší výzkumy zabývající se četností výskytu hyperkinetického syndromu v lidské populaci s těmi současnými, zjišťujeme nepřehlédnutelný nárůst poruchy, a to v řádu několika procent. Ještě na konci 20. století trpělo některou formou poruchy ADHD 1 – 5 % celosvětové populace. Dle prof. Taylora z londýnského Institute of Psychiatry and the Maudsley Hospital v britské populaci trpí 1,7 % osob poruchou ADHD v závažnější formě (Taylor in Munden, Arcelus, 2002, str. 45). Současné výzkumy syndromu uvádějí cca. 15 % výskyt ADHD v dětské populaci a navíc vyvracejí názor, že porucha v průběhu vývoje zrání mozkových funkcí spontánně vymizí.

Vzhledem k tématu práce, přesněji k první z formulovaných výzkumných otázek, nás bude zajímat, zda výskyt hyperkinetických poruch bude u

dětí v prostředí ústavní a ochranné výchovy kopírovat výskyt v běžné populaci, př. zda bude odlišný. Stěžejním zjištěním by měl být fakt, zda je tato porucha skutečně nejčteněji zastoupeným psychickým onemocněním v institucionální výchově.

### 1.2.8 Smíšené poruchy chování a emocí

Z velkého souboru onemocnění „Poruchy chování a emocí“ se budu zabývat už jen **smíšenými poruchami chování a emocí** – pod značkou **F92**. Důvody jsem již uvedl v úvodu práce – pokud bych do psychiatrických onemocnění zahrnul i veškeré poruchy chování ve smyslu fenomenologickém, tedy poruchy pozorované a vnímané jako určitý jev (projev chování) – bez ohledu na etiologický podklad, pak bych skutečně ve svém výzkumu sledoval téměř všechny jedince umístěné v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Práce by pak postrádala smysl, tj. nedošlo by k rozlišení projevů a četnosti výskytu dětí s „regulérní“ psychiatrickou diagnózou a dětí s poruchou chování bez vazby na většinou endogenně podmíněnou psychickou poruchu.

Právě **smíšené poruchy chování a emocí** spadají do diagnóz, u kterých problémové chování je propojeno a vázáno na další vnitřní emocionální poruchy a disharmonie dotyčného jedince.

Lze je charakterizovat **jako kombinaci** trvale vzdorovitého, agresivního a disociálního chování s výraznou emoční poruchou a neurotickými symptomy. Kromě poruch chování se vyskytuje úzkostnost, bázlivost, fobie, hypochondrie. V případě, kdy se objevuje jasné a trvalejší depresivní ladění, smutek, nezájem, anhedonie, akuzace a beznaděj, které jsou střídány agresivitou, krádežemi, zneužíváním psychoaktivních látek a dalším asociálním jednáním, pak jde o **depresivní poruchu chování – F92.0** (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000, str. 322).

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize – Duševní poruchy a poruchy chování uvádí dále kategorii **jiné smíšené poruchy chování a emocí** pod značkou **F92.8**. Zdůrazňuje, že tato kategorie vyžaduje kombinaci **poruchy chování v dětství – F91** a trvalých, výrazných emočních příznaků – úzkosti, bázlivosti, obsese nebo kompulze, depersonalizace nebo derealizace, fobie nebo hypochondrie. Zlost a rozmrzelost jsou spíše rysy poruchy chování než emoční poruchy, a ty diagnózu ani nevylučují, ani nepodporují (1992, str. 237).

Tuto skupinu uzavírám konstatováním, že samotná psychiatrická obec nevylučuje případné oddělení této kombinované skupiny diagnóz od prostých poruch chování v dětství. Mezi poruchy chování byla kategorie smíšených poruch chování a emočních výkyvů zahrnuta z důvodu etiologického a terapeutického významu (příčinné prameny a způsoby léčby jsou shodné, jako u ostatních behaviorálních poruch).

## 1.2.9 Poruchy psychosexuálního vývoje

Psychosexuální vývoj se týká především 2 odlišných kategorií. Jde o **sexuální orientaci**, která může být charakterizována tím, co je pro daného jednotlivce eroticky atraktivní, ke kterému pohlaví je přitahován. Může se zde jednat o vývoj směrem k heterosexuality (tedy k zájmu o opačné pohlaví) nebo k homosexualitě (k zájmu o jedince shodného pohlaví), příp. k bisexualitě (orientace nerozlišená, jedinec je eroticky přitahován ke shodnému i k odlišnému pohlaví). Druhou určující kategorií je **pohlavní identita**, tzn. jak dotyčný sám sebe vnímá, jak se cítí - zda jako jedinec mužského či ženského pohlaví. Pohlavní identita se může překrývat se skutečným fyzickým stavem, s vyvinutím pohlavních znaků – tedy např. jedinec ženského pohlaví sám sebe vnímá jako ženu a jako žena je také uzpůsoben. (takový vývoj je v populaci nejčtenější). Opačným případem je nesoulad vnitřní představy o své identitě s fyzickou skutečností. Např. jedinec jednoznačně mužských pohl. znaků se vnímá jako žena. V obou uvedených případech může pohlavní identita souhlasit s pohlavní orientací, nebo se s ní rozcházet.

Pohlavní identita, vytvoření přináležitosti kurčitému pohlaví, je dotvářena přibližně do 3 – 4 let věku dítěte. K definitivnímu ustálení sexuální orientace dochází až v období adolescence.

V populaci dětí umístěných do dětských domovů, příp. diagnostických ústavů se ojediněle vyskytují jedinci, kteří prožívají nepříjemné erotické pocity z důvodu nesouhlasné pohlavní identity, anebo homosexuální či nevyjasněné sexuální orientace. Proto zde zmíníme **poruchu pohlavní identity v dětství**, dle MKN 10 označované značku **F64.2**. Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize – Duševní poruchy a poruchy chování charakterizuje onemocnění takto: „Poruchy, které se obvykle prvně projevují v raném dětství (v každém případě před pubertou), charakterizované přetrvávající intenzivní tísní z daného pohlaví, současně s přáním být (nebo trváním na tom, že je) opačného pohlaví. Přetrvávající zabývání se oblečením nebo činnostmi opačného pohlaví a (nebo) odmítáním vlastního pohlaví. ... Pouhé klukovské chování u dívek a dívčí chování chlapců není pro tuto diagnózu dostatečné. Tato diagnóza se nemůže stanovovat, když jedinec dosáhl puberty.“ (1992, STR. 189).

Rodiče dětí obvykle uvádějí, že první projevy chování příslušejícího k opačnému pohlaví zaznamenali kolem 3. roku věku dítěte. Porucha je často provázena vnitřní, nebo vnějškově projevovanou psychopatií. Je otázkou, zda může mít onemocnění vliv na možný vývoj k homosexualitě. Tento vliv je výrazný, nikoliv jednoznačný (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000, str. 347). U některých zasažených touto nemocí přetrvává vnitřní pocit „pobytu v těle opačného pohlaví“ až do adolescence a ti se rozhodnou pro dosažení změny pohlaví. Nastupuje pak hormonální léčba a operativní řešení změny pohlaví.



## 1.2.10 Suicidální chování, automutilace

Suicidální chování bývá v literatuře označováno jako porucha sebezáchovného pudu. Můžeme ho charakterizovat jako dobrovolné směřování k ukončení vlastního života. Záměrně hovořím o procesu směřujícím k určitému výsledku, neboť ukončení života – **dokonaná sebevražda**, je jedním ze stupňů sebevražedného chování – tím nejzávažnějším, protože nevratným. Následně vyjmenuji další stupně s mírnějším dopadem na život jedince s poruchovým jednáním vůči sobě samému. Celý proces postupného vývoje k dobrovolnému skoncování se životem může začínat **sebevražednými myšlenkami**, kdy se jedinec zaobírá představami, jaké by to bylo, kdyby zemřel, kdyby sám skoncoval se životem. Uvažuje, neveřejně, o důvodech, způsobu i dopadech své smrti. Úmysl zemřít však nemusí být jednoznačný. Vážnějším stupněm varujícím před možným patologickým směřováním jedince jsou **sebevražedné proklamace**. Zde již dotýčný své úvahy o skoncování se životem zveřejňuje. Pravděpodobným motivem ke zveřejnění suicidálních myšlenek může být snaha upozornit na svůj dyskomfort, potřeba získání pomoci zvnějšku. Dalším stupněm jsou **sebevražedné tendence**, tedy sklony k sebevražednému jednání (mohou zahrnovat různé přípravy suicidia, předmětů, kterými lze suicidium spáchat, obhlídky vhodného místa, různé formy sebepoškozujícího chování apod.). **Sebevražedný pokus**, neboli chování vedené úmyslem ukončit svůj život, které ale nebylo dovedeno do konce (z různých důvodů), je předstupněm k dokonanému suicidiu; hovoříme také o **nedokonané sebevraždě**. I zde může jít o snahu získat pozornost okolí, o nepřímé vyžádání terapeutické pomoci.

Důležitá je otázka, zda vlastně sebevražedné chování u dětí zahrnout do psychických onemocnění, když z podstaty věci jde o určitý projev – symptom, který může být projevem různých psychických onemocnění a stavů. Jak vysvětluje Koutek v Dětské a adolescentní psychiatrii, suicidální chování v žádné formě není samostatnou nozologickou jednotkou – diagnózou, lze je označit za syndrom a teprve podrobné psychiatrické vyšetření umožní případnou diagnózu stanovit. Existují odborné spory o tom, zda každá sebevražda je nutně projevem duševní choroby (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000, str. 405). Pro naše potřeby však budeme suicidální jednání vnímat jako projev nemocné dětské psychiky, který se nachází mimo běžnou normu a může velmi vážně ohrozit zdraví a život dítěte.

V zařízeních institucionální výchovy se pedagogický personál nezřídka setkává s **různými formami suicidálního chování** a ještě ve větší míře se **sebepoškozováním - automutilací**. S ohledem na vysokou rizikovost sebevražedného chování je ve většině takových případů nezbytné obrátit se na odbornou pomoc pedopsychiatra, který je oprávněn posoudit, zda se jedná o vážně míněný úmysl či zda jde o jednu z forem demonstrace subjektivních obtíží, které lze vyřešit reedukačními a terapeutickými prostředky v rámci výchovného zařízení.

Janský přehledně formuluje poznatky k problematice dětského suicidálního chování, včetně rizikových symptomů:

- *sebevražedné fantazie*: neplatí mýtus „kdo o sebevraždě mluví, ten ji neprovede“, pozor na skutečnost, kdy se sebevražda stává tématem, dítě ji pak v krizi může uskutečnit
- *agrese zaměřená proti sobě samému*: sebepoškozování je varovným signálem
- *subjektivní prožívání krize se zúženým vnímáním* – zaměřenost na vlastní neúspěch, krizi, křivdu; „nevidění“ pozitivních prvků v životě
- *výroky dítěte, které jsou charakteristické bezvýchodností*, postrádající otevřenou budoucnost
- *zvýšené riziko suicidálního jednání v období puberty a adolescence*: zvýšená nevyrovnanost a labilita v období dospívání, časté proměny emocí, prudké výlevy negativních pocitů, černobílé vnímání světa; v adolescenci pak procházení krizí identity, hledání smyslu života, zvýšená citlivost k hodnocení vlastní osoby
- u dětí v ÚV mohou být rizika zvýšená pocity nepřijetí a nálepkou „ústavních dětí“, tyto neradostné dojmy vedou k nízkému sebevědomí (Janský, 2014, str. 249, 250).

Rozhodně je třeba brát v úvahu skutečnost, že v období dospívání jsou sebevraždy 2. nejčastější příčinou úmrtí mladého člověka. Suicidální jednání může signalizovat depresivní poruchu nebo disharmonický vývoj osobnosti. Riziko sebevražedného jednání zvyšuje abúzus alkoholu nebo jiných návykových látek, rovněž alkoholismus v rodinné anamnéze, dlouhodobě problémové a poruchové chování, sociální izolace, školní neúspěšnost a další faktory.

Velmi důležitá je odborná psychologická a psychiatrická péče po proběhlém suicidálním pokusu s cílem vyloučení jeho opakování. V takovém případě je vhodné zahájit terapeutickou péči. Těsně po návratu do běžného života jsou děti nejpřístupnější analýze skrytých motivů a případných problematických momentů v rodinném prostředí (Marxtová, Marečková, 2007, str. 12).

K **autoagresivnímu chování** dětí ve formě **sebepoškozování** uvedu ještě několik poznatků, které vychází z mé osobní praxe v prostředí dětského diagnostického ústavu. Mezi dětmi v „ústavní komunitě“ je sebepoškozování často módní záležitostí, která se přenáší z jedné výchovné skupiny na druhou, z jednoho dítěte na druhé (k autoagresi disponované). Týká se ve větší míře dívek a někdy může být podpořeno sociální příslušností k EMO kultuře. Sebepoškozování se čteněji vyskytuje u dětí s mentální retardací, depresivních a psychotických jedinců, dívek s mentální anorexií; může být spojeno s vývojem k emočně nestabilní poruše osobnosti, popř. k hraniční poruše osobnosti. Ne vždy je autoagrese spojena se suicidálními úmysly. Často může jít o snahu šokovat své okolí, upoutat pozornost vrstevníků. Během sebepoškozování, např. pořezáním, poškrábáním dochází k uvolňování hormonů (vyplavují se katecholaminy) a k jistému uvolnění napětí. V souvislosti s tímto procesem se vytváří návyk spojený s úlevou – léčba automutilačních aktivit se pak podobá terapii závislosti.

## 1.2.11 Některé somatické projevy navazující na psychický dyskomfort dětí a dospívajících

### 1.2.11.1 Tikové poruchy

Tiky jsou bezděčné, mimovolní, rychle se opakující bezúčelné pohyby různých částí těla, někdy se zvukovým doprovodem. Může se jednat o celá gesta nebo pohybové projevy těla. Dle uvedeného se dělí na *motorické* či *fonační* a *jednoduché*, nebo *komplexní*. Některé tiky jsou na krátkou dobu vůli potlačitelné, ale nikoliv celkově odstranitelné. Pugnerová a Kvitová v Přehledu poruch psychického vývoje uvádějí, že tiky se zmírňují v klidu a při psychické pohodě, naopak ve stavu stresu a při duševním vypětí se zhoršují. V porovnání s tzv. neurotickými návyky jsou méně uvědomělé a mají značný sklon k přetrvávání. Základem léčby tikových poruch je úprava režimu a životního stylu. Při těžších projevech onemocnění je řešením psychofarmakologická léčba (Pugnerová, Kvitová, 2016, str. 128).

**Tikové poruchy** jsou v MKN 10 uvedeny pod diagnostickou značkou **F95**. Nejčastěji se vyskytují v mladším a středním školním věku (mezi 7 – 11 roky). Počet nemocných chlapců je v nižším věku téměř shodný s počtem dívek, s vyšším věkem chlapci převažují, a to až 3 – 4 násobně v období adolescence. Z hlediska psychických poruch u dětí v institucionální péči je dobré počítat s tím, že nejčastější komorbidní poruchou spojenou s tiky je hyperkinetická porucha. Vyskytuje se u 35 – 67% dětí s tikovou poruchou, což znamená, že přibližně polovina dětí s tiky trpí zároveň hyperaktivitou a poruchou pozornosti.

„Většina (96%) všech tiků je v oblasti hlavy, ramen a horních končetin. Z toho tiky v oblasti mimického svalstva tvoří 7 – 8 %. U dětí ml. školního věku může jít o určité známky neuroticismu v povaze a k tikům (zvláště ve stresu) se přidružuje onychofagie, enuréza, balbuties a projevy anxiety. Ačkoli si děti nestěžují na poruchy spánku, až 60% rodičů referuje o dlouhém usínání. Tiky se spánkem zmírňují, ale nemusí úplně vymizet a mohou se objevit ve všech spánkových stádiích (REM i nREM).“ (Malá, 2000, str. 352).

Matějček k tématu tiků dodává, že prvním vrcholem jejich výskytu je období zrychleného tělesného růstu dětí mezi 5. a 6. rokem při přechodném oslabení organismu. Další vývojovou fází častějšího výskytu je puberta. Tiky jsou neuvědomělé – dítě je samo nemůže ovládat. Jsou to zautomatizované pohyby mimického svalstva, např. pomrkávání, potahování nosem, pozvedání obočí, protahování ústních koutků, ale i složité grimasování celým obličejem. Někdy tiky ovládají i jiné svalové skupiny, objevuje se vytahování a vykrucování krku, trhavé pohyby ramen, vytřepávání rukou (Matějček, 1991, str. 280, 281).

### 1.2.11.2 Spánkové poruchy

**Poruchy spánku** jsou v klasifikaci MKN 10 označeny jako **F51** a zahrnuty do oddílu behaviorálních syndromů spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (kódy **F51.0 – F51.9**). Jsou v dětském věku velmi časté. Kvalita

spánkové činnosti neovlivňuje jen fyzické fungování člověka, ale má zásadní vliv na regeneraci psychické složky osobnosti, zásadně ovlivňuje mozkovou aktivitu v době bdělosti. Obtíže se spánkem a narušení spánkové aktivity je tedy zapotřebí včas diagnostikovat a věnovat se nápravě poruchy.

S ohledem na tematiku naší práce vybírám spánkové poruchy, které se týkají především dětského věku:

\* **Noční děsy – F51.4** charakterizuje výstižně Matějček jako stav, kdy se dítě probudí náhle hrůzou, hlasitě křičí, ale jeho vědomí je zúžené, dítě není zcela probuzené. Tento stav může trvat několik minut a dítě pak znovu usíná a ráno o ničem neví. Kromě dětí mohou noční děsy postihovat i osoby s depresivními stavy. Prozatím nebylo prokázáno, že by přítomnost nočních děsů měla vliv na psychický vývoj dítěte do budoucna (Matějček in Pugnerová, Kvitová, 2016, str. 122).

\* Od nočních děsů je třeba odlišit **noční můry – F51.5**, které jsou popisovány jako velmi živé, děsivé sny během spánku. Jsou spojeny s pocity úzkosti a strachu o vlastní zdraví a život. Dítě se při nich v hrůze probouzí a obsah svého snu si jasně pamatuje. Mohou se vyskytovat u dětí, dospívajících i dospělých po prožití traumatické události.

\* Zmíním také **neorganickou poruchu rytmu spánek – bdění – F51.2**, neboť se může vyskytovat u dospívajících (ale i dětí), kteří jsou umístováni do diagnostických ústavů a dětských domovů s poruchovým chováním (susp. poruchou chování). Tato desynchronizace přirozeného rytmu spánku a bdění může nastat u jedince, který v době obvykle určené pro odpočinek a spánek vyhledává jiné, pro něj atraktivnější aktivity, např. návštěvy nočních podniků, barů, diskoték apod. Také se však může týkat dětí, které vykazují **návykové chování ve vztahu k technologiím** a tráví noční čas hraním PC her, popř. komunikací na sociálních sítích. Spánkový deficit pak zákonitě doplňují v denní době, kdy by měli bdít a účastnit se běžných aktivit. Taková převrácenost fází spánku a bdění musí však trvat po dobu min. 1 měsíce.

\* Pugnerová a Kvitová uvádějí ještě tzv. **somatické stesky**: „Ze somatických stesků jsou nejčastější bolesti hlavy, břicha, problémy s dýcháním, apod. U dětí tyto stesky nejčastěji souvisí s tzv. obranným mechanismem *konverze*. Jedná se o to, že u dětí je vazba mezi psychickou a somatickou složkou silnější než u dospělých. Proto úzkostnější děti reagují na zátěž somatickými doprovody, které jim však rodiče často nevěří a podezřívají je, že si vymýšlí.“ (Pugnerová, Kvitová, 2016, str. 123).

### 1.2.11.3 Neorganická enuréza a enkopréza

Porucha s názvem **neorganická enuréza** je v MKN 10 označena jako **F98.0**. Jedná se o pomočování, tedy mimovolní vyprazdňování močového měchýře u dítěte staršího 5 let. Jde o vývojově podmíněnou poruchu, která vzniká pomalejším dozráváním mechanismů regulujících tvorbu a vylučování moči. Rozlišujeme *noční pomočování – enuresis nocturna* a *denní pomočování – enuresis diurna*. Noční enuréza se vyskytuje v 80% případů, kombinované noční i denní pomočování u 15% enuretiků a čistě denní enuréza u 5% nemocných. Dále dělíme onemocnění na **primární enurézu** – zde se u dítěte nevyskytlo „suché období“ bez pomočování, dítě se pomočuje kontinuálně od narození a **sekundární enurézu** – zde se po období

pomočování na určitý čas (min. ½ roku) vyskytla perioda bez tohoto projevu a dítě se opětovně začalo pomočovat. Při hledání příčin sekundární enurézy se obvykle zvažují psychické důvody – možná duševní traumata, jako rozvod rodičů, nástup do mateřské školy, přestěhování, narození sourozence apod. Aby bylo splněno kritérium neorganické poruchy, je třeba vyloučit možné organické důvody pomočení, jako infekci močových cest, orgánový defekt či nedostatek hormonu vazopresinu, regulujícího snížení tvorby moči v noci. Enurézu je zapotřebí rozlišit od inkontinence moči – mimovolnímu úniku moči z organických příčin.

U klientů v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy se poměrně často setkáváme s noční enurézou, a to i u dětí středního a staršího školního věku. Je to moment značně traumatizující a vedoucí k dalším sociálním dysfunkcím. Takový jedinec např. tvrdošjně odmítá vstávat a odejít do školy – stydí se, aby nebylo odhaleno, že jeho postel je pomočena; jindy zase vzrůstá jeho agresivita a snaha ostatní ponížít (aby tak snížil dopad jeho nedostačivosti, popř. pomyslně „vrátil“ ostatním nepříjemné pocity, které sám musí prožívat v důsledku své poruchy). U dětí s enurézou (zejm. sekundární) je zapotřebí hledat příčiny v rodinných a sociálních vazbách a možných stresových a traumatizujících situacích. Tyto prekurzory mohou mít souvislost s dalšími výchovnými problémy sledovaného jedince.

**Neorganická enkopréza** s označením **F98.1** je charakterizována jako mimovolní vyprazdňování konečnicku u dětí starších 4 let (při normálním stavu stolice a bez zjištěné organické příčiny). Opět rozlišujeme enkoprézu primární – k mimovolní defekaci dochází kontinuálně od narození a enkoprézu sekundární – nastalou po období udržování čistoty. Často bývá enkopréza spojena s enurézou (celkově se vyskytuje v menší četnosti než pomočování).

Enkopréza může znamenat, že dítě ještě nedospělo do fáze kontroly svěračů konečnicku, nebo že dítě do fáze kontroly svěračů dospělo a z určitého důvodu tuto schopnost opět pozbylo. Forma uvolňování stolice na nevhodných místech (mimo toaletu či nočník) může být také do určité míry **protestní** – tzn. dítě má vyměšování stolice pod volní kontrolou, ale z důvodu manipulace okolím (dospělými, dětmi) se vyprázdňuje na místě, které k tomu není určené (může jít o reakci na trest, snahu o „potrestání“ druhých, odvetu za domnělou nespravedlivost).

„Nejméně závažné jsou případy dětí, jež si tzv. ušpiní kalhoty, neboť se soustředily na jinou činnost a včas si neuvědomily svou potřebu. V takových případech dítěti častěji připomínáme možnost dojít si na toaletu, neboť se může jednat o slabší nervovou konstituci a náprava spočívá především v postupujícím vyspívání CNS.“ (Matějček in Pugnerová, Kvitová, 2016, str. 124).

Stejně jako u pomočování tak i u enkoprézy je zapotřebí vyloučit organické postižení, které by mohlo být příčinou nechtěného úniku stolice. Může se jednat o neurologickou příčinu (neschopnost vnímat nutkání na stolici), nedostatečné vyvinutí svalů konečnicku, nebo jejich trvalé povolání. V této souvislosti opět zmíním děti umístované do diagnostických ústavů a dětských domovů. V případě výskytu enkoprézy je nezbytné zabývat se *možností pohlavního zneužití* dotyčného jedince (proniknutí do konečnicku s následkem narušení svěračů konečnicku). Zejména je tato hypotéza na místě v případě současného narušení rodinných vztahů, př. v rodině

doplněné o partnera matky. Enkoprézu v souvislosti s análním pohlavním stykem je nutné vyloučit i u starších dětí předčasně sexualizovaných, př. u dětí prostituujících.

#### 1.2.11.4 Psychosomatické projevy u dětí

Psychosomatická onemocnění je možné vnímat jako doplněk a rozvinutí jiného psych. onemocnění, př. poruchy chování, nebo problémového chování. Zde se tedy onemocnění sdružuje s jiným problematickým momentem dítěte. Z jiného pohledu můžeme na psychosomatická onemocnění pohlížet jako na tělesný výraz nějakého psychosociálního konfliktu, náročné životní situace. Psychosomatická nemoc se zde stává adaptivní reakcí na obtížně řešitelný problém v životě dítěte. Psychika jedince transformuje vnitřní konflikt do některé tělesné obtíže, do somatického symptomu. Malá v Dětské a adolescentní psychiatrii trefně uvádí, že konverze konfliktu do somatického příznaku je provázána úlevou vznikající vymizením úzkosti a přinášející dětskému pacientovi dvojí zisk: konflikt nevstupuje do vědomí (zůstává uzavřen v podvědomých strukturách psychiky) a navíc tělesný příznak vzbuzuje pozornost, lítost a podporu okolí. Není však jasné, proč některé dítě ve stejné situaci a při shodné rodinné konstelaci vyvine disociativní symptomy, jiné fobie, další poruchu chování a některé situaci prostě zvládne (2000, str. 375).

Mezi hlavní psychosomatické poruchy objevující se v prostředí diagnostických ústavů a dětských domovů patří **psychogenní kašel**. Je vnímán jako zůstatkový projev po proděláním onemocnění dýchacích cest. Vyskytuje se u dětí mladšího i staršího školního věku.

Další z psychosomatických poruch se týká zažívání – **bolesti břicha a zažívací obtíže**, které se mohou objevovat náhle, nárazově, anebo jde o opakující se problém každodenního životního rytmu (zapojení „osvědčeného“ modelu přítomnosti tělesného onemocnění do běžného života). Zde se často tělesné příznaky vážou na hlavní psychiatrické onemocnění, *smíšenou úzkostně – depresivní poruchu*. Objevují se více v mladším a středním školním věku, u adolescentů spíše výjimečně. Zde musím připomenout, že ani tyto obtíže nelze vnímat jako dětský výmysl a podvádění se zdravotním stavem. Reakce na zátěž a problém jsou nevědomé a dítě obtíže skutečně pociťuje, byť nejsou nalezeny žádné příčiny jeho zhoršeného zdravotního stavu.

**Psychogenní zvracení** se vyskytuje nejčastěji u dětí mladšího školního věku. Formuje se většinou jako maladaptivní reakce na akutní zátěžovou situaci, např. separaci od rodičů v podobě odchodu do školy anebo na blížící se lékařské nebo zubní ošetření. Projev je často spojen s hypersenzitivitou a úzkostností dítěte a též s hyperprotektivním, ochraňujícím výchovným stylem rodičů.

Poslední z uváděných psychosomatických poruch jsou **bolesti hlavy**. „S bolestí se setkáváme již u nejmenších dětí, ale nejčastěji ve školním věku. Rodinná predispozice se odhalí zvláště tam, kde bolesti mají migrenózní charakter. ... Děti jsou spíše samotářské, senzitivní, jsou charakterizovány jako poslušné, ctižádostivé, někdy až s perfekcionistickými rysy. Rodina je centrována na úspěch. Tyto charakteristiky bývají kombinovány s tvrdohlavostí a otevřeným odporem až agresivitou, dochází-li k frustraci. Frustrační tolerance bývá nízká.“ (MALÁ, 2000, STR. 378).

Kromě výše uvedených (častých) psychosomatických odpovědí těla na různé typy zátěže rozeznáváme ještě další, méně tradiční tělesné reakce přímo spojené s prožíváním a celkovým psychickým stavem. Profesor Matějček v Praxi dětského psychologického poradenství upozorňuje, že do kategorie psychosomatické obtíže je možné zařadit i **kompensační projevy**, jako např. typické *přejídání dětí trpících psychickou deprivací* v ústavních zařízeních, ale i v rodinách, které neplní svou psychosociální funkci. Zčásti sem autor řadí také některé **neurotické návyky, automatismy a stereotypie** deprivovaných dětí. Uvádí, že u školních dětí zachycuje v praxi obvykle stížnosti určitější, konkretizované – jde o **bolesti břicha, bolesti hlavy, záchvaty slabosti** (omdlévání), **poruchy trávení a zažívání** atd. Mezi příčiny se přidávají (na rozdíl od předškolního věku) *faktory subjektivní*: snaha uniknout nepříjemnostem, vyhnout se škole, upoutat úzkostnou pozornost rodičů, „potrestat“ je za jejich domnělou nebo skutečnou přízeň, polekat je, pomstít se apod. U starších dětí se také častěji setkáváme se simulací, někdy i velmi rafinovanou (Matějček, 1991, str. 272).

## **1.3 Metody a prostředky výchovného ovlivnění dětí s problémy v chování**

### **1.3.1 Základní metody reedukace v etopedické praxi**

Speciálně pedagogické působení na jedince v rámci etopedické péče se soustředí na 3 základní procesy, metody práce (3 druhy aktivit). Tyto metody práce se zabývají jedincem v různých fázích rozvoje problémového / poruchového chování. Jedná se o **prevenci, intervenci a rehabilitaci** (v oblasti etopedie dochází k uschopnění v sociální oblasti – výstižněji lze rehabilitaci označit jako **resocializaci**, při které dochází ke změně vztahu jedince a okolního sociálního prostředí). K jednotlivým postupům se stručně vyjádříme v následujících podkapitolách.

#### **1.3.1.1 Prevence**

Jedná se o systém cílených informací, postupů, komunikačních technik a kontaktů s jedinci, na které hodláme působit. Jde o předcházení vzniku poruchových, v dané kulturní a sociální oblasti patologických způsobů chování. Prevenci v etopedii rozdělujeme na několik stupňů. Na prvním místě by měla nastoupit **prevence primární**. Ta je zaměřena na cílovou skupinu dětí, které ještě nemusí být přímo ohroženy vznikem poruchy chování, příp. sociálně nepřijatelným chováním. Týká se dětí z hlediska chování v normě.

**Prevence sekundární** je už mnohem cílenější a je zaměřena na děti, u nichž se vyskytují rizikové faktory, které mohou v průběhu vývoje jedince přerůst v problémové projevy. Zde mohou podotknout, že dětí vyžadujících sekundární prevenci, tedy dětí v riziku poruchy chování, je v zařízeních pro výkon ÚV a OV značné množství (zejména v dětských domovech se školou a diagnostických ústavech). Techniky sekundární prevence se již nezabývají předcházením vzniku poruchy, ale minimalizováním vlivu rizikových faktorů na dítě, př. neutralizací nevhodných modelů v jednání.

Věra Vojtová k tomuto stupni prevence uvádí hlavní úkoly etopedie:

- \* **identifikace** rizikových faktorů v prostředí a v procesech
- \* **eliminace** rozvoje a vlivu rizikových faktorů, jejich odstranění
- \* **poznání** charakteru problémů
- \* **zvyšování kompetencí pedagoga**, který jedince učí; cílem je podpořit setrvání jedince v přirozeném edukačním prostředí (*oproti řešení s nařízením ÚV a OV*)
- \* **pomoc jedinci** s problémovým chováním orientovat se ve vlastních projevech
- \* **odstraňování** ohrožujících a škodlivých aspektů v sociálních podmínkách dítěte
- \* **pomoc sociálnímu okolí** jedince orientovat se v rizikové situaci

(Vojtová, 2009, str. 116).

#### **1.3.1.2 Intervence**

Intervenci ve smyslu etopedickém vnímáme jako určitý zásah, cílený vstup do situace konkrétního jedince s problémovým chováním. Cílem takového



zásahu je zpravidla podpora náhledu jedince na vlastní poruchové chování, zastavení jeho rozvoje a prohlubování problému. Současně jde o reorientaci rizikového jedince směrem k aktivitám a programům, které mohou snížit jeho zájem o neproduktivní nebo nevhodné aktivity a závadové vrstevnické skupiny.

„Při intervenci je hlavním úkolem předem naplánovat zásah, který by sledoval řešení určitého konkrétního problému. Jde o pedagogická opatření, která zasahují do přirozených sociálních životních situací jedince s poruchami (problémy) emocí a chování.“ (Vojtová in Vojtová, 2009, str. 118).

Intervenční strategie respektují jedince v riziku, př. s problémovým chováním komplexně – speciální pedagog **vnímá takového jedince jako ucelenou bytost** a zohledňuje jej v celkovém kontextu (sociální, osobnostní a vzdělávací potenciál a rozvoj). Důležitou zásadou při poskytování etopedické intervence je rovněž její **včasnost**. Měla by předcházet závažným problematickým momentům v životě jedince a ne naopak. V rámci intervence by mělo dojít k propojení poznatků a ke spolupráci odborníků různých oborů (**zásada multidisciplinarity**). Tato zásada je zvláště důležitá v případě dítěte, u kterého dochází k rozvoji poruchového chování a zároveň je psychicky nemocné a potřebuje pravidelnou péči pedopsychiatra. Neopomenutelným cílem etopedické intervence je získat jedince pro spolupráci na osobní změně, **vtáhnout jej do kooperace** s poskytovatelem intervenčního zásahu.

Hlavní úkoly etopedie ve fázi intervence dle Vojtové:

- \* **eliminace**, př. odstranění zdroje nežádoucích vlivů
- \* **probuzení zájmu**, pohotovosti; usměrnění aktivit
- \* **podpora důvěry** (i sebedůvěry), sebeúcty
- \* **posilování pozitivních sociálních vztahů** jedince k sobě samému i k druhým
- \* **pomoc jedinci** s orientací ve vlastním chování, v reakcích okolí na něj
- \* **poznávat a vyhodnocovat chování jedince** v přirozených i navozených situacích
- \* **motivovat jedince** k jiným modelům chování
- \* **posilovat odolnost dítěte** k negativním vlivům okolí (Vojtová, 2009, str. 118).

### 1.3.1.3 Rehabilitace - Resocializace

V procesu rehabilitace je obsažen cíl opětovného navrácení jedince k prosociálním strategiím, k chování, které je společensky akceptovatelné. Rehabilitace v oblasti etopedie je zaměřena na jedince s poruchou chování (různého typu a intenzity). Probíhá jednak v prostředí zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy v době plnění soudního rozhodnutí, kterým bylo dítě do některého typu zařízení umístěno, ale pokračuje také po ukončení tohoto pobytu. V průběhu časově limitovaného diagnostického pobytu v DDÚ, př. ještě během návazného reedukačního pobytu v zařízení typu DDŠ (dětský domov se školou) lze jedince nasměrovat a nastartovat převýchovné a ozdravné procesy směřující k určitým změnám v chování dotyčného dítěte. Nicméně proces reedukace, aby mohl být považován za efektivní, musí nezbytně pokračovat i po návratu dítěte do přirozeného prostředí (buď v původní rodině, nebo v náhradní rodinné péči - v pěstounské rodině, př. v osvojení).

Vojtová formuluje hlavní úkoly etopedie ve fázi rehabilitace:

- \* pomoc jedinci s poruchami chování a emocí orientovat se ve svém soc. prostředí
- \* vytvářet **prostor pro budování důvěry, sebeúcty a kvalitních vztahů** se sociálním okolím
- \* poskytnutí korektivní zkušenosti, zprostředkování nových zážitků a podnětů
- \* poskytnout prostor pro **chápání vztahových souvislostí a hodnot**
- \* pomoci vidět a vnímat **vlastní perspektivu**
- \* **zprostředkovat soc. zážitky** s cílem vytvoření pocitu odpovědnosti a kompetence
- \* vytvářet **nový systém hodnot**
- \* **poznávat a vyhodnocovat chování**, reakce samotného jedince a souvislosti těchto projevů
- \* vytvářet **příležitosti pro budování nových** (prospěšných) **modelů** chování  
(Vojtová, 2009, str. 118).

### 1.3.2 Metody nepřímého reedukačního působení (indirektivní metody)

Metody výchovného působení můžeme v základním pohledu dělit na metody přímého působení a metody nepřímého působení.

**Metody přímého působení** chápeme svým způsobem jako tradiční metody ovlivňování jedince nebo celé skupiny. Při využívání těchto metod si edukovaný jedinec je vědom toho, že je na něj výchovně působeno. Tento moment je problematický zejména u dětí a mladých osob, které mají výraznější problém s respektováním autorit a dostávají se s různými typy „vychovatelů“ do disharmonických sociálních interakcí. Tak je tomu i u mnoha dětí umístěných do institucionální výchovné péče. Tyto metody selhávají ve vývojových fázích pubescence a adolescence. Podobně přestávají účinkovat u dětí s psychiatrickým onemocněním nebo ve chvílích, kdy se vychovávaný jedinec dostává do afektivně vyhroceného stavu a významně klesá jeho schopnost sebekontroly. Mezi metody přímého působení zahrnujeme např. *metody mravního uvědomování* (rozumové instrukce, citové a názorné působení, rozvoj morálního úsudku atd.)

Naproti tomu **metody nepřímého působení** lze považovat za mnohem efektivnější než přímé metody. Nepřímé působení totiž nevzbuzuje ve vychovávaném odpor a tendenci bránit se. Mimo jiné nemá vychovávaný potřebu dokazovat svým vrstevníkům, že se jen tak nenechá od dospělých komandovat a řídit (a způsob vnímání svými kamarády a vrstevníky je ve zmíněných kritických obdobích významným motivantem). Sluší se zde citovat slova velikána naší i světové pedagogické psychologie a znalce dětské duše, Zdeňka Matějčka: „*A jak už jsme vícekrát připomněli, nejvíce vychováváme, když se nijak nestylizujeme, když nic nehrajeme, ale chováme se upřímně.*“ (Matějček, 2000, str. 92).

V následujících podkapitolách zmíním několik základních postupů nepřímého výchovného působení. Také v mé praxi spec. pedagoga DDÚ se nepřímé výchovné metody ukázaly jako dětmi lépe akceptované než přímé působení. Jejich funkčnost je v prostředí reedukace a resocializace dobře patrná, neboť nalézají uplatnění při prevenci averzivních reakcí na přímý výchovný tlak.

### 1.3.2.1 Využití vlivu skupiny, případně jednotlivců

Tato metoda se také nazývá využití skupinového mínění, tlaku vrstevníků. V prostředí institucionální výchovy je možné ji využívat v průběhu skupinových sezení – při terapeutické skupině, na komunitě. Předpokládá, že pedagog má přehled o postojích a názorech ostatních a má představu o tom, kdo může svým sdělením dotyčného jedince posunout pozitivním směrem. Pedagog musí být rovněž schopen navodit situaci, v níž se skupina semkne v jednotném pohledu na daný problém. Pedagog, který skupinové sezení řídí, by měl rovněž odhadnout, které z dětí je schopno svůj názor a pohled vyslovit a předat spolužákovi.

Využití vlivu skupiny či jednotlivce v sobě nese několik rizikových momentů. Jako první bychom měli mít na paměti *riziko nevhodného působení jedince*, jehož názory jsou v dané skupině obecně dobře přijímané, ale z výchovného hlediska nevyužitelné. Zde velmi záleží na tom, jaká je aktuálně atmosféra ve výchovné / rodinné skupině, jaké je sociální klima skupiny. Ve skupině s převahou asociálně laděných jedinců je pravděpodobné, že i uznávaní, atraktivní jedinci budou nositelé nevhodných společenských postojů (i když i tato skutečnost může mít své výjimky a jedinec s obvykle závadovými názory nejednou překvapí otevřeně formulovaným korektivním stanoviskem k projevu jiného člena skupiny).

Dalším reálným rizikem, které se může vyskytnout ve specifickém, z velké míry uzavřeném, prostředí výkonu ústavní a ochranné výchovy, je *riziko zneužití postavení (pravomoci)* jedincem využívaným pedagogem k ovlivnění druhých. Toto riziko by mělo být minimalizováno jasným postojem vychovatele, který nepředává některému z vychovávaných své výchovné pravomoci, pouze v určité situaci využívá vhodně jeho postoje a pohledu. Pokud však dojde k nepochopení tohoto pedagogického momentu, pak se snadno takto posílený jedinec začíná vnímat jako ten, kdo může pedagoga „zastoupit“, příp. převzít jeho pravomoci ve chvílích, kdy se mu jeho edukační působení jeví jako neúčinné, nedostatečné. Je třeba zmínit, že pro některé pedagogy v reedukačních zařízeních (zejména DDŠ a DDÚ) může být zmíněný model pohodlným způsobem, jak si ulehčit práci s náročnou skupinou nebo jak například zvládnout usměrnění jedince s psychickou poruchou.

Při aplikování metody využití skupinového mínění je vhodné mít na zřeteli naše osobní nastavení směrem k celé skupině. Je výhodné, aby pedagog měl s každým členem skupiny navázán otevřený vztah, aby měl povědomí o jeho momentální náladě, o problémech, které aktuálně řeší. Je proto nezbytné, aby pedagog postupoval směrem ke každému jednotlivci jako k osobnostní individualitě – zásada individuálního přístupu. Doporučujeme vyhnout se nevhodným metodám působení na celý kolektiv nebo menší skupinky dětí – zejména máme na mysli nevhodné využití účinku kolektivního trestu, nadbytečné používání negativní zpětné vazby (kritiky), mentorování všech členů skupiny. Je vhodné se vyhnout všem dalším generalizacím a paušálním hodnocením, ve kterých se „ztrácí“ jedinec. Pokud se dokáže vyvarovat těchto nevhodných výchovných postupů, otevírá se mu cesta k efektivnímu využívání skupinového názoru, skupinového tlaku v případě potřeby ovlivnění jednotlivce.

### 1.3.2.2 Působení denního režimu

Režimová metoda je postavena na navození jistého řádu, časového a prostorového uspořádání činností. **Režim definujeme jako:** soubor určitých pravidel, řád, jenž je často formulován nejen ústně, ale i písemně. K písemnému pojednání režimu náleží i sankce za nedodržení stanovených pravidel. Režim v sobě obsahuje i určitou časovou posloupnost jednotlivých činností.

Rozeznáváme různé typy režimů. Dle **pevnosti**, „**utaženosti**“ se pohybujeme na škále od *velmi přísného, pevného režimu* až po *režim volný, liberální* na opačném pólu. Dále dělíme režimy **dle délky trvání:** na *krátkodobé, momentální* (využité např. na exkurzi), přes *střednědobé*, až po *relativně trvalé*, které nalézají využití např. ve věznicích, léčebnách nebo v rodině.

Nedostává-li se jedinci režim – řád, pak jej vystavujeme působení stresových faktorů. Bez určitého řádu chybí pocit jistoty, bezpečí a pravidelnosti. Místo toho nastupuje nejistota a zmatek. V prostředí institucionální výchovy pak je pravděpodobné, že umístěné děti budou takovou nejistotou zasaženy a destabilizovány (pravděpodobně budou mít snahu vytvořit si vlastní alternativní režim, strukturu, která nahradí chybějící režim vystavěný zvnějšku).

### 1.3.2.3 Využití reálných životních situací

Využití běžných denních situací, které přináší každodenní provoz a činnosti probíhající v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, je jedna z možností, jak na jedince s problémy v chování působit. U dítěte s psychiatrickým onemocněním může být rozbor reálné situace vhodnější cestou k pochopení, že ono samotné může v některých momentech udělat změnu – jednat jinak, než jak bylo doposud zvyklé. Rozhovor, příp. přehrání konkrétní situace může vést k pochopení vlastních reakcí, ale i k náhledu na reakce ostatních aktérů dané situace.

V prostředí výchovného zařízení dochází mnohdy opakovaně k některým situacím, které lze označit jako **modelové situace**. Dítě se v nich dostává stejným způsobem do okamžiku, který nedokáže řešit konstruktivně, ale naopak jej opakovaně řeší pro sebe neefektivní (konfliktní, sebedestruktivní) cestou. **Jako příklad může sloužit drobná situace:** *chlapec si na komunitním sezení opakovaně sedá k jinému hochovi, který jej vždy během komunity přiměje ke společné nekázní (nejprve šepotu, později poutání pozornosti ostatních, vtipkování, až odmítání zapojení do společných aktivit) – situace obvykle ústí do korektivního zásahu pedagoga, vedoucího komunity (s různě silnou intenzitou)*. Poté, co je tento opakující se moment chlapci ozřejmen a zároveň je dán prostor pro pojmenování situace jím samotným, může dojít k poznání a uvědomění, že tento způsob trávení komunity je sice chvilkově „zábavný / příjemný“, ale v důsledku nevede k tomu, co samotný chlapec očekává (za předpokladu, že je v dlouhodobějším úseku zainteresován na pozitivním hodnocení jeho výsledků – což mu přináší výhody zásadnějšího charakteru).

Nechci však zapomenout ani na využití skutečných situací, které vyznívají pro dotyčného jedince pozitivně a je vhodné je jejich analýzou a zdůrazněním upevnit. **Opět můžeme uvést jeden příklad:** během skupinové práce dochází k rozdělení do dvojic (volným výběrem). Jedna dívka ve chvíli, kdy zjistí, že se nedostane do dvojice se svými vrstevnicemi, ujímá se chlapce s projevy poruchy ADHD a přijímá ho do dvojice k sobě (nikdo jiný by to dobrovolně neudělal – chlapec je neklidný, obtížný). Následující úkoly plní spolu a dívka se v podstatě stará o to, aby chlapec jednotlivé úkoly zvládl, aby byl schopen je pochopit a vůbec se na ně koncentrovat.

Situaci následně můžeme využít k podpoře takového prosociálního jednání starší dívky. Postupujeme tak, aby sama dívka mohla tento svůj (do určité míry obětavý) krok popsat a reflektovat, jaké pro ni měl důsledky (v čem cítila přínos, v čem byla situace složitá). Vyzvedneme její samostatné rozhodnutí k vytvoření takto nerovnoměrné dvojice. Zároveň však využijeme tuto konkrétní situaci pro pozvednutí sebevědomí dotyčného nemocného chlapce – pojmenujeme tento moment jako potvrzení skutečnosti, že on je pro dalšího člena skupiny důležitý, je bráný jako rovnoprávný partner a (dle průběhu jednotlivých společně plněných úkolů) je zřejmé, že může být přínosným pomocníkem. Takový moment může být pro hendikepovaného hochy v jeho sebenáhledu významně autokorektivním.

Při zpracovávání konkrétních výchovných situací je vhodné respektovat několik zásad, které napomáhají jejich efektivnímu dopadu na další projevy výchovného subjektu:

- \* **Časový odstup od situace** - pokud se jedná o emočně vypjatou situaci (zejména konfliktního rázu), je vhodné ponechat pro analýzu situace určitý odstup, během něhož dojde ke zklidnění emocí a vytvoření prostoru k racionálnímu uvědomění
- \* **Osobní odstup od vlastní role v situaci** – pro některé jedince je jednodušší hovořit o své roli v reálné situaci odosobněně (jakoby se vzdálit a podívat se na sebe zvenčí)
- \* **Zdůraznění prostoru pro subjektivní pohled** – cílem této nepřímé výchovné metody rozhodně není pouhé pojmenování situace pohledem vychovatele; jde vždy o možnost hledání významu proběhlé situace z pohledu dítěte jako účastníka (tedy navozujeme otázky: Co jsem mohl udělat jinak?, Čemu se příště vyhnu?, Co mi v situaci pomohlo?, Co fungovalo, co jsem zvládl?)
- \* **Stavíme na pozitivních prvcích situace** – pokud je to možné, zaměřujeme se na kladné momenty v situaci, poskytujeme podporu a upevňujeme sociálně využitelné způsoby jednání

#### 1.3.2.4 Práce s navozenou výchovnou situací

Výchovné využití navozené situace a hledání jejího řešení je možné nazývat také „inscenační metodou“. V každém případě zde pedagog využívá situaci uměle vytvořenou, připravenou (a pokud možno s promyšleným vyzněním a vhodným vyústěním). Může jít přímo o **dramatizaci** některé vybrané situace. Pedagog navodí určité téma, jež je ve skupině nějakým způsobem aktuální a které je zapotřebí otevřít. Někteří ze členů výchovné / rodinné skupiny se následně stávají

„aktéry“ daného tématu a na základě svých osobních životních zkušeností (nebo představ o životě) jej sehrají. Aktéři mohou být vybráni přímo pedagogem, nebo se mohou sami přihlásit ke ztvárnění situace. Ve skupině, která je kooperativní a určitou dobu společně fungující, nebývá nouze o zájemce k sehrání dané situace. Další proměnnou se stává osoba „režiséra“ – tato role může zůstat v rukách pedagoga, ale také může být svěřena některému členu skupiny s cílem zjistit, jak by danou situaci rozvíjel on.

Dramatizace bývá mimořádně působivým a dětmi oblíbeným způsobem, jenž využívá různě složité formy dramatického projevu i vnímání. Může jít o „hraní na něco“ až po složitější „divadelní scénky a představení“. Hraní rolí ve známých pohádkách nebo fantazijních příbězích umožňuje intenzivní abreakci i patogenních citů. Děti obvykle „scénky a divadlo“ hrají rády (vyjma dětí výrazně introvertních a trpících pocitu méněcennosti), především v mladším a středním školním věku (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000, str. 63-64).

### 1.3.2.5 Využití vlivu prostředí

Předpokládám, že zde nemusíme prokazovat komplexnost vlivu prostředí na život člověka. To, co nás obklopuje, nás zároveň i utváří a proměňuje naše vlastní reakce na naše vnitřní pochody, ale i reakce na sociální podněty (tedy podněty přicházející od druhých osob, kterými jsme obklopeni).

Termín prostředí je možné chápat v několika různých významech. My se budeme soustředit především na mikroprostředí výchovné instituce (mezo- a makro prostředí ponecháme stranou, přestože i to lze při vlivu na jedince využívat). Rozeznáváme tzv. **hmotné – materiální prostředí** a též **prostředí sociální**. Pokud se budeme držet představy dětského domova či diagnostického ústavu, můžeme účinně ovlivňovat obojí. V kapitole *Působení denního režimu* se zmiňujeme o jedné z forem ovlivnění prostředí. V následujících bodech se pokusím formulovat další formy práce s prostředím:

\* **Členitost a funkční rozmanitost prostředí** – jako vhodné lze označit výchovné prostředí, kde je pro různé druhy činností vymezen různý prostor (uspořádaný dle charakteru činnosti); členitost napomáhá přirozenému vzniku dětských skupinek a vzájemnému nerušení se s ostatními členy skupiny

\* **Možnost výběru vhodného prostředí** – do určité míry je možné, aby si chlapec či dívka sami zvolili, ve které části volně přístupných prostor by chtěli trávit svůj čas – provádět konkrétní volnočasovou aktivitu

\* **Možnost využít vlastní (oddělený) prostor – „koutek samoty“** – toto prostorové opatření je zvláště aktuální v prostředí zařízení typu DDÚ a DDŠ, kde jsou umístěné děti často pod nepřetržitým dohledem pedagogů (vyžaduje to jejich výchovná náročnost a leckdy nízká úroveň samostatnosti), a navíc v těsném kontaktu s ostatními členy své skupiny; potřeba trávit chvíli osamotě je tedy přirozená a pochopitelná a z hlediska zásad duševní hygieny vysoce potřebná – ideálně postačuje stavebně oddělený prostor, kde je možné relaxovat, číst, napsat dopis apod.

\* **Prostor pro pohybové odreaování dětí** – taková prostorná místnost, ideálně vyložená pěnovými deskami (minitělocvična), je vhodná, pokud v zařízení pravidelně pobývají hyperkinetické děti, děti s častější potřebou pohybu a další.

\* **Participace umístěných dětí na tvorbě prostředí** – zde platí zásada „na čem jsem se sám podílel, toho si více vážím“; zkušenosti nám potvrzují, že i děti s vážnými výchovnými problémy mají zájem svůj prostor upravovat a vylepšovat dle svých představ – je dobré jim to umožnit

\* **Urychlená náprava poškozené části vybavení** – k tomuto by mělo docházet nejlépe za využití úsilí a pomoci jedince, který k poškození vybavení svým chováním přispěl (ať už s úmyslem, nebo bez něj)

Pokud do stávajícího prostředí (již předtím nějak stavebně i sociálně pojatého) zasáhneme s cílem ovlivňovat jedince, kteří se v tomto prostředí pohybují a vykonávají různé činnosti, dochází k takzvané **pedagogizaci prostředí**. Termín je zavedený a používáný Blahoslavem Krausem v době předrevolučních náznaků sociální pedagogiky na základě publikace I. Furlana Pedagogizace životního prostředí (Kraus, 1985, str. 683). Ve sborníku sestaveném s dalšími autory Kraus uvádí: „Pedagogizovat (organizovat), intervenovat do prostředí znamená vlastně využít prostředí jako ‚výchového prostředku‘. Uskutečňováním změn v prostředí a jejich prostřednictvím působíme na vychovávaného a ovlivňujeme jeho jednání. Vzhledem k tomu, že většina vychovávaných (především např. v období puberty) má onoho přímého výchovného působení (příkazů, zákazů, mentorování) ‚plné zuby‘ a vytváří si jakousi bariéru, stává se proti tomuto působení imunní, pak právě ovlivňování prostředím, navozováním podmínek se jeví jako cesta schůdnější, hlavně efektivnější, byť zdánlivě vedená jakoby oklikou.“ (Kraus, 2001, str. 108).

Výchovně zasahovat do prostředí, ve kterém se odehrávají aktivity s dětmi, můžeme např. při přípravě skupinové klubovny před terapeutickou skupinou vedenou etopedem či psychologem – *úprava sezení, sestavení židlí do kruhu* (podpora rovnoprávného postavení, zprůchodnění komunikace). Úprava prostředí se týká i *snížení hlučnosti prostoru* – ať už úpravou povrchu podlahy a stěn, nebo krátkodobě uzavřením oken vedoucích na hlučnou silnici. Úprava sociálního prostředí může směřovat k různému způsobu *zvýraznění „mluvčího“*, který prezentuje třídu či skupinu na komunitním hodnocení (barevný šátek, vyvýšený stupínek, odlišná pozice...). Pedagogizací prostředí je i systém stravování skupiny ve společné jídelně – Jsou rozdělené služby, nebo se každý obsluhuje sám?, Čekáme na zahájení jídla společně, nebo každý začíná stravování, jakmile má polévku?, Podléhá vydávání hlavního jídla domluvenému pořadí, nebo si jídlo bereme dle potřeby? I tyto zdánlivě banální maličkosti ovlivňují chod výchovného zařízení a fungování jedinců v něm.

Otázku atmosféry, neboli klimatu ve skupině dětí (konkrétně v třídním kolektivu) předkládá také Průcha (2013, str. 343). Zabývá se otázkou zda určující vliv na utváření klimatu třídy (analogicky i rodinné skupiny) má především žák – resp. soubor žáků a jejich jedinečné vlastnosti, chování, struktura celé skupiny nebo je hlavním tvůrcem klimatu učitel, jenž z titulu své role má pro formování atmosféry třídy největší předpoklady. Zásadní, klíčové dovednosti pedagoga zahrnují právě schopnost vytvářet ve třídě pozitivní klima.

„Fungování určitého klimatu ve třídě, jak je doloženo výzkumnými nálezy, se zřejmě realizuje prostřednictvím různých mechanismů, zejména:

- komunikačními a vyučovacími postupy, které učitel používá;
- strukturami participace žáků ve vyučování;
- preferencemi a očekáváním učitelů k žákům;
- klimatem, či „étosem“ školy, jejíž součástí je určitá třída.“ (Průcha, 2013, str. 344)

Tyto nehmátelné, vztahově – postojové a komunikační faktory jsou stejně významné, ne-li důležitější než faktory materiálně – prostorové. Zdůrazním prvek participace žáků / dětí na procesech probíhajících ve třídě či rodinné skupině. Právě podpora spoluúčasti na fungování (a zčásti i řízení) skupiny podporuje pozitivní vztah jednotlivce k prostředí, ve které je nucen dočasně pobývat. Stejně významné jsou preference a očekávání učitele nebo vychovatele. Mohou ke skupině doslova „otevřít dveře“ a vést k téměř dokonalé souhře jejích členů, anebo naopak podpořit vznik meziosobních bariér. Prevencí negativního vývoje klimatu skupiny je mimo jiné schopnost sebereflexe a autoevaluace vlastních pedagogických výsledků a rovněž umění přijímat zpětnou vazbu kolegů i žáků. Takové osobnostní kvality je zapotřebí rozvíjet a trénovat např. v rámci sociálně – psychologického nebo uceleného psychotherapeutického výcviku.

Kromě vybraných metod nepřímého / indirektivního výchovného působení rozeznáváme celou škálu dalších metod, jimiž je možné působit na skupinu resocializovaných dětí a na jednotlivce, který je součástí této skupiny. Souhrn nejrůznějších metod výchovného působení může být užitečný i pro srovnání s praktickou částí práce, kde se v kvalitativním výzkumu zaměřujeme na efektivitu pedagogických metod a postupů, jak byly zhodnoceny samotnými respondenty výzkumu (viz 9. a 10. otázka osobních rozhovorů). Kaleja v pojednání o reedukačním procesu v etopedické praxi uvádí souhrn přímých i nepřímých metod reedukačního působení dle S. Kučerové a později P. Vacka:

#### **Metody přímého působení (direktivní metody) –**

\* mravní vysvětlování \* mravní poučování \* kladení požadavků \* přesvědčování \* vedení s prvky přinucování a donucování (příkazy, zákazy, pověřování úkolem nebo funkcí) \* trénink chování \* hodnocení s jasnou sankcí (odměna a trest) \* podpora sebehodnocení s jasnou sankcí (odměna a trest) \*

#### **Metody nepřímého působení (indirektivní metody) –**

\* vzor \* režim a řád \* vedení založené na důvěře (vyjádřené očekávání, slib, závazek, výstraha) \* pozitivní sociální prostředí s otevřenou komunikací (klíma, pozitivní postoje, očekávání) \* vyvolávání a tlumení emocí (empatie, agitace, degradace, eliminace a sublimace, řešení konfliktů) \* diskuse (řešení dilemat) \* mechanismy kontroly (vnitřní, vnější) \* samospráva, sebevýchova

(Kučerová, Vacek in Kaleja, 2013, str. 201, 202).

„Setkáváme se i s jinými metodami, jejichž charakter v závislosti na interpretaci, resp. podání může být jak direktivní, tak indirektivní: sugesce, příkaz, pokyn, nabídka, návrh, alternativa, příklad, výklad, aktivní naslouchání, mlčení ad.“ (Kaleja, 2013, str. 202)



### 1.3.3 Příklady použití některých terapeutických metod využívaných ve speciálně pedagogické praxi

Kromě výše uváděných speciálně pedagogických postupů a metod přímého a nepřímého výchovného působení (vycházejícího ze sociálně pedagogického pohledu na vzájemný vztah jednotlivce a „jeho“ sociální skupiny) je vhodné, aby pracovníci v zařízeních institucionální výchovy využívali nejrůznějších postupů, technik a metod psychoterapeutické praxe. Takové postupy jsou založené na dobré znalosti psychologických procesů a stavů jedince, vyžadují respektování osobnosti klienta, bez ohledu na jeho minulost, a v neposlední řadě jsou podmíněné určitou úrovní osobnostní zralosti, stability a sebepoznání pedagoga, zařazujícího terapeutické prvky do svého programu. Julius Sekera ve své práci Komunitní systém v resocializačních zařízeních pro adolescenty: Mezilidské vztahy personálu v resocializačních zařízeních pro adolescenty v této souvislosti upozorňuje: „V reedukační praxi se poměrně hojně uplatňují různě terapeuticko – formativní, terapeuticko – korektivní, terapeuticko – stimulační, terapeuticko – kognitivní a jiné techniky. Jejich využití však zpravidla vyžaduje příslušnou kompetenci terapeuta. Tu zpravidla získává absolvováním dlouhodobého kurzu specializovaného na aplikaci vybraných metod a technik v terapeutické práci.“ (Sekera, 2008)

#### 1.3.3.1 Vedení terapeutického deníku

Vedení terapeutického deníku patří k základním metodám komunitní práce s klienty v různě zaměřených léčebných zařízeních. Do terapeutického deníku zapisuje klient denně – buď v průběhu celého dne, nebo k večeru na závěr dne. Deník je určitým odrazem myšlenek a úvah klienta, je reflexí denních událostí a situací, jež byly klientem vnitřně zpracovávány. Deník se v pravidelných intervalech odevzdává terapeutovi, který k pročtenému obsahu přidává své písemné postřehy, náměty a úvahy. Je to tedy jeden z komunikačních kanálů mezi klientem a vedoucím. Terapeutický deník je možností, kdy terapeut / vedoucí nebo speciální pedagog může nahlédnout do niterných představ klienta / dítěte (např. v případě, kdy je pro klienta slovní sdělování obtížné nebo má z nějakého důvodu k němu odpor).

Určitou variantu terapeutického deníku lze rovněž využít u dětí dlouhodobě pobývajících v dětských domovech a diagnostických ústavech. Zde je možné deník vydat cíleně - pouze některým vybraným dětem, u kterých je pravděpodobné, že jsou schopné zaznamenávat písemně své myšlenky a že jim tento způsob abreakce může pomoci ve zvládnutí svých emocí, své situace.

Práce s terapeutickým deníkem se řídí některými základními pravidly. Deník je **osobní vlastnictvím jedince** – nikdo, kromě jeho samotného a určeného pedagoga (který mu deník vydal), nemá právo do něj nahlížet. Obvykle část deníku zůstává skrytá i zraku pedagoga (např. několik stránek od zadní obálky deníku) – **neveřejná část deníku** je prostor ke zcela niterným a nezveřejňovaným myšlenkám. Pedagog do těchto záznamů nevstupuje. Někdy je možné, aby jedinec na závěr každého dne zapsal tzv. **„nejdůležitější informaci dne –NID“**. Zaznamenává tedy jakési poselství, sdělení, které na něj v průběhu dne nejvíce zapůsobilo.

Terapeutický deník v prostředí ústavní a ochranné výchovy může mít význam především u dětí méně sdílných hlasovou řečí (obtěžně komunikujících), u jedinců s úzkostnými (neurotickými) a depresivními poruchami, u kterých se v psaném projevu velmi často zrcadlí jejich narušený psychický stav (a díky tomu je možné zvolit odpovídající druh podpory). Deníková terapie je vhodná i u dívek či chlapců ve středním a starším školním věku, kteří s oblibou zaznamenávají své reakce a postřehy k tomu, co se v nich, př. v jejich okolí děje. Pro ně je deník určitou formou psychohygienické očisty.

### 1.3.3.2 Kontraktování – psychologické dohody

Psychologické dohody / smlouvy neboli kontraktování je způsob pedagogicko – psychologické práce s dětmi v institucionální péči. Dle mých osobních zkušeností jsou nejčastěji využívány speciálními pedagogy v diagnostických ústavech, méně v dětských domovech se školou a jen výjimečně v dětských domovech.

Kontrakt, smlouva zavazující jedince ke splnění konkrétního dohodnutého cíle a zároveň zajišťující nárok na získání určité (jedincem vybrané) výhody, je metodou, která rozšiřuje spektrum motivačních pobídek daného hodnotícího systému. Je velmi prospěšná v situacích, v nichž se u dítěte snižuje snaha o dosahování pozitivního hodnocení, pochval a odměn. K takovému stavu postupné demotivace dochází u dětí dlouhodobě neúspěšných, u dětí, u kterých dochází k tzv. labellingu (jsou pedagogy „onálepkování“ jakožto jedinci neukáznění, nepřizpůsobiví, někdy i nenapravitelní...), ale také u dětí určitým způsobem hendikepovaných. **Demotivace se tedy ve zvýšené míře týká dětí hendikepovaných psychickou poruchou, onemocněním.** Např. dítě s diagnostikovaným syndromem ADHD nebude v mimoškolních činnostech vyžadujících delší koncentraci tak úspěšné jako ostatní jedinci. Dítě trpící generalizovanou úzkostnou poruchou pravděpodobně nebude získávat pozitivní ocenění v souvislosti s aktivitou a poskytováním tvořivých nápadů a podnětů komunitě. Jedinec se zvýšenou pohotovostí k agresivním raptům bude mít rozhodně menší šanci získávat pozitivní „body“ za přínosné a vstřícné vztahy s dalšími členy skupiny.

Výše uvedeného jedince, jenž začíná propadávat hodnotícím systémem daného zařízení, je z mnoha důvodů výhodné udržet zainteresovaného na zisku pozitivních pobídek. Pedagogická práce s výrazně demotivovaným jedincem je složitá a někdy nesmírně namáhavá. Demotivovaný chlapec či dívka odmítají reagovat na běžně fungující pedagogicky navozené motivy a tím se nejen stávají pedagogicky neformovatelní, ale dostávají se do stále větší izolovanosti od ostatních členů skupiny. Psychologická dohoda v tu chvíli může zafungovat jako podpora ve chvíli, kdy se jakákoliv snaha může zdát marná.

Při vyjednávání kontraktu by speciální pedagog měl v úvahu vzít jednak cíl - odměnu, které by chtěl dotyčný jedinec dosáhnout, ale také jeho reálné schopnosti – co je pro něj přiměřeně splnitelný úkol. **Respektujeme tedy zásady:**

- výběr úkolu ke splnění provést tak, aby vycházel z pedagogických požadavků směrem k subjektu, ale **zároveň byl i reálně splnitelný**

- **formulace cíle**, kterého by chtěl dosáhnout, vlastními slovy subjektu
- **nastavení termínu** – doby sledování plnění úkolu tak, aby vycházel ze schopnosti jedince a byl v uchopitelném dosahu od uzavření dohody
- při vyhodnocování splnění daného úkolu se **přesně držet smyslu tohoto úkolu** (pokud nebyl splněn, nemůže být udělena výhoda – odměna)
- při vyhodnocování dohody **se soustředit výlučně na jednání / úkol, který je předmětem dohody**; ostatní okolnosti a chování nemají na cíl dohody vliv
- v případě nesplněného úkolu **nabídnout subjektu nový náhradní úkol**, ve kterém může usilovat o stejnou, nebo podobnou odměnu
- vhodné je psychologickou dohodu uzavírat písemným způsobem
- s pravidly a možnostmi uzavírání psychologických dohod by měl být seznámen nejen dotyčný jedinec, ale i ostatní členové skupiny

### 1.3.3.3 Korektivní emoční zkušenost

„Korektivní sociální zkušenost s vrstevníky je neméně důležitým účinným faktorem. V otevřené interakci s nimi má dítě možnost konfrontovat vlastní city s výrazy emocí druhých dětí, ověřovat si své hodnotové preference, morální postoje a společenské normy. Přitom je pro mnohé děti zvláště cenná zkušenost pozitivního přijetí ze strany druhých dětí, ocenění a respektování od vrstevníků, k čemuž terapeut svým osobním vzorem napomáhá.“ (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000, str. 250).

### 1.3.3.4 Muzikoterapie

Dalších několik podpůrných psychoterapeutických metod, vč. muzikoterapie, již našlo své pevné místo ve speciálně – pedagogické praxi. Muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie a další **expresivní, kreativně – umělecky zaměřené způsoby práce s klientem** mají své neopominutelné místo rovněž v reedukační praxi zaměřené na osoby s poruchovým chováním, osoby s různým stupněm narušení v oblasti sociálních a interpersonálních vztahů.

V prostředí institucionální péče se muzikoterapie využívá různými způsoby. V některých případech se postupuje skutečně systematicky a děti se účastní čistě muzikoterapeuticky zaměřených skupin / sezení. Ve většině zařízení jsou však využívány prvky muzikoterapie, jež jsou zařazeny do dalších aktivit s více či méně terapeuticky zaměřeným programem.

Mastnak a Kantor rozlišují využití muzikoterapie ve dvou odlišných procesech, dvěma různými způsoby:

- *muzikoterapie jako sekundární proces* – v tomto případě terapeutická intervence začleňuje hudební a zvukové aplikace do procesu, který není primárně muzikoterapeutický; použití hudebních technik se zde podřizuje povaze primární intervence – nevychází z kompaktního teoretického systému muzikoterapie

- *muzikoterapie jako primární proces* – je samostatnou svébytnou terapií, která má vlastní diagnostiku, evaluaci, dokumentaci, atd. (Mastnak, Kantor in Müller a kol., 2014, str. 276).

Muzikoterapeutické postupy mohou být velmi prospěšné a funkční v terapii poruch chování u dětí umístěných v institucionální péči. Velmi dobře jsou přijímány zejména **kreativní muzikoterapeutické techniky**, a to i dětmi, jejichž poruchové projevy jsou podmíněny bází psychiatrického onemocnění – např. děti s ADHD syndromem obvykle s nadšením využívají možnost sebeprojevení prostřednictvím *orffova instrumentáře* (různé rytmické nástroje, dřívka, drhla, zvonky, perkuse); dětem s úzkostnou či depresivní poruchou může vyjádření pomocí melodického / rytmického nástroje vyhovovat více než verbální řečové vyjádření.

Wehle v publikaci *Terapie ve speciálně pedagogické péči* uvažuje o tom, zda se aktivní (v našem pojetí kreativní) muzikoterapie řadí více k nástrojům speciálně pedagogickým či terapeutickým: „Ať už jsou to psychoneurotické poruchy (deprese, hysterie, atd.), léčba narkomanů nebo oblast psychosomatiky, aktivní muzikoterapie se používá při četných možnostech. Naproti tomu v oblasti psychotických onemocnění jsou možnosti zásahu omezené. Stanovit přesnou hranici mezi muzikoterapií a speciální pedagogikou je těžké: Obvykle se mluví o speciální pedagogice, pokud se jedná o primární postižení.“

Na hranici mezi speciální pedagogikou a terapií leží zpracování řečových poruch, jako je koktání. Často je tato péče pokládána za terapeutický zásah – patří to však většinou do oblasti speciální pedagogiky. Naproti tomu u poruch chování by se spíše mělo mluvit o terapii, přestože tu dochází i k zásahu speciálních pedagogů.“ (Wehle in Pipeková a Vítková, 2001, str. 36).

Soudím, že v obou výše uvedených případech využití muzikoterapie je stěžejní, aby realizátor muzikoterapeutických aktivit byl v tomto směru řádně proškolen a vzdělán (absolvoval min. kurz muzikoterapie, v lepším případě sebezkušenostní výcvik zaměřený na muzikoterapeutické postupy v terapii). Další podmínkou účinnosti této metody a spontánní spolupráce dětí je *jasné a zřetelné vymezení muzikoterapie* – oddělení od hudební výchovy, ve většině využívaných technik i od aktivního provozování hudby (tak jak je chápáno v naší kultuře). Tímto způsobem je možné se lépe přenést přes obvyklý ostych a obavy účastníků terapie ze spontánního sebeprojevení. Představy o muzikoterapii jako o prostoru povinného provozování hudebních aktivit mohou být překážkou, blokem v zapojení jedince do nabízených kreativních muzikoterapeutických technik.

**Receptivní využití muzikoterapeutických technik** podporuje schopnost prožívat a pojmenovávat různorodé pocity a nálady. Je vhodné např. u jedinců, jejichž schopnost vnímání vlastních emocí a též emočního rozpoložení druhých je oslabeno.

Laická představa o muzikoterapii je spojena právě s posloucháním hudby jako způsobem terapie – s *receptivní muzikoterapií*. Tento názor se dá vysvětlit tím, že lidé každodenně pociťují vliv hudby, která kolem nich zní. Málokdy ale zakouší účinky vlastního provozování hudby. Ve skutečnosti je v terapii mnohem silněji zastoupeno aktivní provozování hudby (WEHLE IN PIPEKOVÁ, VÍTKOVÁ, 2001, STR. 35).

### 1.3.3.5 Arteterapie

Oblast expresivních terapií, jež využívají výtvarných postupů a vlastní „umělecké“ tvorby účastníků, je nesmírně široká a pestrá. **Arteterapie je expresivní - výrazovou terapií.** Umožňuje, podporuje a dále zpracovává vyjádření vlastního vnitřního světa, zveřejňované a prezentované samotnými účastníky terapeutického procesu. V arteterapii je na rozdíl od dalších výrazových terapií nesmírně velký prostor pro analýzu a „diagnostiku“ výtvorů, výrobků a produktů, které při terapeutickém procesu vznikají. Pro realizátora arteterapeutických sezení nemusí být vždy jednoduché potlačit vlastní pohled a nutkání sdělit svoji interpretaci vytvořeného artefaktu, aniž by předtím dal dostatečný prostor pro vlastní reflexi výrobku jeho tvořiteli. V některých případech je dokonce kontraproduktivní sdělovat subjektivní výklad dítěti, pro které je mnohem cennější, nalezne-li ve výtvoru svoji vlastní interpretaci (už proto, že ji takto může lépe přijmout a využít).

Potměšilová v nedávno vydané Terapii ve speciální pedagogice zdůrazňuje (Potměšilová in Müller a kol., 2014, str. 77): „Vymezení exprese či výrazu nám poukazuje na hlavní princip, cíl a práci v expresivních terapiích. Jedinec má možnost prostřednictvím umělecké formy vyjádřit své vlastní pocity, nálady, stavy. Již toto samotné vyjádření mu pak může přinést potřebný efekt. Jinou možností, která opět jedinci může přinést potřebný efekt, je reakce okolí na jeho vyjádření.“

Dále definuje arteterapii ve dvou různých pojetích. **V širším pojetí** ji chápe jako zastřešující pojem pro všechny další expresivní terapie – ve smyslu každého využití jakýchkoliv uměleckých forem při práci s klientem. Arteterapie je tedy nadřazeným termínem pro ostatní expresivní – výrazové terapie: pro dramaterapii, muzikoterapii, biblioterapii, poetoterapii nebo taneční terapii. **V užším pojetí** arteterapie v práci s klientem využívá pouze výtvarných uměleckých forem. V České republice, konstatuje Potměšilová (in Müller a kol., 2014, str. 77), se ve většině pojetí definuje arteterapie právě tímto užším pohledem.

Dalším členěním arteterapie s ohledem na počet účastníků je rozlišení na **individuální** (zabývající se jedním účastníkem) a **skupinovou arteterapii** (která se zaměřuje na různě početné homogenní, nebo heterogenní skupiny účastníků).

Jednou z realizačních forem arteterapie může být **kreativní práce v kontaktu s keramickou hlínou**. Zkušenosti s klienty v DDÚ Plzeň naznačují, jak jsou terapeutická sezení v keramické dílně dětmi žádaná a jak současně naplňují mnohé z terapeutických cílů expresivní terapie. Podle míry terapeutického či artefaktního pojetí práce se můžeme rozhodnout pro různé typy aktivit, jako např.:

- *hlína je pouze okamžitým nástrojem, komunikačním partnerem, kterého účastníci sezení využívají čistě terapeuticky (obvykle dle jednoduchých instrukcí vedoucího), hrouda hlíny slouží jako materiál k odreagování negativních pocitů, naopak jako materiál k abstraktnímu ztvárnění svých pozitivních pocitů; hlína odčerpává přebytek energie, slouží jako představa blízkých osob jedince, ke kterým se může vymezit a určitým způsobem s nimi manipulovat (vzniklé tvary jsou zpravidla v závěru opět zpracovány a vráceny do společné úschovny hlíny)*

- *hrouda hlíny je zpracována a slouží pak k vyjádření určitého společného terapeutického zadání* – celá skupina pracuje na stejném zadání, každý však individuálně; témata se týkají osobních záležitostí jedince, vracejí se do jeho minulosti i anticipují budoucnost a vývoj dítěte
- *celá skupina je instruována k vytvoření společného artefaktu* – všichni pracují dohromady a mají k dispozici společný (přiměřený) díl keramické hmoty; hromadný výtvar je pak společně reflektován s ohledem na vzájemnou spolupráci a kooperaci
- *zadání arteterapeutického úkolu vykazuje volnější hranice*, příp. jsou členové skupiny ponecháni bez zadání s instrukcí: „vytvořte to, co vás právě teď napadne“, „vyrobte to, co máte nejvíc rádi...“ anebo „vytvořte to, co chcete vytvořit“ – děti následně pracují na svém vlastním nápadu (každý má jiné téma výrobku); tento postup jen zdánlivě může působit jako volný a méně náročný – naopak **pro mnohé děti takto široké zadání představuje obtíž v podobě nejasnosti a chybějící pevné instrukce**; tyto výtvary jsou již na požádání dítěte zachovány / vypáleny
- jako poslední zmiňuji typ aktivity, který je již na pomezí výtvarné výchovy a do psychoterapeutických metod práce by spíše neměl patřit: *instrukce pro skupinu dětí je shodná, ale zadané téma není nijak přímo provázáno s osobnostním rozvojem jedince*, ani nevychází z jeho sebereflexe a dalšího prožívání – *téma práce je vedeno výtvarnými představami* (pro jeho zařazení do technik arteterapie může hovořit schopnost dětí kooperovat při práci, zařazení společné reflexe na závěr sezení a projekce některých osobních charakteristik do původně neutrálního výtvaru).

V rámci pravidelných arteterapeutických setkání mají jedinci umístění v DDÚ Plzeň možnost reflektovat své vlastní prožívání a specifické tvůrčí vyjadřování, mohou posunovat svůj sebeobraz, realizují své vlastní představy (v bezpečném prostoru terapeutické skupiny se skupinovými pravidly), mají možnost nacházet shodné prvky svých artefaktů s výtvarnými druhými, učí se poskytovat a přijímat zpětnou vazbu, nacházejí a budují své vlastní hranice.

### 1.3.3.6 Dramaterapie

Tato oblast expresivních podpůrných terapií má v oblasti speciální pedagogiky, a tedy i v etopedické práci s klienty, své neopominutelné místo.

Dramaterapie, podobně jako muzikoterapie, může být využita dvěma odlišnými způsoby. Při činnosti s dětmi se můžeme zaměřit na **vytváření a směřování kurčitému prezentovatelnému výsledku** (např. ve formě scénky, skeče, malého představení apod.) – pak tedy využíváme dramaterapeutických postupů spíše ve smyslu hraní určených rolí, vcítění se do prožívání dané postavy, př. k společné tvorbě jistého příběhu. Jedná se o postupy bližší **dramatické výchově**.

Druhou možností je zaměřit se na **expresi vnitřních obsahů psychiky účastníků dramaterapeutické lekce** – vycházet z jejich osobitých potřeb a nápadů. Při tomto postupu není podstatný výsledek a jeho prezentace (kromě prezentace okamžitých výsledků individuálních nebo skupinových interakcí). Podstatný je právě aktuální prožitek, možnost pohybového a zvukového (hlasového) sdělení – zahrání určité vlastní představy k danému tématu. Tento způsob

dramaterapeutické práce je bližší **pojetí psychodramatu** (dle Morena), účastník převážně prožívá a prezentuje sebe a své životní situace.

Valenta v publikaci Dramaterapie definuje tento obor následně: „Dramaterapie je léčebně – výchovná (terapeuticko – formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.“ (Valenta a kol. in Valenta, 2007, str. 23).

V kapitole vymezující postavení dramaterapie mezi ostatními „paradivadelními“ obory se zabývá její pozicí a vztahem s blízkými obory rovněž využívajícími účinky divadelních postupů. Kromě zmíněných – **dramatické výchovy** a klasického **psychodramatu** – je spíše v protikladu k **dramatickému umění** (nejde jí o umělecký účinek cílený na diváka – jde o terapeutický, ev. edukativní účinek na samotného aktéra), má společné prvky s tzv. **teatroterapií** (která spojuje léčebné a estetické účinky nácviku a prezentování divadelního tvaru). Představíme-li si všechny „paradivadelní“ postupy rozmístěné na pozadí *4 základních funkcí – hodnot: terapeutické, formativní, informativní a estetické*, pak dramaterapie leží na pomezí terapeutické / léčebné a formativní / výchovné funkce (dle Valenty, 2007, str. 28-30).

Z výše uvedeného je patrné, že její využití bude mít v prostředí institucionální výchovy jasně patrné cíle. S dítětem, které se účastní dramaterapeutických lekcí, př. sezení se zaměřením na přípravu a prezentaci určitého „divadelního“ tvaru, chceme dosáhnout jistých vnitřních posunů ve vnímání sebe samotného a ve vnímání druhého jedince a jeho motivací (rozšiřujeme empatii a náhled na sociální situace, umožňujeme odventilovat napětí), ale rovněž jej hodláme přijatelným způsobem edukovat – vytvářet potřebné kompetence (schopnost zvládat sociální kontakt, vyhýbat se rizikovým a patologickým situacím apod.).

Pokud budu vycházet z vlastních zkušeností, získaných v prostředí Dětského diagnostického ústavu v Plzni, pak uvedu **několik faktorů významných pro úspěch a přijetí dramaterapeutických postupů klienty výchovné skupiny** (neboť bez určité míry akceptace samotnými aktéry se takto koncipovaná terapeutická práce mívá účinkem):

- **osobnostní nastavení účastníka lekce / nácviku** (každý jedinec není schopen pracovat formou sebereprojevení, hraní rolí, expresivního vyjadřování prostřednictvím vlastního hlasu a pohybu těla)
- **výběr a volba tématu, na které se skupina zaměří**, ať už formou okamžitého ztvárnění v podobě hrané akce – etudy, nebo ve formě dlouhodobého tvořivě dramatického projektu (přípravy vystoupení); zde je dobré uplatnit pravidlo vnitřního ztotožnění se s připravovaným projektem, pokud se na vzniku počáteční idey podílí sám účastník (dítěti je třeba hned v počátku podnítit k zapojení *vlastní invence*, vlastních nápadů, čímž se podpoří jejich vtažení do práce po celou dobu nácviku)
- **motivace účastníků** – zde doporučím řídit se zásadou respektování individuálních potřeb účastníka, pro každého může být totiž pobídkovým impulsem jiný moment, jiný faktor (u někoho funguje fakt, že zformovaný

dramatický tvar bude možné prezentovat před diváky, někdo naopak potřebuje vědět, že veškeré prezentované akce zůstanou pouze v prostoru terapeutické skupiny – např. zvýšeně úzkostní, fobičtí jedinci); dramaterapeuticky lze uchopit a využít i odpor jednotlivých členů terapeutické skupiny

- **charakter skupinových interakcí – klima skupiny:** některé seskupení jedinců ve skupině není nakloněno dramaterapeutickým aktivitám, klima skupiny není dostatečně otevřené a bezpečné (ale i taková situace může být vhodným „odrazovým můstkem“ k dramaterapeutické práci se skupinou)

Několik drobných metodických usměrnění při uplatňování dramaterapie ve speciální pedagogice nalezneme také v příspěvku slovenské autorky Kataríny Majzlanové (in Pipeková, Vítková, 2001, str. 103): „U anxiózných dětí sa kladie na sedeniach zvýšená pozornosť rozohriatiu a uvoľneniu – pričom tie isté techniky opakujeme, ritualizujeme.“ Majzlanová dále doporučuje začínat nenáročnými úkoly, např. neverbálními, rytmickými a pohybovými aktivitami. Při přehrávání pohádkových příběhů se postupuje od scénky ke scénce, je možné využívat loutky nebo masky (za které se děti mohou „schovat“). Popisuje vlastní zapojení dramaterapeuta, hlavně v situacích, v nichž se dítě cítí nejisté a potřebuje podporu a povzbuzení.

Autorka se pak zaměřuje na práci s agresivními dětmi. „Agresívne deti si vyžadujú veľa podpory a pozornosti. Vhodné sú aktivity, do ktorých sa zapájajú na základe dobrovoľnosti (pantomíma, etudy), ktoré aktuálne obmieňame a dopĺňame.“ (Majzlanová in Pipeková, Vítková, 2001, str. 103). Doporučuje dětem důkladně vysvětlit pravidla a podporovat je v jejich dodržování. Jako vhodné uvádí pohybové aktivity, rituální hry, improvizace na téma... Dítě můžeme vyzvat, aby bylo nápomocno v tvorbě a realizaci dramatické činnosti (*viz výše „faktory významné pro úspěch a přijetí dramaterapeutických postupů“*). Téma předkládáme jako návrh: sdělujeme účastníkům, že bychom potřebovali něco vyzkoušet, vtahujeme do spolupráce dotazy na jejich názor na určitý postup, způsob ztvárnění... Když dítě poruší pravidlo, komunikujeme s ním přímo, konstruktivně – klidným tónem upozorníme na překročení pravidla.

Kapitolu o vymezení a možnosti využití specifické terapeutické metody dramaterapie v reedukační práci se skupinou dětí v zařízení institucionální péče uzavřu **charakteristikou klientely**, pro kterou by právě pojetí (re)edukativně zaměřené dramaterapie bylo vhodné, tak jak jej formuluje Valenta v Terapii ve speciální pedagogice. Pokud je klientela edukativní dramaterapie zúžena na duševní poruchy a poruchy chování (dle MKN – 10), pak je vhodná především pro diagnózy v posledních kapitolách manuálu: děti s mentální retardací (F7), děti s poruchami psychického vývoje (F8 - specifické vývojové poruchy učení a chování a pervazivní vývojové poruchy) a poruchy chování a emocí s nástupem v dětství a adolescenci (F9 – ADHD, ADD, poruchy chování a emocí, poruchy sociálních vztahů, tikové poruchy, koktavost – balbuties, breptavost – tumultus sermonis...) (Valenta in Müller a kol., 2014, str. 147).



## **1.4 Aplikace výchovně – vzdělávacích zásad u dětí s postižením, př. psychickým a sociálním hendikepem**

Výchovně – vzdělávací, neboli didaktické zásady můžeme vnímat jako **souhrn pravidel a opatření**, kterými je zapotřebí se řídit, aby proces výchovy a vzdělávání a stejně tak procesy reedukace („opravy“ původně nevhodně naučených vzorců chování) a resocializace (učení se novým způsobům správného a harmonického interagování se společenským prostředím) probíhal efektivně a byl edukačním subjektem akceptován.

Didaktické zásady je třeba odlišovat od konkrétních speciálně pedagogických (a dalších) metod, způsobů práce a edukativních postupů. Ty nám odpovídají na otázku **„Jak budeme re(edukační) a vzdělávací činnost provádět – jaké zvolíme formy práce?“**. Pokud hovoříme o výchovně – vzdělávacích zásadách, pak zodpovídáme otázku **„Čím se budeme při re(edukaci) řídit? Co budeme dodržovat za pravidla?“**

Přehledný souhrn základních výchovně – vzdělávacích zásad poskytuje v publikaci Školní didaktika M. Kurelová, které doplňují postřehy Valenty a Müllera rozšiřujícími téma didaktických zásad o hledisko přítomnosti postižení, znevýhodnění, jež může být chápáno i ve formě psychického onemocnění (Kalhous, Obst, Kurelová, 2002):

- **zásada komplexního rozvoje osobnosti žáka**
  - učitel prostřednictvím učební látky rozvíjí osobnost žáka ve 3 základních strukturách: kognitivní, afektivní a psychomotorické
  - podstata učitelovy práce je vždy komplexní
  - vzdělávání se ve školním prostředí prolíná s výchovnou činností
  - u jedinců s postižením tedy ve vyučování dochází i k formování jeho postoje k vlastnímu hendikepu (a rovněž nepostižení žáci si osvojují žádoucí postoje ke svým spolužákům s postižením)
- **zásada vědeckosti**
  - učitel by se měl celoživotně vzdělávat ve svém oboru; měl by průběžně aktualizovat rychle zastarávající poznatky
  - v prostředí inkluzivní školy by učitel měl získávat nové poznatky týkající se jednotlivých poruch a vad, se kterými se bude u žáků v různé míře setkávat (jde i o získávání informací ohledně speciálních výukových pomůcek a opatření, která mají za cíl usnadnit žákům osvojování učiva)
- **zásada individuálního přístupu k žákům**
  - vyučující by měl respektovat individuální rozdíly mezi jednotlivými žáky
  - samozřejmě tedy respektuje i různou úroveň motivace a pozornosti (různá úroveň kapacity, stálosti pozornosti, ale i koncentrace a schopnosti přenášení a rozdělování pozornosti)
  - v prostředí inkluzivní školy musí učitel akceptovat rozdílnou **úroveň schopností žáků s různým druhem tělesného i duševního onemocnění**

- **zásada spojení teorie s praxí**
  - tato zásada směřuje k faktu, že škola není uzavřeným systémem; žáci do školy přicházejí s různými praktickými zkušenostmi a s představami, které by měl učitel rozpoznat a korigovat
  - učitel by si měl uvědomit, že zejména žáci se smyslovým postižením mohou být o určité druhy zkušeností a poznatků ochuzeni (nevidomému, př. neslyšícímu žákovi jsou některé vjemy a poznatky nedostupné) – tomu pak přizpůsobit výuku
  - poznatky z různých předmětů by pro konkrétního žáka měli být prakticky využitelné (měl by mít možnost si v praxi ověřit to, co se ve škole naučil)
- **zásada uvědomělosti a aktivity**
  - tato didaktická zásada úzce souvisí s pozorností: proces nabývání poznatků by měl probíhat za dostatečné pozornosti žáka (a to pozornosti záměrné, aktivní), za plného uvědomění – to vede k hlubokému pochopení
  - aktivitu žáků podněcuje průběžné hodnocení znalostí a podpora jejich motivace
  - konkrétní metody podpory vlastní učební aktivity žáků:
    - \* učení řešením problémů (problémový způsob výuky)
    - \* projektové vyučování
    - \* vhodně volené otázky (učební úlohy), které pozornost stimulují
    - \* samostatná práce žáků
    - \* spolupráce v menších pracovních podskupinách
    - \* znalostní a dovednostní soutěže
- **zásada názornosti**
  - zásada zdůrazňovaná různými pedagogickými směry v různých obdobích
  - je třeba učební látku předkládat prostřednictvím smyslového vnímání
  - v případě *děti se smyslovými vadami* je nezbytné využívat jiných smyslových kanálů nahrazujících dysfunkční smysly (jde tedy o multisenzorialitu)
  - patří sem i názornost ve vyjadřování učitele – používání takových slovních spojení, jejichž význam si žáci dovedou představit
  - např. u *mentálně postižených osob* platí zásada názornosti dvojnásob – využíváme co možná největší počet analyzátorů, platí pravidlo přímé úměry: čím více se v učivu vyskytuje zobecněných prvků, tím musí být výuka názornější (Valenta, Müller, 2003)
- **zásada soustavnosti a přiměřenosti**
  - poznatky by měly být žákům předávány v určitém logickém uspořádání, v souvislostech a mělo by docházet také k jejich pravidelnému upevňování
  - učivo je třeba uspořádat dle systému konkrétní vědní disciplíny, přizpůsobit věkové úrovni žáků a dbát na posloupnost látky
  - při práci s *žáky s mentální retardací* je bezpodmínečně nutné respektovat jejich rozumovou úroveň a poznávací schopnosti, rovněž sníženou kvalitu záměrné pozornosti (nižší kapacitu a schopnost udržení pozornosti)
  - práce *mentálně postižených žáků* se musí vyznačovat systematičností, návyk soustavnosti je třeba dlouhou dobu cvičit, neboť svojí povahou (malou řídicí úlohou rozumu) tíhnou k živelnému, nesystematickému poznávání (Valenta, Müller, 2003)

- podobně učitel respektuje zásadu přiměřenosti u dětí se *syndromem ADHD*, zejména s ohledem na narušenou schopnost efektivního zaměření pozornosti a vigilitu (plynulého přenášení pozornosti z jednoho jevu na druhý)
- konkrétně je vhodné při výuce *využívat rehabilitačních a relaxačních technik*, např. pohybové chvílky, písničky, či krátké psychofyzické relaxace; výsledkem těchto odpočinkových momentů je aktivace záměrné pozornosti žáka
- Valenta a Müller (2003) hovoří ještě o **zásadě trvalosti**
  - jenom poznatky, které tvoří ucelenou strukturu, je možné uchovat po delší dobu
  - ve vzdělávacím prostředí osob s mentálním postižením se zásada trvalosti vztahuje převážně na dovednosti a návyky, které je nutné procvičovat, vracet se k nim (ne formou mechanického opakování a drilu, ale s četnou variabilitou vztahů, s ukázkou praktického využívání)

V závěru teoretické části naší práce zdůrazním jeden z aspektů, který se v souvislosti s reedukačním a resocializačním působením v zařízeních pro výkon ÚV a OV nabízí. Jedinci, kteří jsou do zařízení umisťováni, si často s sebou nesou některý typ **znevýhodnění – hendikepu**. Může se jednat o hendikep v podobě výchovných nedostatků (výchovné zanedbanosti), nedostatek přirozené emoční podpory, přijetí a lásky (citová deprivace), může jít o hendikep materiální povahy, ale rovněž hendikep odchylky v osobnostním vývoji (disharmonický vývoj osobnosti). Tato znevýhodnění nebo jejich kombinace vytváří rizikový faktor a může vést k rozvoji problémového i poruchového chování. **Psychiatrické onemocnění** patří také do souboru těchto hendikepujících vlivů a znatelně posunuje dítě z oblasti rizika poruchy chování k samotné poruše. Některé psychické nemoci jsou prokazatelnou predispozicí vzniku poruchy chování (za přispění dalších exogenních vlivů).

Znevýhodnění v podobě psychiatrické nemoci – diagnózy **je navíc možné vnímat jako stigma**, jež si jeho nositel nese s sebou jako negativní znaménko do každého nového prostředí, kam přichází. Toto stigma je o to těžší a bolestivější, čím méně je na první pohled viditelné. Liší se od stigmat zjevných (tělesných, př. i smyslových vad a postižení), u kterých je pohled okolí převážně chápatý a shovívavý – už z narušeného tělesného schématu lze usuzovat na nedostačivost nositele postižení (přístup společnosti je přirozeně soucitný a tolerantní). U psychických poruch nelze na základě prvního setkání s jedincem odhadovat jeho nefunkční projev a patologické chování. Vnímání psychicky nemocného dítěte - žáka ovlivňuje dále faktor očekávání volního zvládnání nežádoucích projevů chování. Vrstevníci nemocného chlapce či dívky vyžadují a očekávají stejnou úroveň volní kontroly, které jsou schopni oni sami. A nedůvěru k vnitřním psychickým příčinám nestandardního projevu dítěte můžeme zaznamenat i u edukátorů, již s dítětem pracují. Více se tohoto aspektu dotkneme v kvalitativní části výzkumu.

## **2. PRAKTICKÁ ČÁST PRÁCE**

### **2.1 Zaměření a cíle výzkumu**

Náš výzkum se v první řadě zaměřil na **výskyt dětí s psychiatrickým onemocněním mezi dětmi umístovanými do zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy**. Jeho cílem je kvantifikovat výskyt psychické poruchy mezi dětmi v prostředí institucionální výchovy. Výzkum byl zaměřen na 2 dětské domovy, 2 dětské domovy se školou a 2 dětské diagnostické ústavy. Získaná data je možné chápat i jako srovnávací studii. Pokusíme se podchytit rovněž **výskyt jednotlivých onemocnění – konkrétních psychických poruch** (či širších diagnostických kategorií), které byly u dětí vřazených do diagnostických ústavů a dětských domovů zjištěny.

Soustředili jsme se na **období 5 kalendářních roků: 2012 až 2016**. Zjišťovali jsme počet umístěných dětí v těchto letech, tj. „široký výzkumný vzorek“ a podíl dětí, které byly v době pobytu v ambulantní péči psychiatra, příp. byly umístěny k hospitalizaci na dětské psychiatrické oddělení. Nebylo rozhodující, zda s psychickým onemocněním již do sledovaného zařízení přišly, nebo zda se u nich projevilo až v průběhu pobytu. Musím zdůraznit, že zařazení jedince do „úzkého výzkumného vzorku“ nebylo podmíněno vnímáním dotyčného jako psychicky nemocného ze strany edukačního personálu, ale výhradně prokázanou pedopsychiatrickou péčí a diagnostikovaným psychickým onemocněním.

U dětí zařazených do úzkého výzkumného vzorku bylo zjišťováno rovněž pohlaví a **polymorbidita** – zde konkrétně výskyt více psychických poruch současně. Četnost polymorbidity byla shrnuta u každého zařízení a vyjádřena sloupcovým grafem.

V druhé fázi se výzkumná práce soustředí na **osobní poznatky a zkušenosti pedagogů – praktiků**, kteří v zařízeních pro výkon ÚV a OV pracují. Poznatky byly od pedagogických profesionálů získávány v osobních rozhovorech, které měly polostandardizovaný charakter s pevným sledem 18 otázek zaměřených na práci se skupinou, v níž je přítomno psychicky nemocné dítě. Současně byl respondentovi poskytnut prostor pro sebevyjádření, otevřené sdělení svých pozitivních i negativních zkušeností s dětmi s různorodými duševními nemocemi. Rozhovor nabídl možnost sebereflexe vlastní edukační práce s náročným jedincem a s náročnou rodinnou skupinou / třídou. Z tohoto důvodu byly poznatky získávány rozhovorem prováděným osobně autorem práce a nikoliv získávány pouze formou dotazníku. Respondent byl předem připraven na situaci, kdy bude dotazován k zkoumanému tématu, neměl však k dispozici otázky rozhovoru předem. Rozhovor byl reálnou **autentickou výpovědí** pedagogického profesionála. Osobní vedení rozhovoru navíc umožnilo reagovat na sdělení respondenta a příp. upřesňovat formulace dotazu nebo zařazovat rozvíjející podotázky. Velmi cenný byl oční kontakt a možnost sledovat neverbální reakce respondenta. Rozhovory se odehrávaly v klidném a bezpečném prostředí v místnosti oddělené od běžného provozu výchovné instituce.

## **2.2 Vstupní hypotézy – výzkumné otázky**

Na tomto místě bych rád popsal, jaké otázky téma psychiatricky nemocných jedinců v prostředí výchovných institucí u autora vzbudilo. Jaké myšlenky jej v této souvislosti napadaly?

Podotýkám, že téma psychiatrických onemocnění u dětí a dospívajících je téma značně široké. Bylo tedy zapotřebí vymezit, kterými psychiatrickými kategoriemi se vůbec budeme zabývat. Které psychiatrické diagnózy se v prostředí výkonu ústavní a ochranné výchovy (dále ÚV a OV) vyskytují v určité měřitelné četnosti. U kterých onemocnění je třeba přemýšlet o jejich vlivu na prostředí rodinné skupiny. Kdy je nutné volit jiné než standardní pedagogické (popř. speciálně pedagogické) metody a výchovné postupy. Vymezení konkrétních duševních onemocnění, na něž zaostříme pohled je uvedeno v úvodní části teoretického pojednání (*Kapitola 1.2: Klasifikace vybraných psychiatrických diagnóz u dětí a dospívajících, str. 18, a d.*).

Naše první teze se týká podstatné otázky: Se kterým duševním onemocněním se pracovníci zařízení pro výkon ÚV a OV setkávají nejčastěji? **1. hypotéza** je formulována s ohledem na tuto otázku:

***Nejčastěji se vyskytující psychiatrické onemocnění u dětí v zařízeních pro výkon ÚV a OV je porucha pozornosti s hyperaktivitou / hyperkinetická porucha.***

Z osobních zkušeností dlouholeté praxe na pozici vychovatele a etopeda dětského diagnostického ústavu vychází i další výzkumná otázka, která se týká postavení duševně nemocného jedince v hierarchii skupinových pozic v otevřené skupině dětského domova, př. diagnostického ústavu. **2. hypotéza** zní:

***Děti s duševní nemocí jsou v prostředí institucionální výchovy ostrakizovány častěji než děti bez duševního onemocnění.***

Další výzkumná otázka se týká vztahu výchovného pracovníka institucionálního zařízení (vychovatele, učitele, speciálního pedagoga, psychologa) a jedince umístěného v rodinné / výchovné skupině. Zajímá nás, zdali se tento vztah v případě psychicky nemocného dítěte vychyluje určitým směrem a liší se od vazby pedagog – běžné dítě (př. dítě s určitým typem a stupněm poruchy chování). **3. hypotézu** jsme tedy formulovali následovně:

***Jedinec s psychickým onemocněním ve skupině dětského domova či diagnostického ústavu vyvolává u pedagogického pracovníka negativní očekávání a tenzi.***

Čtvrtá výzkumná otázka otevírá nejednoznačné téma: Jak vlastně zacházet s psychicky nemocným jedincem v prostředí výkonu ÚV a OV? Je zřejmé, že duševně nemocný, byť se jedná o dítě, vyžaduje modifikované způsoby edukační péče. Mnohdy též úzkou spoluprací s pedopsychiatrem (ambulantní docházení či různě dlouhou dobu hospitalizace na dětské psychiatrické klinice). Jak se výchovná a

diagnostická zařízení vyrovnávají s péčí o tyto děti? **4. hypotéza** je vedena pochybnostmi ohledně rozpoznání skutečných potřeb duševně nemocného dítěte a otázkou dodržování základních pedagogických zásad při práci s tímto jedincem:

***S dítětem psychicky nemocným je v institucionální výchově zacházeno v rozporu s jeho potřebami a pedagogickými zásadami.***

Další výzkumná otázka úzce souvisí s předchozí. Je ale zaměřena obecněji (vztahuje se k širší problematice individuálních odlišností formovaného jedince). Týká se schopnosti pedagoga přizpůsobit výchovný přístup a plánovaný program potřebám jedince s psychiatrickým onemocněním (ale i jiným hendikepem) a konfliktu těchto jeho potřeb s potřebami ostatních členů skupiny.

**5. hypotéza** je formulováno takto:

***Edukační činnost v DD, DDŠ nebo DDÚ nerespektuje různorodé složení výchovného kolektivu a individuální odlišnosti jedince.***

## **2.3 Kvantitativní část výzkumu – výskyt psychických onemocnění u dětí v zařízeních pro výkon ÚV a OV**

### **2.3.1 Dětský domov Čtyřlístek Planá**

Jedno ze zařízení typu dětský domov ve spádové oblasti Dětského diagnostického ústavu Plzeň s možností umístění 32 dětí. V dětském domově jsou 4 rodinné skupiny s kapacitou 6-8 dětí. Tři z těchto skupin jsou standardní rodinné skupiny – věkově i pohlavím pestré - heterogenní. Jedna skupina je určena pro nezletilé matky a jejich děti (popř. pro nezletilé gravidní dívky). Toto specifické zaměření má Dětský domov v Plané již několik let. Zařízení tedy přednostně přijímá nezletilé dívky, u kterých došlo k otěhotnění a jsou zároveň indikovány pro ústavní péči (ať už přicházejí z prostředí běžných rodin, nebo z jiných dětských domovů). Každá skupina žije v samostatném bytě, děti mají 2 lůžkové pokoje. To nebylo vždy samozřejmostí. Dětský domov Čtyřlístek byl v letech 2003 – 2010 nucen provizorně obývat prostory bývalého dětského oddělení v Plánské nemocnici. Kromě 4 skupinových bytových jednotek je v domově také jeden byt 1 + 1, který slouží jako cvičný byt pro mladistvého, který se chystá DD opustit. Zde má možnost vyzkoušet si samostatné bydlení a hospodaření se všemi náležitostmi (vaření, praní prádla, péče o domácnost, vedení domácího rozpočtu).

Děti v domově jsou ve věku 3 – 18 let (výjimkou jsou děti narozené nezletilým matkám, které jsou v novorozeneckém, kojeneckém, př. batolecím věku). V případě dětí, které se soustavně připravují na budoucí povolání a jsou nezaopatřeny je možné pobyt prodloužit až do 26 let. Děti z DD Planá plní povinnou školní docházku docházejí do blízké základní školy, děti ve 3. stupni vzdělávání docházejí, nebo dojíždějí do středních škol a středních odborných učilišť v Plané a v Tachově.

TABULKA č. 1:

ROK	Počet odchozích dětí	Počet odchozích s psychiatrickým onemocněním	Z toho dívek	Z toho chlapců	Podíl psych. nemocných z celkového počtu odchozích
2012	9	0	0	0	0 %
2013	12	1	1	0	8,3 %
2014	10	3	1	2	30 %
2015	10	4	3	1	40 %
2016	6	1	0	1	16,7 %
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>19,1 %</b>

V tabulce č. 1 můžeme spatřit celkový počet odchozích dětí z dětského domova v 5 sledovaných kalendářních letech a dále počty dětí s psychiatrickým onemocněním. Počet odcházejících se pohybuje v rozmezí od 6 do 12 dětí. **Celkově za 5 let domov opustilo 47 jedinců.** Zastoupení psychicky nemocných dětí z tohoto počtu je vyjádřeno čísly 0 až 4. Celkem jich **zaznamenáváme 9.** Počet dětí s duševním onemocněním je rozlišen na dívky, kterých bylo 5 a chlapce, kteří byli 4. Absolutní údaje jsou v posledním sloupci převedeny na procentuální podíl psychicky nemocných z celkového počtu odcházejících dětí. Celkový **relativní výskyt psychicky nemocných dětí je 19,1 %.**

V tabulce č. 2, která následuje, nalezneme zastoupení jednotlivých psychických poruch tak, jak se vyskytovaly u dětí s psychiatrickou péčí (diagnózou) opouštějících v 5 sledovaných letech Dětský domov v Plané.

Podotýkám, že takto strukturovaná tabulka s údaji o konkrétně se vyskytujících poruchách bude přiřazena ke každému ze 6 sledovaných zařízení. Výchozí údaje v prvním sloupci tabulek se budou lišit výskytem konkrétních skupin diagnóz – duševních poruch (a v dalších sloupcích pochopitelně početním zastoupením jedinců s poruchou).

U DD Planá tedy zjišťujeme, že se v průběhu 5 sledovaných let vyskytlo u **9 z odchozích dětí** (údaj z tabulky č. 1) celkem **16 diagnostikovaných poruch** zařaditelných do **8 skupin psychických onemocnění.** Pokud budeme postupovat od horního řádku, pak se dítě s *psychotickým onemocněním* vyskytlo ve sledovaných letech v 1 případě (rok 2015) – v relativním zastoupení 6,2 %. Děti s *neurotickými a úzkostnými poruchami* se v absolutní četnosti vyskytovaly také v počtu 1 (rok 2015) – relativní počet 6,2 %. Děti *škodlivě užívající návykové látky* byly

celkem 3 (roky 2013, 2014, 2015) – relativní četnost tedy vystupuje na 18,7 %. Děti s *hyperkinetickými poruchami (ADHD, ADD)* se vyskytly rovněž v počtu 3 jedinců (v letech 2014, 2015, 2016) a relativním počtu 18,7 %, což ve shodě se *škodlivým užíváním návykových látek a psych. poruchami se somatickým projevem (enuréza, enkopréza)* tvoří nejčastěji se vyskytující diagnózy v rámci DD Planá. *Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka* jsme zachytili u 1 jedince (v roce 2016) – relativní výskyt 6,2 %. *Psychické poruchy se somatickým projevem (enuréza / enkopréza)* byly zjištěny (jak již výše řečeno) u 3 dětí (roky 2014, 2015) – relativní výskyt 18,7 %. *Psychické poruchy se somatickým projevem* (v tomto případě *tiková porucha*) se objevuje u 1 jedince (rok 2014) – relativní výskyt 6,2 % a jedince se *smíšenou poruchou chování a emocí* nacházíme ve 2 případech (2013, 2015) s relativní četností 12,5 %. Na řádku č. 10 bylo zapotřebí doplnit kategorii *diagnóza nespecifikována*, neboť z dostupných anamnestických materiálů dětského domova nebylo možné zjistit konkrétní diagnózu *jednoho chlapce*, který opustil DD v roce 2014.

V předposledním řádku můžeme sledovat souhrn psychických onemocnění u všech 9 sledovaných dětí v jednotlivých letech výzkumu. **Celkem za 5 let nacházíme 16 psychických poruch.**

Pozornost můžeme zaměřit i na poslední řádek tabulky č. 2, kde můžeme sledovat výskyt *disharmonického vývoje osobnosti* (směrem k poruše osobnosti). Tato diagnóza není záměrně zahrnuta mezi ostatní sledované diagnózy, neboť spíše než poruchu / onemocnění psychické je vnímána jako narušení v oblasti osobnostní konstrukce, tedy odchýlně se vyvíjející osobnost v některé ze svých kvalit (jenž je v podstatě léčbou minimálně ovlivnitelná). S *disharmonickým vývojem osobnosti* často souvisí – v rámci těchto charakterových odchylek se rozvíjejí poruchy chování (zejména poruchy chování s výrazným podílem nesocializovanosti, nebo s přítomností agresivity, př. absence empatie).

Zde konkrétně je *disharmonický vývoj osobnosti* naznačen u 2 jedinců (vyjádřeno pouze v absolutním čísle). Pokud počet takto narušených jedinců přepočteme na procentuální podíl z počtu 9 nemocných jedinců, dostáváme hodnotu 22,2 %.

Zopakujeme tedy, že v případě dětí odcházejících ve sledovaném období z Dětského domova v Plané byly jako **nejčastější psychiatrické diagnózy zjištěny: škodlivé užívání návykových látek, hyperkinetické poruchy (ADHD, ADD) a psychické poruchy se somatickým projevem – enuréza, enkopréza** – každá v relativním zastoupení **18,7 %**, tedy vždy téměř u pětiny dětí sledovaného vzorku.

Pozoruhodným faktem je nulový absolutní výskyt psychiatrických onemocnění u odcházejících dětí v roce 2012. Ještě pozoruhodnější je naprosto stejný stav zjištěný v tomtéž roce i u odchozích z DD Plzeň – rovněž 0 nemocných. Z této skutečnosti nelze samo o sobě vyvozovat závěry i s ohledem na celkově nízký počet odcházejících dětí z DD Planá ve všech sledovaných letech. V tomto kontextu již jeden jedinec s psychiatrickým onemocněním zvedá relativní četnost výskytu psychicky nemocných (a léčených) dětí významným způsobem. **Roky 2014 a 2015 byly svým**



procentuálním zastoupením psychicky nemocných dětí poměrně exponované – 30 % a 40 %, zatímco roky 2012, 2013 a 2016 výskytem takto nemocných jedinců spíše marginální – 0 %, 8,3 % a 16,7 %. Avšak je třeba si uvědomit, že absolutní počet odchozích psychiatricky nemocných jedinců se ve všech zkoumaných letech příliš nelišil (rozpětí od 0 do 4 dětí s psychickou poruchou).

TABULKA č. 2:

Dětský domov Čtyřlístek Planá							
Psychická porucha, diagnóza	2012	2013	2014	2015	2016	Celkem	
psychotická onemocnění (schizofrenie, F2)	---	---	---	1 + 0 1	---	1 + 0 1	6,2 %
neurotické a úzkostné poruchy (F4)	---	---	---	1 + 0 1	---	1 + 0 1	6,2 %
škodlivé užívání návykových látek (F1x.1)	---	1 + 0 1	1 + 0 1	1 + 0 1	---	3 + 0 3	18,7 %
hyperkinetické poruchy (porucha pozornosti a aktivity, F90)	---	---	0 + 1 1	0 + 1 1	0 + 1 1	0 + 3 3	18,7 %
specifické vývojové poruchy řeči a jazyka (expresivní porucha řeči, F80.1)	---	---	---	---	0 + 1 1	0 + 1 1	6,2 %
psychické poruchy se somatickým projevem – (neorganická enuréza / enkopréza, F98.0 / F98.1)	---	---	0 + 1 1	0 + 2 2	---	0 + 3 3	18,7 %
psychické poruchy se somatickým projevem – tiková porucha (F95)	---	---	0 + 1 1	---	---	0 + 1 1	6,2 %
smíšená porucha chování a emocí (F92.8)	---	1 + 0 1	---	1 + 0 1	---	2 + 0 2	12,5 %
diagnóza NESPECIFIKOVÁNA	---	---	0 + 1 1	---	---	0 + 1 1	6,2 %
<b>Celkem diagnostikovaných poruch</b>	0 + 0 0	2 + 0 2	1 + 4 5	4 + 3 7	0 + 2 2	7 + 9 16	100 %
disharmonický vývoj osobnosti	---	1 + 0 1	1 + 0 1	---	---	2 + 0 2	---

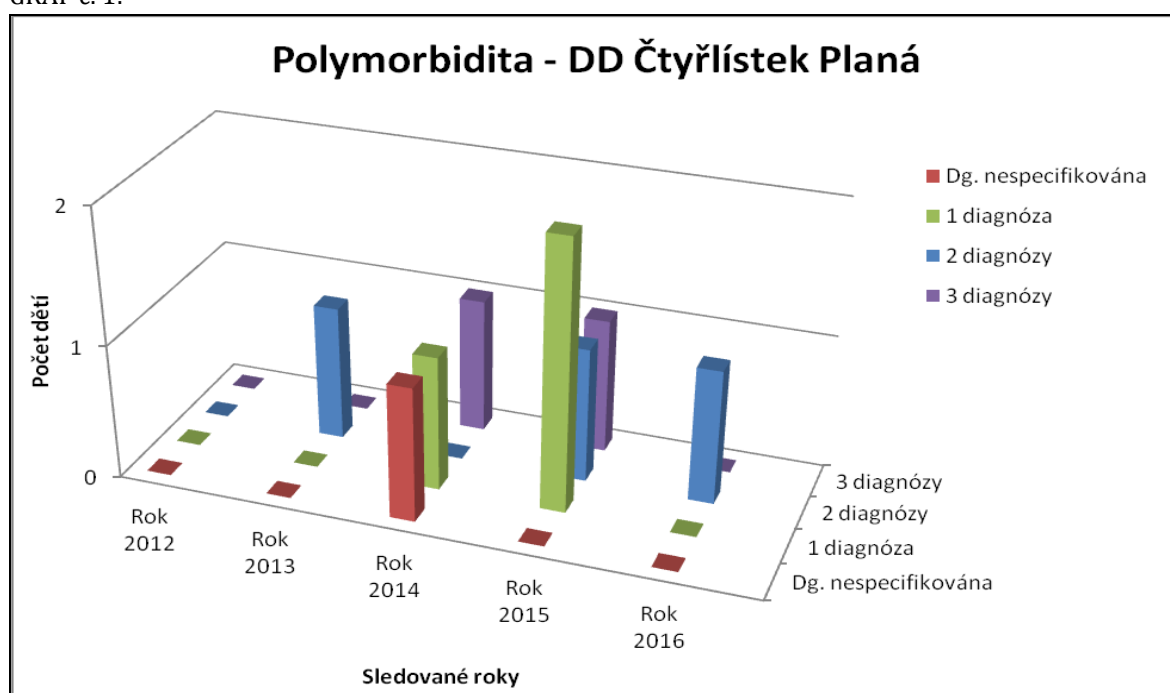
V následující *tabulce č. 3.* a souvisejícím *grafu č. 1* se přesvědčíme o četnosti tzv. **polymorbidity** (př. **komorbidity**) psychických poruch u dětí v DD Planá. Polymorbidita vypovídá o současném výskytu více onemocnění u jednoho chlapce či dívky. V tomto případě zjišťujeme, že v celém sledovaném období bylo u 4 dětí diagnostikováno 1 onemocnění, u 3 dětí se vyskytla 2 onemocnění a u 2 jedinců se vyskytly současně 3 diagnózy. V případě dětí v DD Planá je úroveň polymorbidity poměrně vysoká – počet dětí s jedním onemocněním (vč. nespecifikované dg.) je o jednotku nižší, než počet dětí, u kterých je diagnostikováno více psychických poruch.

Výskyt polymorbidity vede při vyjádření četnosti dětí s psychiatrickou nemocí a při sumarizaci počtu zjištěných diagnóz k rozdílným hodnotám (počet nemocných je v součtu nižší, než počet diagnóz, kterými trpí).

TABULKA č. 3:

POLYMORBIDITA - DD ČTYŘLÍSTEK PLANÁ					
Roky	Počet diagnóz	0	1	2	3
Rok 2012		0	0	0	0
Rok 2013		0	0	1	0
Rok 2014		1	1	0	1
Rok 2015		0	2	1	1
Rok 2016		0	0	1	0

GRAF č. 1:



### 2.3.2 Dětský domov Domino Plzeň

Dětský domov Domino Plzeň je zařízení rodinného typu zřizované Plzeňským krajem. Kapacita domova je celkem 56 dětí ve věku 6 – 26 let (v některých případech i dětí předškolního věku). Zařízení disponuje hlavní – centrální budovou se třemi rodinnými skupinami a dále 3 byty v různých plzeňských sídlištích, ve kterých vždy sídlí jedna rodinná buňka. V dalších lokalitách jsou umístěny 3 cvičné byty, ve kterých se starší děti připravují na svůj odchod do samostatného života. Děti z tohoto dětského domova navštěvují základní a střední školy v Plzni a některé studují i vyšší odborné školy nebo vysokoškolské obory Západočeské univerzity Plzeň. Již tradičně se tyto děti zapojují do zájmové umělecké činnosti, a to v úspěšném volnočasovém kroužku sborového zpěvu. DD Plzeň každoročně pořádá mezinárodní turnaj dětských domovů v sálové kopané a další zajímavé akce.

TABULKA č. 4:

ROK	Počet odchozích dětí	Počet odchozích s psychiatrickým onemocněním	Z toho dívek	Z toho chlapců	Podíl psych. nemocných z celkového počtu odchozích
2012	12	0	0	0	0 %
2013	11	3	1	2	27,2 %
2014	8	2	0	2	25 %
2015	14	2	0	2	14,2 %
2016	14	1	0	1	7,1 %
<b>CELKEM</b>	<b>59</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>13,5 %</b>

V tabulce č. 4 opět sledujeme počty dětí s psychiatrickým onemocněním – tentokrát v DD Domino Plzeň a celkový počet odchozích v letech 2012 až 2016 (2 sloupec). Počet odcházejících se pohybuje v rozmezí od 8 do 14 dětí. **Celkový počet odchozích – 59 jedinců.** Zastoupení dětí s psychiatrickou diagnózou je vyjádřeno četností 0 až 3. **Celkově zjišťujeme 8 psychicky nemocných** v uváděných 5 letech. Tento počet je opět rozlišen na dívky – ta se vyskytla pouze v jednom případě a chlapce – jejichž výskyt byl 7. Už v této přehledové tabulce tedy nemůžeme přehlédnout výrazně vyšší četnost duševně nemocných chlapců nad stejně nemocnými dívkami. Absolutní údaje jsou v posledním sloupci převedeny na procentuální podíl nemocných z celkového počtu odcházejících dětí. V celkovém součtu 5 let je **relativní počet psychicky nemocných** z celkového počtu odchozích vyjádřen hodnotou **13,5 %**.

V tabulce č. 5 - zastoupení jednotlivých psychických poruch, nalezneme absolutní i procentuální (relativní) počty, v jakých se poruchy vyskytovaly u dětí s psychiatrickou diagnózou opouštějících v 5 sledovaných letech Dětský domov Domino v Plzni.

Výzkum v DD Domino Plzeň prokazuje, že se v průběhu 5 sledovaných let vyskytlo u **8 z odchozích dětí** (údaj z tabulky č. 3) celkem **9 diagnostikovaných poruch** zařaditelných do **4 skupin psychických onemocnění**. Jedinci s *neurotickými a úzkostnými poruchami* (zde konkrétně *generalizovaná úzkostná porucha*) se v absolutní četnosti vyskytovali v počtu 1 (rok 2013) – relativní četnost 11,1 %. Jedinců s *hyperkinetickými poruchami (ADHD, ADD)* bylo zaznamenáno celkem 5 (v letech 2013, 2015, 2016) a s relativním výskytem v počtu 55,5 %, což jednoznačně vytváří nejčastěji se vyskytující psychické onemocnění u dětí v DD Plzeň. *Psychické poruchy se somatickým projevem* (zde *neorganická enuréza*) byly zaznamenány u 1 jedince (rok 2015) – relativní výskyt 11,1 %. Jedince se *smíšenou poruchou chování a emocí* zaznamenáváme ve 2 případech (v roce 2014) s relativní četností 22,2 %.

V posledním řádku zachycený *disharmonický vývoj osobnosti* (vnímaný jako porucha stojící mimo ostatní psychická onemocnění) se objevuje u 1 dítěte (vyjádřeno absolutním číslem). Pokud vypočítáme procentuální podíl z celkového počtu 8 psychicky nemocných jedinců, dostáváme hodnotu 12,5 %.

Závěrem souhrnu výskytu psychických onemocnění u dětí v DD Domino Plzeň můžeme konstatovat, že jako **nejčastější psychiatrická diagnóza byly zjištěny: hyperkinetické poruchy (ADHD, ADD)** ve vysokém relativním zastoupení 55,5 %, tedy u více než poloviny dětí sledovaného vzorku.

V předposledním řádku můžeme sledovat souhrn psychických onemocnění u všech 8 sledovaných dětí v jednotlivých letech výzkumu. **Celkem za 5 let nacházíme 9 psychických poruch**. Při bližším pohledu tento fakt vypovídá o skutečnosti, že většina dětí s psychickou nemocí v DD Plzeň trpěla pouze jedním onemocněním, pouze u jednoho chlapce v roce 2015 se vyskytly 2 poruchy současně. **zjišťujeme tedy nízkou komorbiditu** (spojení / výskyt více chorob u jednoho nemocného) v případě psychicky nemocných dětí odcházejících z DD Plzeň v letech 2012 až 2015.

Pokud se zaměříme na celkový výskyt dětí s psychickým onemocněním v počtu dětí opouštějících Dětský domov Plzeň, pak **můžeme konstatovat roky 2012 a 2016 jako roky se slabým výskytem psych. nemocných, rok 2015 byl s relativním počtem 14,2 % nemocných spíše průměrným a roky 2013 a 2014 s relativními počty 27,2 % a 25 % nemocných v tomto ohledu nejsilnějšími**.

TABULKA č. 5:

Dětský domov Domino Plzeň							
Psychická porucha, diagnóza	2012	2013	2014	2015	2016	Celkem	
neurotické a úzkostné poruchy (generalizovaná úzkostná por. ,F41)	---	1 + 0 1	---	---	---	1 + 0 1	11,1 %
hyperkinetické poruchy (porucha pozornosti a aktivity, F90)	---	0 + 2 2	---	0 + 2 2	0 + 1 1	0 + 5 5	55,5 %
psychické poruchy se somatickým projevem – (neorganická enuréza, F98.0)	---	---	---	0 + 1 1	---	0 + 1 1	11,1 %
smíšená porucha chování a emocí (F92.8)	---	---	0 + 2 2	---	---	0 + 2 2	22,2 %
<b>Celkem diagnostikovaných poruch</b>	0 + 0 0	1 + 2 3	0 + 2 2	0 + 3 3	0 + 1 1	1 + 8 9	100 %
disharmonický vývoj osobnosti	---	---	0 + 1 1	---	---	0 + 1 1	---

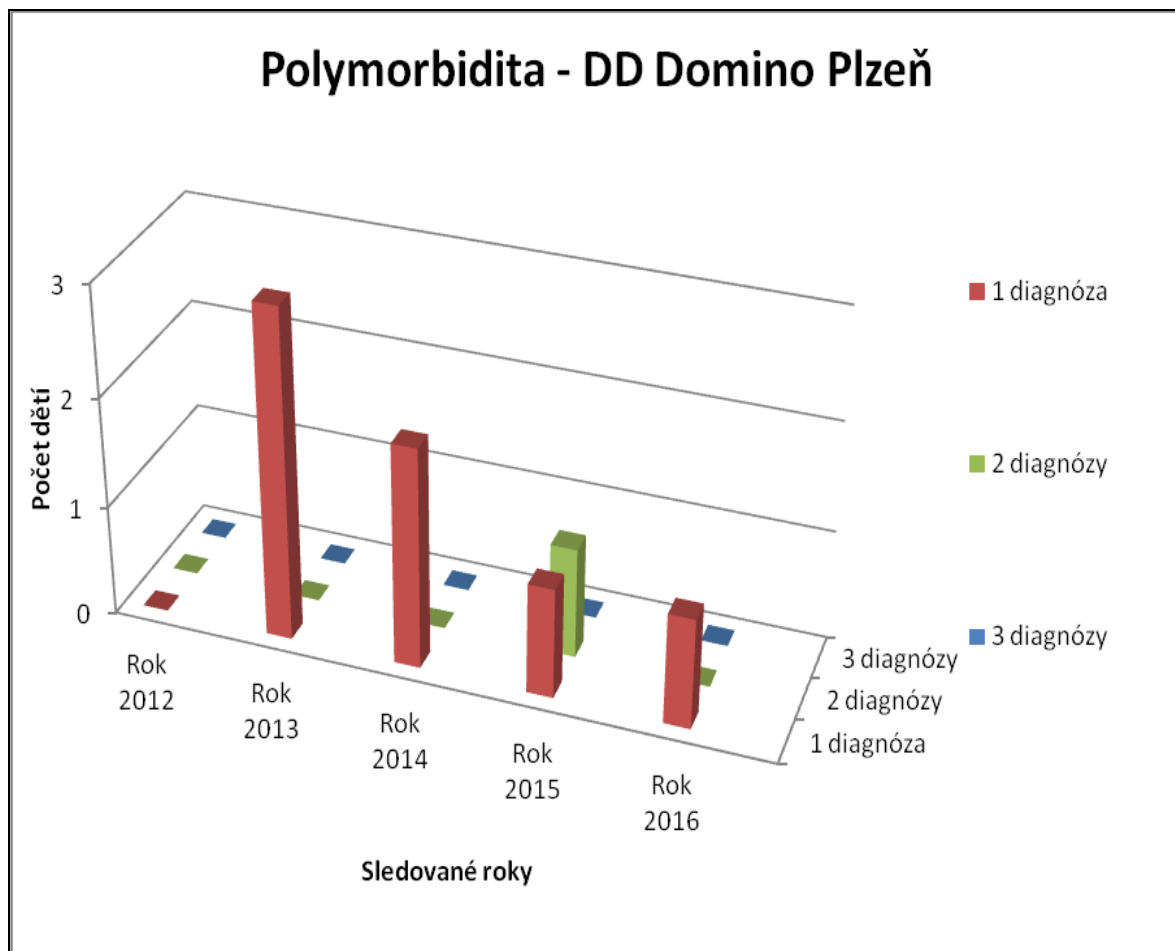
Stejně jako u ostatních zařízení i u DD Plzeň můžeme detailněji zaostřit na **výskyt polymorbidity** – současného působení více psychických poruch u sledovaného vzorku pedopsychiatricky léčených dětí.

TABULKA č. 6:

POLYMORBIDITA - DD DOMINO PLZEŇ				
Roky	Počet diagnóz	1	2	3
Rok 2012		0	0	0
Rok 2013		3	0	0
Rok 2014		2	0	0
Rok 2015		1	1	0
Rok 2016		1	0	0

V tabulce č. 6 a rovněž v grafu č. 2 zřetelně vidíme skutečnost, která již byla zmíněna – u tohoto zařízení je **komorbidita jednotlivých poruch velmi nízká**. Maximum dětí bylo léčeno pouze s *jednou poruchou* – bylo to *celkem 7 jedinců*. Pouze u *jednoho chlapce* v roce 2015 se *kombinovaly 2 diagnózy*: porucha pozornosti a aktivity s noční enurézou (což je poměrně častý současný výskyt prozrazující susp. psychickou zátěží jedince, na kterou organismus odpovídá nočním pomočením).

GRAF Č. 2:



### 2.3.3 Dětský domov se školou Měcholupy

Jedná se o zařízení ve spádové oblasti Dětského diagnostického ústavu v Plzni s kapacitou 40 dětí. Zařízení je koedukované a děti jsou rozděleny do 5 výchovných skupin. Společná edukace chlapců a dívek je realizována v prostředí základní školy při DDŠ, jednotlivé výchovné skupiny jsou koncipovány buď jako chlapecké nebo dívčí. Dětský domov se školou v Měcholupech zabezpečuje výkon ústavní výchovy pro děti plnící školní docházku. Po jejím ukončení odcházejí do péče rodiny nebo do výchovných ústavů (dle zvolených učebních oborů), ojedinelé, v případě pozitivních posunů v chování také do dětských domovů (běžného typu).

TABULKA č. 7:

ROK	Počet odchozích dětí	Počet odchozích s psychiatrickým onemocněním	Z toho dívek	Z toho chlapců	Podíl psych. nemocných z celkového počtu odchozích
2012	19	7	3	4	36,8 %
2013	18	7	3	4	38,8 %
2014	17	9	5	4	52,9 %
2015	14	3	2	1	21,4 %
2016	22	12	6	6	54,5 %
<b>CELKEM</b>	<b>90</b>	<b>38</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>42,2 %</b>

V tabulce č. 7 opět sledujeme počty dětí s psychiatrickým onemocněním tentokrát v DDŠ Měcholupy a celkový počet odchozích dětí z dětského domova se školou v 5 zkoumaných kalendářních letech. Počet odcházejících se pohybuje v rozmezí od 14 do 22 dětí (2 sloupec). **Celkově za 5 let odešlo 90 jedinců.** Zastoupení psychicky nemocných dětí z tohoto počtu je vyjádřeno hodnotami 3 až 12. Celkem jich **zjišťujeme 38.** Počet dětí s duševním onemocněním je jako obvykle rozlišen na dívky a chlapce, kterých v DDŠ Měcholupy nalézáme shodný počet – 19 od každého pohlaví. Absolutní údaje jsou v posledním sloupci převedeny na relativní podíl psychicky nemocných z celkového počtu odcházejících. Celková **relativní četnost psychicky nemocných jedinců je 42,2 %.**

V tabulce č. 8 opět nalezneme zastoupení jednotlivých psychických nemocí, jak byly zaznamenány u dětí s psychiatrickou péčí (diagnózou) opouštějících v 5 sledovaných letech Dětský domov se školou v Měcholupech.

U výše uvedeného zařízení zjišťujeme, že se v průběhu 5 zkoumaných let vyskytlo u **38 dětí z celkového počtu odchozích** (údaj z tabulky č. 7) celkem **59 diagnostikovaných poruch**, které jsou rozděleny a zařazeny do **13 skupin psychických onemocnění.**

V 15. řádce tabulky č. 8 bylo nutné přidat kategorii „**Diagnóza nespecifikována**“ z důvodu nezjištění přesné diagnózy u 2 dětí odcházejících z DDŠ Měcholupy v roce 2012, které byly prokazatelně v péči pedopsychiatra.

Postupujeme-li od horního řádku (č. 2), pak první skupinou psychiatrických diagnóz jsou *psychotická onemocnění* – ty se ve sledovaných letech vyskytly u 2 jedinců (v letech 2013 a 2016) – v relativním zastoupení 3,3 %. Jedinci s *afektivními poruchami* (konkr. *bipolární poruchou a depresivní poruchou*) byli zaznamenáni v počtu 3 (roky 2013, 2014 a 2016) a v relativním počtu 5 %. *Trvalé afektivní poruchy* nalézáme u 2 dětí výzkumného vzorku (roky 2014 a 2016) – relativní četnost 3,3 %. Děti s *neurotickými a úzkostnými poruchami* (zde *úzkostná porucha, porucha přizpůsobení a separační úzkostná porucha*) se v absolutní četnosti vyskytovaly v počtu 3 (roky 2013, 2014 a 2016) – relativní počet 5 %. *Poruchou příjmu potravy* trpěli 2 jedinci (v letech 2013 a 2016) – relativní počet 3,3 %. Děti *škodlivě užívajících návykové látky* se objevilo celkem 10 (ve všech sledovaných letech) – relativní četnost vystoupila na 16,9 %. Jedinci s *hyperkinetickými poruchami (ADHD, ADD)* byli zaznamenáni v absolutním počtu 15 (rovněž ve všech sledovaných letech) a relativním počtu 25,4 %, což v rámci DDŠ Měcholupy tvoří nejčastěji se vyskytující diagnózu. *Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka* jsme zaznamenali u 3 dětí (v letech 2013, 2014 a 2016) – relativní výskyt 5 %. *Porucha pohlavní identity* (zde *transsexualismus*) byl zjištěn u 2 jedinců – jedné dívky a jednoho chlapce (roky 2014 a 2015) – relativní počet 3,3 %. Jedinec s *poruchou spánku (somnambulismem)* se vyskytl v 1 případě (rok 2013) s relativní četností 1,7 %. *Psychické poruchy se somatickým projevem (zde neorg. enuréza)* byly zjištěny u 3 dětí (roky 2013, 2014 a 2016) – relativní výskyt 5 % a jedince se *smíšenou poruchou chování a emocí* zaznamenáváme v 10 případech v rovnocenném zastoupení dívek i chlapců (všechny roky s výjimkou roku 2015) s relativní četností 16,9 %.

Jak již bylo uvedeno *diagnóza nebyla specifikována* u 2 dětí (v roce 2012), což tvoří relativní / procentuální podíl 3,3 %.

TABULKA č. 8:

Dětský domov se školou Měcholupy							
Psychická porucha, diagnóza	2012	2013	2014	2015	2016	Celkem	
psychotická onemocnění (schizofrenie, F2)	---	0 + 1 1	---	---	0 + 1 1	0 + 2 2	3,3 %
afektivní poruchy – (bipolární porucha, F31 depresivní porucha, F32)	---	1 + 0 1	1 + 0 1	---	1 + 0 1	3 + 0 3	5 %
trvalé afektivní poruchy (F34)	---	---	1 + 0 1	---	1 + 0 1	2 + 0 2	3,3 %



neurotické a úzkostné poruchy (úzkostná por. F41, por. přizpůsobení F43.2, sep. úzkostná porucha F93)	---	0 + 1 1	0 + 1 1	---	1 + 0 1	1 + 2 3	5 %
poruchy příjmu potravy	---	1 + 0 1	---	---	0 + 1 1	1 + 1 2	3,3 %
škodlivé užívání návykových látek (F1x.1)	1 + 0 1	2 + 1 3	2 + 1 3	1 + 0 1	1 + 1 2	7 + 3 10	16,9 %
závislost na návykových látkách (F1x.2)	---	1 + 0 1	---	---	---	1 + 0 1	1,7 %
hyperkinetické poruchy (porucha pozornosti a aktivity, F90)	1 + 1 2	1 + 2 3	1 + 2 3	1 + 0 1	3 + 3 6	7 + 8 15	25,4 %
specifické vývojové poruchy řeči a jazyka	---	0 + 1 1	0 + 1 1	---	0 + 1 1	0 + 3 3	5 %
porucha pohl. identity (např. transsexualismus, F64)	---	---	1 + 0 1	0 + 1 1	---	1 + 1 2	3,3 %
poruchy spánku – somnambulismus (F51.3)	---	0 + 1 1	---	---	---	0 + 1 1	1,7 %
psychické poruchy se somatickým projevem – (např. neorg. enuréza, F98.0)	---	1 + 0 1	0 + 1 1	---	1 + 0 1	2 + 1 3	5 %
smíšená porucha chování a emocí (F92.8)	1 + 2 3	0 + 2 2	2 + 0 2	---	2 + 1 3	5 + 5 10	16,9 %
diagnóza NESPECIFIKOVÁNA	1 + 1 2	---	---	---	---	1 + 1 2	3,3 %
<b>Celkem diagnostikovaných poruch</b>	4 + 4 8	7 + 9 16	8 + 6 14	2 + 1 3	10 + 8 18	30 + 29 59	100%
disharmonický vývoj osobnosti	1 + 2 3	2 + 1 3	0 + 1 1	---	---	3 + 4 7	---

V předposledním řádku (*tab. č. 8*) můžeme jako u všech tabulek konkrétních diagnóz vyskytujících se v jednotlivých zařízeních sledovat souhrn psychických onemocnění u všech 38 sledovaných dětí v jednotlivých zkoumaných letech. **Celkem za 5 let nacházíme 59 diagnóz – psychických poruch.**

V posledním řádku *tabulky č. 8* nalézáme *disharmonický vývoj osobnosti*, který je naznačen u 7 jedinců. Pokud počet takto osobnostně nestandardních jedinců přepočteme na procentuální podíl z počtu 38 jinak psychicky nemocných jedinců, dostáváme hodnotu 18,4 %.

Mezi jednotlivými psychiatrickými diagnózami dětí odcházejících z Dětského domova se školou v Měcholupech dominovaly **hyperkinetické poruchy (ADHD, ADD)** – zastoupeny **v četnosti 25,4 %** (tedy čtvrtina všech psychiatrických onemocnění dětí opouštějících zařízení je tvořena hyperkinetickými poruchami). Na další pozici se zcela shodně vyskytují: **škodlivé užívání návykových látek a smíšená porucha chování a emocí** – obě poruchy zastoupeny **v četnosti 16,9 %**.

Počet psychiatricky nemocných (a léčených) jedinců odcházejících z DDŠ Měcholupy byl v 5 letech různorodý, nepravidelně rozložený jak absolutním počtem, tak procentuálním výskytem. **Rok 2015** byl ve srovnání s ostatními roky **spíše slabší - 21,4 %**, **roky 2012 a 2013** byly svým procentuálním zastoupením nemocných dětí **průměrné - 36,8 % a 38,8 %**. **A roky 2014 a 2016** byly výskytem psychiatricky nemocných dětí zcela nadprůměrné – **52,9 % a 54,5 %**.

Je třeba podotknout, že i rok 2015, relativním počtem psychicky nemocných nejslabší v souboru dětí DDŠ Měcholupy, by ve srovnání s četností výskytu jevu, která se projevila u předchozích 2 dětských domovů, patřil k rokům spíše průměrným (porovnání s DD Planá), nebo k rokům s nejvyšším výskytem psychicky nemocných odchodících dětí (DD Plzeň). O skutečně vyšším výskytu jedinců s psychiatrickým onemocněním koneckonců svědčí i údaj z *tabulky č. 7* (v porovnání s *tabulkami č. 1 a č. 4*) – **celkový podíl psychicky nemocných z počtu odcházejících dětí** ve sledovaných 5 letech – **v DDŠ Měcholupy je to 42,2 %**, tj. **více než dvojnásobně vyšší četnost** než stejná hodnota v **DD Planá** (celkem 19,1 %) **a více než trojnásobně vyšší relativní četnost** oproti údaji zjištěnému v **DD Plzeň** (celkem 13,5 %).

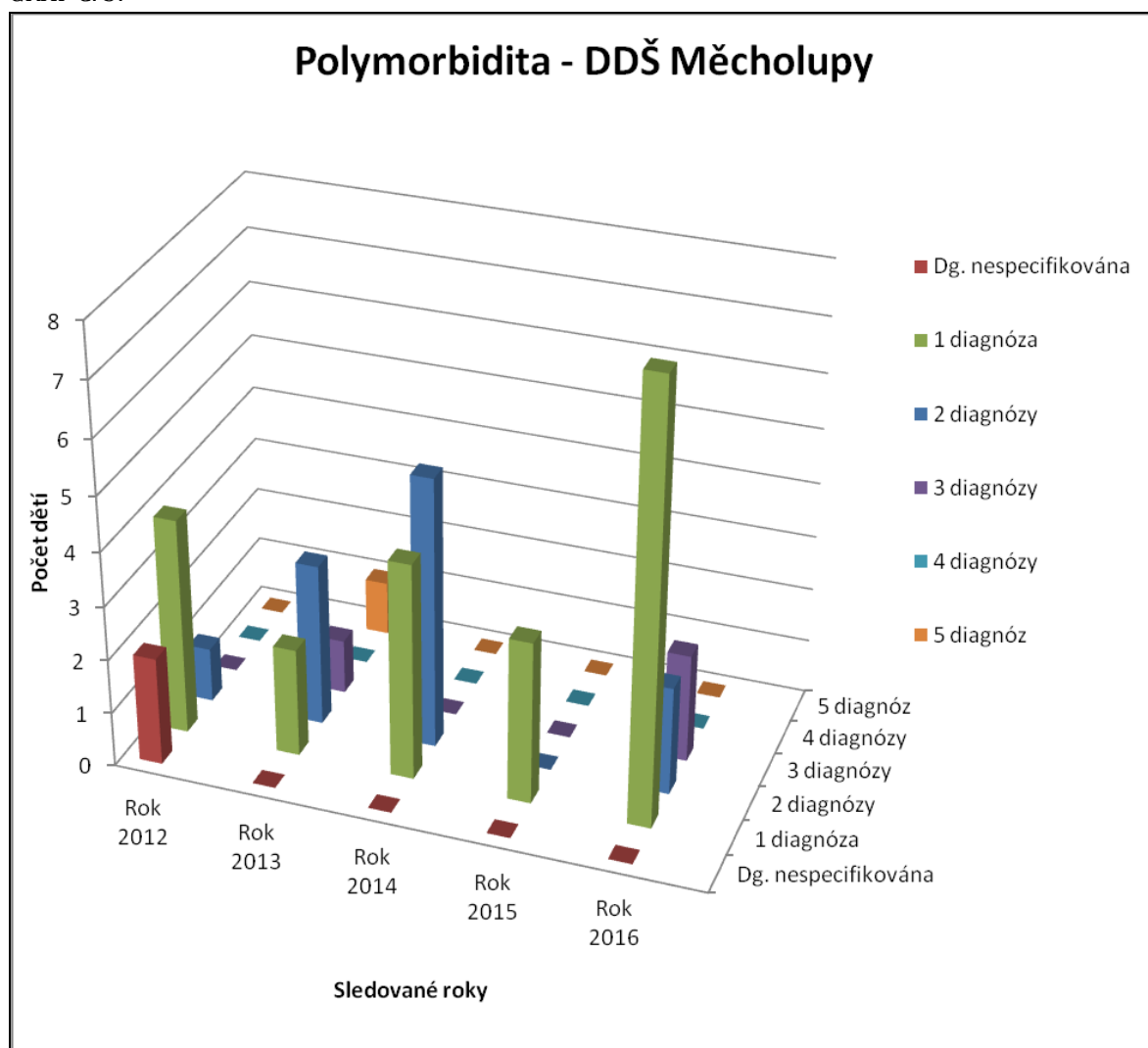
TABULKA č. 9:

POLYMORBIDITA - DDŠ MĚCHOLUPY							
Roky	Počet diagnóz	0	1	2	3	4	5
Rok 2012		2	4	1	0	0	0
Rok 2013		0	2	3	1	0	1
Rok 2014		0	4	5	0	0	0
Rok 2015		0	3	0	0	0	0
Rok 2016		0	8	2	2	0	0

V závěru podkapitoly **2.3.3 DDŠ Měcholupy** se opět soustředíme na současnou kombinaci více duševních poruch u dětí z tohoto zařízení – sledujeme **četnost polymorbidity**.

Ve výše uvedené *tabulce č. 9* a dále v *grafu č. 3* zjišťujeme: v roce 2012 *nebylo u 2 dětí možné zjistit konkrétní dg.* – to je i celkový počet nezjištěných diagnóz (ve všech 5 letech), pouze s *jednou poruchou* se v pětiletém období vyskytlo celkem 21 jedinců. Kombinaci 2 diagnóz zaznamenáváme celkem u 11 dětí. Souběh výskytu 3 diagnóz nalezneme v celém období u 3 jedinců a v kategorii současného výskytu 5 diagnóz nacházíme 1 chlapce (u něhož byl diagnostikován *syndrom ADHD, smíšená porucha chování a emocí, porucha přizpůsobení* a dále *specifická porucha artikulace a porucha spánku, somnambulismus*). Takovýto souběh 5 diagnóz je výjimečný (nenalezneme jej v žádném dalším zařízení) a souvisí jak s vývojovými dispozicemi hoch, tak s výrazně nestabilním, narušeným rodinným prostředím a nerespektováním jeho specifických projevů a potřeb (ADHD, por. přizpůsobení). **Polymorbidita psychických poruch** se v tomto zařízení jeví jako **mírně nadprůměrná** – 23 dětí s jedním onemocněním oproti 15 dětem s více nemocemi.

GRAF Č. 3:



## 2.3.4 Dětský domov se školou Hostouň (zahrnující 2 skupiny výchovně léčebné jednotky)

Dětský domov se školou v Hostouni je jednou ze součástí rozsáhlého výchovného zařízení s názvem Výchovný ústav, dětský domov se školou, základní škola, střední škola a školní jídelna Hostouň. V tomto zařízení jsou tedy umístěny děti školou povinné (v části DDŠ) i děti, které povinnou školní docházku dokončily a připravují se v části výchovný ústav na své budoucí povolání (učební obory kuchař a farmář). Pro účely našeho výzkumu nás bude zajímat pouze část dětského domova se školou a děti v ní umístěné.

V rámci DDŠ pracují 4 výchovné skupiny po osmi dětech a dvě skupiny léčebně výchovné jednotky (v každé z nich 6 dětí). Dětský domov se školou je koedukovaný – jsou v něm umístěny i dívky ve dvou skupinách. Chlapci se s dívkami setkávají v průběhu školního vyučování (třídy jsou koedukované) a během některých společných zájmových aktivit.

TABULKA č. 10:

ROK	Počet odchozích dětí	Počet odchozích s psychiatrickým onemocněním	Z toho dívek	Z toho chlapců	Podíl psych. nemocných z celkového počtu odchozích
2012	17	12	0	12	70,5 %
2013	20	12	0	12	60 %
2014	20	8	0	8	40 %
2015	17	10	2	8	58,8 %
2016	21	13	1	12	61,9 %
<b>CELKEM</b>	<b>95</b>	<b>55</b>	<b>3</b>	<b>52</b>	<b>57,8 %</b>

V tabulce č. 10 sledujeme ve druhém sloupci celkový počet odchozích ze zařízení DDŠ Hostouň v letech 2012 až 2016 a v dalším sloupci počty dětí s psychiatrickou diagnózou z tohoto počtu odchozích. Počet odcházejících je v intervalu od 17 do 21 dětí. **Celkem tedy v pěti letech odešlo 95 dětí.** Zastoupení dětí s psychiatrickou diagnózou je vyjádřeno četností od 8 až po 13. **Celkově zjišťujeme 55 dětí s psychickou poruchou** z celkového počtu odchozích. Počty dívek a chlapců nám prozrazují, že i přes koedukovanost dětského domova se školou je výskyt dívek mezi jedinci s psychickým onemocněním minimální – zde jsme zjistili 3 dívky a 52 chlapců (zařízení začalo přijímat dívky přibližně před 4 roky, do té doby bylo z hlediska pohlaví umístěných dětí homogenní). Dívky s psychiatrickou diagnózou se vyskytují pouze v posledních dvou sledovaných letech v celkové četnosti 3, což odráží i jejich nízké početní zastoupení v populaci dětí v DDŠ Hostouň.

Relativní – procentuální počty vykazující podíl psychicky nemocných z dílčích počtů odchozích v jednotlivých zkoumaných letech nalezneme v posledním – 6. sloupci *tabulky č. 10*. Údaj shrnující všechny roky a **vyjadřující celkový počet nemocných z celkového počtu odchozích v DDŠ Hostouň činí 57,8 %**.

V *tabulce č. 11* tentokrát můžeme opět zjistit zastoupení jednotlivých psychických onemocnění tak, jak byly zaznamenány u dětí s psychiatrickou diagnózou, které opustily v 5 sledovaných letech Dětský domov se školou v Hostouni.

U tohoto zařízení (specifického výchovně léčebnou jednotkou) můžeme zjistit, že se v průběhu roků 2012 - 2016 vyskytlo u **55 dětí ze všech odchozích** (údaj z *tabulky č. 10*) celkem **75 diagnostikovaných poruch**, které jsou rozděleny a zařazeny do **11 skupin psychických onemocnění**.

První skupinou psychiatrických diagnóz v *tabulce č. 11* jsou *psychotická onemocnění* – ty se v celém 5letém období vyskytly u 1 jedince (v roce 2016) – v relativním zastoupení 1,3 %. Jedinci s *neurotickými a úzkostnými poruchami* (zde *porucha přizpůsobení*) byli registrováni v počtu 3 (roky 2014, 2015 a 2016) – relativní počet 4 %. *Škodlivé užívání návykových látek* se objevilo celkem u 10 dětí (v letech 2014, 2015 a 2016) – relativní četnost tedy 10,6 %. *Závislost na návykových látkách* byla diagnostikována u 2 jedinců (v roce 2013) – relativní počet 2,6 %. V případě 1 jedince (v roce 2012) byl zaznamenán *organický psychosyndrom* (v *důsledku užívání návykových látek* – zde vlivem užívání kanabinoidů a metamfetaminu / pervitinu) – relativní četnost 1,3 %. Jedinci s *hyperkinetickými poruchami* (ADHD, ADD) se vyskytli v absolutním počtu 36 (ve všech 5 letech) a relativním počtu 48 %, což tuto poruchu činí nejčastěji se vyskytujícím psychickým onemocněním v DDŠ Hostouň. *Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka* jsme zaznamenali u 1 jedince (v roce 2012) – relativní výskyt 1,3 %. Jedinci s *jinými poruchami psychosexuálního vývoje* (*sexuálně nepřiměřenou aktivitou*), př. *poruchou sex. preference* (zde *pedofilní zaměření*) byli zaznamenáni v počtu 1+1 (roky 2012 a 2015) – relativní četnost výskytu 2,6 %. *Psychické poruchy se somatickým projevem* (*neorg. enuréza / enkopréza*) se projevily u 4 dětí (v letech 2012 a 2014) – relativní výskyt 5,3 %. *Psychické poruchy se somatickým projevem* (zde *tiková motorická a vokální por. a dále kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková por. – Tourettův syndrom*) se obě projevily u 1 chlapce (v roce 2014) – relativní četnost 1,3 %. Jedinci se *smíšenou poruchou chování a emocí* byli diagnostikováni v 15 případech (všechny sledované roky) s relativní četností výskytu rovných 20 %.

V 13. řádce (*tab. č. 11*) nalézáme, jako u dalších zařízení, souhrnné počty psychických onemocnění (diagnóz) u všech 55 sledovaných dětí v jednotlivých zkoumaných letech. **Celkem za 5 let nacházíme 75 psychických onemocnění**.

V posledním řádku *tabulky č. 11* můžeme zjistit počty dětí s *disharmonickým vývojem osobnosti* v jednotlivých zkoumaných letech. V celkovém součtu byl diagnostikován u 20 jedinců (jedné dívky a 19 chlapců). Pokud počet takto osobnostně nestandardně se vyvíjejících jedinců (pravděpodobně směrem k některému typu poruchy osobnosti) přepočteme na procentuální podíl z počtu 55 jinak psychicky nemocných jedinců, dostáváme relativní hodnotu 36,3 %. Toto vysoké

procentuální zastoupení jevu (narušeného vývoje) odpovídá charakteru zařízení DDŠ Hostouň, ve kterém jsou ve zvýšené míře umisťovány děti a mladiství se závažnými poruchami chování, se zkušenostmi s pácháním trestné činnosti (př. jednáním se znaky tr. činnosti). *Disharmonický vývoj osobnosti* koresponduje s výskytem asociálního chování, s projevy v rozporu se společenskými požadavky.

V Dětském domově se školou v Hostouni při porovnání četnosti výskytu jednotlivých psychických onemocnění dominují jednoznačně **hyperkinetické poruchy (ADHD, ADD)** – které jsou zastoupeny téměř v polovině diagnóz, **v četnosti 48 %**. Další pozici v zastoupení psychických poruch obsadily **smíšené poruchy chování a emoci** – **v relativní četnosti 20 %**. Ne příliš překvapivě se jako 3. nejčastější diagnóza vyskytuje **škodlivé užívání návykových látek**, které spolu se **závislostmi** nacházíme ve **13,2 % případů**.

Počet psychiatricky nemocných dětí odcházejících z DDŠ Hostouň byl v 5 sledovaných letech v porovnání s ostatními zařízeními vysoký, odpovídající přítomnosti 2 skupin výchovně léčebné jednotky (s kapacitou 12 dětí). Tři roky, respektive 4 byly relativním poměrem psychicky nemocných k počtu odcházejících dětí vysoce nadprůměrné - **roky 2012, 2013 a roky 2015, 2016: procentuální zastoupení od 58,6 % do 70,5 %**. Musím upozornit, že během všech těchto 4 roků bylo mezi odcházejícími jedinci nadpoloviční množství jedinců s psychiatrickou diagnózou. **Rok 2012** měl zastoupení nemocných dokonce více než dvoutřetinové (uvedených **70,5 %**). **Rok 2014** byl výskytem psychiatricky nemocných dětí sice podprůměrný, přesto však hodnota relativní četnosti je vysoká – **40 %** (srovnej s výskytem této hodnoty v jednotlivých letech u obou DD – Planá i Plzeň).

Soudím, že není zcela od věci, zamýšlet se nad takto vysokým výskytem psychicky nemocných chlapců a dívek, kteří byli výzkumem zjištěni. Nabízí se otázka, **jestli může negativní vliv sehrávat i prostředí DDŠ**. Jednoduše, **zda umístěné děti nejsou v zařízení pod intenzívním psychickým tlakem** (aniž bychom rozlišovali, odkud tento tlak může pramenit), jehož výsledkem je **nárůst a rozvoj psychiatrických onemocnění a maladaptací těchto dětí**. Neboť počet nemocných ve výchovně – léčebné jednotce je relativně zanedbatelný v porovnání s celkovými počty dětí v DDŠ (nekoresponduje s poměrem psych. nemocných vůči počtu dětí bez poruchy). Tuto domněnku, vyvolanou aktuálně zjištěnými údaji by mohl potvrdit či vyvrátit výzkum psychiatrické zátěže porovnávací děti přicházející a děti po proběhlém pobytu odcházející ze zařízení.

V závěru analýzy zjištěných údajů z Dětského domova se školou v Hostouni mám potřebu znovu zopakovat, že toto zařízení je specifické svojí částečnou specializací, tj. **přítomností výchovně – léčebné jednotky**, jejíž existence mnohdy ovlivňuje charakter a terapeuticko - výchovnou náročnost umístěných dětí. Do výchovně – léčebné jednotky jsou cíleně umisťovány děti s různými psychiatrickými diagnózami. Často má na umístění významnější vliv přítomnost psychiatrické diagnózy než skutečnost, že v jiných ohledech – osobnostní stabilita / labilita, poruchové chování, přítomnost / nepřítomnost sebereflexe – je dítě spíše kontraindikované pro umístění do zařízení typu DDŠ.

TABULKA č. 11:

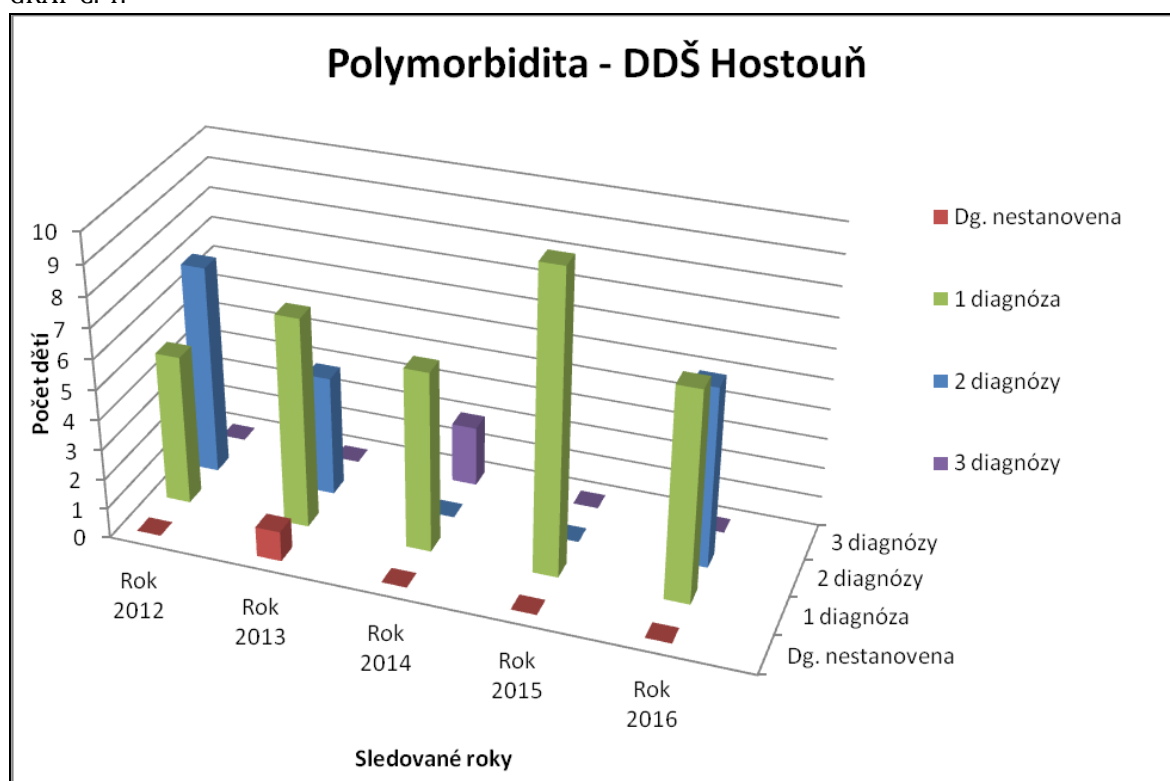
Dětský domov se školou Hostouň							
Psychická porucha, diagnóza	2012	2013	2014	2015	2016	Celkem	
psychotická onemocnění					0 + 1 1	0 + 1 1	1,3 %
neurotické a úzkostné poruchy (por. přízpůsobení, F43.2)			0 + 1 1	0 + 1 1	0 + 1 1	0 + 3 3	4 %
škodlivé užívání návykových látek (F1x.1)			0 + 1 1	2 + 1 3	0 + 4 4	2 + 6 8	10,6 %
závislost na návykových látkách (F1x.2)	0 + 2 2					0 + 2 2	2,6 %
organ. psychosyndrom (v důsledku užívání návyk. látek)	0 + 1 1					0 + 1 1	1,3 %
hyperkinetické poruchy (porucha pozornosti a aktivity, F90)	0 + 8 8	0 + 11 11	0 + 6 6	0 + 3 3	0 + 8 8	0 + 36 36	48 %
specifické vývojové poruchy řeči a jazyka		0 + 1 1				0 + 1 1	1,3 %
jiné poruchy psychosex. vývoje (sex. nepřiměřená aktivita) + por. sexuální prefer. (pedofilní or. F65.4)	0 + 1 1			0 + 1 1		0 + 2 2	2,6 %
psychické poruchy se somatickým projevem – (neorganická enuréza / enkopréza, F98.0 / F98.1)	0 + 3 3		0 + 1 1			0 + 4 4	5,3 %
psychické poruchy se somatickým projevem – tiková por. (F95, F95.1, F95.2)			0 + 2 2			0 + 2 2	2,6 %
smíšená porucha chování a emocí (F92.8)	0 + 4 4	0 + 3 3	0 + 1 1	0 + 2 2	1 + 4 5	1 + 14 15	20 %
<b>Celkem diagnostikovaných poruch</b>	0 + 19 19	0 + 15 15	0 + 12 12	2 + 8 10	1 + 18 19	3 + 72 75	100%
disharmonický vývoj osobnosti	0 + 2 2	0 + 6 6	0 + 4 4	0 + 3 3	1 + 4 5	1 + 19 20	---

V **DDŠ Hostouň** se četnost polymorbidity jeví jako průměrná – 36 jedinců s jednou diagnózou oproti 19 jedincům s více diagnózami (v přibližném relativním vyjádření se jedná o třetinový výskyt dětí s vícečetným psychickým onemocněním a 2 třetiny dětí s jednou nemocí). Konkrétně v *tabulce č. 12* a také v *náhledu v grafu č. 4* sledujeme: u 1 chlapce nebyla konkrétní diagnóza stanovena (v roce 2013), byl u něj konstatován disharmonický vývoj osobnosti, jímž se náš výzkum přímo nezabývá; jedno onemocnění bylo ve všech sledovaných letech diagnostikováno u celkem 35 jedinců; Kombinaci 2 diagnóz nalezneme u 17 dětí; a současný výskyt 3 diagnóz nalezneme v celém období u pouhých 2 jedinců (u obou v roce 2014).

TABULKA č. 12:

POLYMORBIDITA - DDŠ HOSTOUŇ					
Roky	Počet dg.	0	1	2	3
Rok 2012		0	5	7	0
Rok 2013		1	7	4	0
Rok 2014		0	6	0	2
Rok 2015		0	10	0	0
Rok 2016		0	7	6	0

GRAF Č. 4:





### 2.3.5 Dětský diagnostický ústav Hradec Králové

Dětský diagnostický ústav a středisko výchovné péče v Hradci Králové je školské zařízení provádějící sociální, speciálně pedagogickou, psychologickou, školskou a zdravotní diagnostiku umístěných nezletilých dětí. Do části DDÚ jsou v současné době přijímány výhradně děti s nařízenou ústavní nebo uloženou ochrannou výchovou (př. na základě předběžného opatření soudu). Ještě do srpna 2017 (tedy po celé časové období sledované v našem výzkumu – kalendářní roky 2012 – 2016) však bylo možné přijímat dítě do diagnostického ústavu i na základě smlouvy se zákonným zástupcem dítěte. *(Ve výzkumném vzorku jedinců z DDÚ Hradec Králové jsou tedy zahrnuté také děti na smluvním – dobrovolném pobytu.)* Spádovou oblastí tohoto diagnostického ústavu je Hradecký kraj a Pardubický kraj. Pracovníci DDÚ Hradec Králové (etoped – metodik koordinátor) metodicky vedou zařízení pro výkon ÚV a OV v územním obvodu DDÚ.

Děti jsou v diagnostickém ústavu zařazeny do některé z výchovných skupin – pracují a vzdělávají se pod odbornou speciálně pedagogickou péčí. O skupinu pečují 2 denní vychovatelé, přičemž je zachován model muž a žena (z důvodu vyváženosti odlišných pedagogických principů a genderových modelů jednání, a též z důvodu odlišného nastavení jednotlivých dětí vůči různým způsobům uplatňování autority). Pobyt v zařízení se řídí některými prvky komunitního systému fungování (celoústavní komunita se koná 1x v týdnu). V DDÚ pracuje dětská „Spoluspráva“, která má prostor vyjádřit své náměty a požadavky k životu v zařízení; 1x měsíčně přednáší své návrhy a poznatky přímo řediteli diagnostického ústavu.

TABULKA č. 13:

<b>ROK</b>	<b>Počet příchozích dětí</b>	<b>Počet příchozích s psychiatrickým onemocněním</b>	<b>Z toho dívek</b>	<b>Z toho chlapců</b>	<b>Podíl psych. nemocných z celkového počtu příchozích</b>
<b>2012</b>	<b>109</b>	<b>30</b>	8	22	<b>27,5 %</b>
<b>2013</b>	<b>114</b>	<b>40</b>	5	35	<b>35,0 %</b>
<b>2014</b>	<b>81</b>	<b>36</b>	6	30	<b>44,4 %</b>
<b>2015</b>	<b>88</b>	<b>31</b>	9	22	<b>35,2 %</b>
<b>2016</b>	<b>70</b>	<b>24</b>	10	14	<b>34,2 %</b>
<b>CELKEM</b>	<b>462</b>	<b>161</b>	<b>38</b>	<b>123</b>	<b>34,8 %</b>

V *tabulce č. 13* můžeme porovnat počty tentokrát **příchozích dětí** z prvního ze dvou sledovaných diagnostických ústavů - z Dětského diagnostického ústavu v Hradci Králové (*2. sloupec*) a počty jedinců, kteří z počtu přicházejících byli klasifikováni psychiatrickou diagnózou (*3. sloupec*) v 5 zkoumaných letech. Počet přicházejících se pohybuje v rozmezí od 70 do 114 dětí. **Celkově za 5 let odešlo z DDÚ Hradec Králové 462 jedinců.** Zastoupení psychicky nemocných dětí z tohoto počtu je vyjádřeno hodnotami 24 až 40. Celkem jich **bylo evidováno 161.** Počet dětí s duševním onemocněním je jako obvykle rozlišen na dívky a chlapce. Ve *4. sloupci* nacházíme 38 dívek a v *5. sloupci* 123 chlapců. Vyšší četnost příchozích a současně vyšší počty psych. nemocných zcela korespondují se smyslem činnosti DDÚ a relativně krátkodobými pobyty v tomto zařízení (zvýšená obměna diagnostikovaných dětí). Absolutní údaje jsou v posledním sloupci převedeny na relativní podíl psychicky nemocných (a léčených) dětí z celkového počtu přicházejících jedinců. **Celková relativní četnost psychicky nemocných jedinců je 34,8 %.**

V *tabulce č. 14* opět sledujeme zastoupení jednotlivých psychických nemocí, jak byly zaznamenány u dětí s psychiatrickým onemocněním, které (v tomto případě) **přicházely** v 5 sledovaných letech do DDÚ v Hradci Králové.

U tohoto diagnostického ústavu zjišťujeme, že se v letech 2012 - 2016 vyskytlo u **161 dětí z celkového počtu příchozích** (údaj z *tab. č. 13*) celkem **214 diagnostikovaných onemocnění**, která jsou rozdělena a zařazena do **17 skupin psychických onemocnění**. V *řádku č. 19* nám přibývá nová hodnota - četnost **nezjištěných diagnóz** (s počty dětí, resp. onemocnění, jejichž specifikaci nebylo možné zjistit).

Ve druhém řádku *tabulky č. 14* nacházíme první kategorii psychiatrických diagnóz, což jsou *vývojové poruchy* (zde konkrétně *Aspergerův syndrom* a *nespecifikované poruchy autistického spektra*) - ty se ve sledovaných letech vyskytly u 3 jedinců (v letech 2014, 2015 a 2016) - v relativním zastoupení 1,4 % z celkového počtu diagnostikovaných poruch. Jedinci s *afektivními poruchami* (konkr. *bipolární poruchou* a *depresivní poruchou*) byli diagnostikováni v počtu 3 (roky 2013, 2014 a 2015) a v relativním počtu 1,4 %. *Trvalé afektivní poruchy* se vyskytly u 3 dětí z celkového počtu onemocnění (roky 2012 a 2014) - relativní četnost 1,4 %. Děti s *neurotickými a úzkostnými poruchami* (zde konkrétně *fobické poruchy*, *generalizovaná úzkostná porucha* a *poruchy přizpůsobení, např. posttraumatický stresový syn.*) se v absolutní četnosti objevily u 10 jedinců (ve všech letech s výjimkou roku 2015) - relativní počet 4,6 %. *Škodlivé užívání návykových látek* se vyskytlo u 15 jedinců (ve všech letech s výjimkou roku 2014) - relativní četnost vystoupila na 7 %. *Organický psychosyndrom* (tentokrát *poúrazový*) se vyskytl u 1 jedince (v roce 2014) - relativní počet 0,4 %. *Poruchy příjmu potravy* byly zaznamenány u 2 jedinců (v letech 2014 a 2016) - relativní počet 0,9 %. Jedinci s *hyperkinetickými poruchami* (*ADHD, ADD*) byli diagnostikováni v absolutní četnosti 105 (ve všech sledovaných letech) a relativním počtu 49 %, což v DDÚ Hradec Králové vytváří nejčastěji se vyskytující psychiatrickou diagnózu. *Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka* nalézáme u 4 dětí (v letech 2012 a 2015) - relativní výskyt 1,8 %. Jedinec - dívka s *návykovou a impulsivní poruchou* (konkr. *kleptomanie*) byla zjištěna v počtu 1

(v roce 2015) – relativní četnost 0,4 %. *Porucha pohlavní identity* (zde *transsexualismus*) byla zjištěna u 1 jedince – dívky (rok 2015) – relativní počet 0,4 %. *Porucha sexuální preference* (zde diagnostikován *sadomasochismus*) se vyskytla u 1 chlapce (rok 2012) – relativní počet 0,4 %. *Poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací* nalézáme u 1 jedince – chlapce (rok 2013) – relativní počet 0,4 %. Jedince se somatoformními poruchami (např. *somatoformní vegetativní dysfunkcí*, nebo *somatoformní bolestivou poruchou*) registrujeme v 5 případech (roky 2013, 2014 a 2015) s relativní četností 2,3 %. *Psychické poruchy se somatickým projevem* (zde *neorg. enuréza / enkopréza a pika*) byly zjištěny u 28 dětí (ve všech sledovaných letech) – relativní výskyt 13 % a *psychické poruchy se somatickým projevem* (*tikové poruchy / Tourettův syndrom, poruchy spánku*) byly zjištěny u 11 dětí (ve všech sledovaných letech) – relativní výskyt 5,1 %. Jedinci se *smíšenou poruchou chování a emocí* byli zjištěni v 8 případech (roky 2013, 2014 a 2015) s relativní četností 3,7 %.

U výzkumného vzorku psychicky nemocných dětí z diagnostického ústavu v Hradci Králové opět využívám kategorii **diagnóza nespecifikována**. Vede mne k tomu skutečnost, že ve zdravotních záznamech databáze „Foster“ není u několika ze 161 dětí úzkého výzkumného vzorku možné jednoznačně zjistit, jaké duševní onemocnění bylo psychiatrem u dítěte diagnostikováno (u dětí z diagnostických ústavů jsem ve většině případů využíval zdravotních záznamů – výpisů ze zdravotní dokumentace, neboť jiné zdroje nebyly u plného počtu sledovaného vzorku dosažitelné). Na řádku č. 19 tedy vidíme počet *nerozlišených - nespecifikovaných diagnóz*, který v absolutním čísle činil 12 (zjištěn ve všech výzkumných letech) – v relativním vyjádření 5,6 %.

TABULKA č. 14:

Dětský diagnostický ústav Hradec Králové							
Psychická porucha, diagnóza	2012	2013	2014	2015	2016	Celkem	
pervazivní vývojové poruchy (Aspergerův syndrom, F84.5, nespec. PAS)	---	---	0 + 1 1	0 + 1 1	0 + 1 1	0 + 3 3	1,4 %
afektivní poruchy – (bipolární porucha, F31 depresivní porucha, F32)	---	0 + 1 1	1 + 0 1	0 + 1 1	---	1 + 2 3	1,4 %
trvalé afektivní poruchy (dystymie, F34.1, cyklotymie)	0 + 1 1	---	0 + 2 2	---	---	0 + 3 3	1,4 %
neurotické a úzkostné poruchy (fobické por., F40, gen. úzkostná porucha, F41.1, por. přízpusobení, F43)	1 + 0 1	1 + 1 2	1 + 5 6	---	1 + 0 1	4 + 6 10	4,6 %
škodlivé užívání návykových látek, F1x.1	0 + 7 7	1 + 2 3	---	0 + 3 3	1 + 1 2	2+13 15	7 %

organ. psychosyndrom (poúrazový)	---	---	0 + 1 1	---	---	0 + 1 1	0,4 %
poruchy příjmu potravy	---	---	0 + 1 1	---	1 + 0 1	1 + 1 2	0,9 %
hyperkinetické poruchy (porucha pozornosti a aktivity, F90)	5 + 15 20	1 + 28 29	4 + 19 23	4 + 15 19	5 + 9 14	19 + 86 105	49 %
specifické vývojové poruchy řeči a jazyka	1 + 1 2	---	---	0 + 2 2	---	1 + 3 4	1,8 %
návykové a impulsivní por. (kleptománie, F63.2)	---	---	---	1 + 0 1	---	1 + 0 1	0,4 %
porucha pohl. identity (např. transsexualismus, F64)	---	1 + 0 1	---	---	---	1 + 0 1	0,4 %
porucha sexuální preference F65 (somasochismus, F65.5)	0 + 1 1	---	---	---	---	0 + 1 1	0,4 %
poruchy spojené se sex. vývojem a orientací F66	---	0 + 1 1	---	---	---	0 + 1 1	0,4 %
somatoformní poruchy (např. somatoformní veg. dysfunkce, F45.3, somat. bolestivá por., 45.4)	---	0 + 2 2	0 + 1 1	1 + 1 2	---	1 + 4 5	2,3 %
psychické poruchy se somatickým projevem – (neorg. enuréza / enkopréza, F98.0 / F98.1, pika F98.3)	0 + 5 5	0 + 4 4	3 + 4 7	2 + 5 7	2 + 3 5	7 + 21 28	13 %
psychické poruchy se somatickým projevem – (tiková por., por. spánku)	0 + 1 1	0 + 1 1	1 + 2 3	1 + 3 4	1 + 1 2	3 + 8 11	5,1 %
smíšená porucha chování a emocí (F92.8)	---	0 + 4 4	0 + 2 2	2 + 0 2	---	2 + 6 8	3,7 %
diagnóza NESPECIFIKOVÁNA	1 + 2 3	2 + 0 2	1 + 1 2	1 + 0 1	2 + 2 4	7 + 5 12	5,6 %
<b>Celkem diagnostikovaných poruch</b>	8 + 33 41	6 + 44 50	11 + 39 50	12 + 31 43	13 + 17 30	50 + 164 214	100%
disharmonický vývoj osobnosti	2 + 6 8	3 + 11 14	0 + 4 4	1 + 3 4	1 + 2 3	7 + 26 33	---

V předposledním řádku (*tab. č. 14*), jako u každého zařízení, můžeme sledovat souhrn psychických onemocnění u všech 161 sledovaných dětí v jednotlivých zkoumaných letech. **Celkem za 5 let nacházíme 214 psychických poruch.** Tento údaj svědčí o značné míře tzv. komorbidity (polymorbidity), která ukazuje u kolika jedinců došlo k souběhu více poruch současně.

V posledním řádku *tabulky č. 14* nalzáme opět *disharmonický vývoj osobnosti*, který je naznačen u 33 jedinců. Počet takto osobnostně nestandardních jedinců můžeme přepočítat na procentuální podíl z počtu 161 jinak psychicky nemocných jedinců – a dostáváme hodnotu 20,4 % (tento údaj se téměř neliší od relativního výskytu jevu v jednom DD – konkr. DD Planá a v jednom DDŠ – konkr. v Měcholupech – četnost výskytu *disharmonického vývoje osobnosti* je poměrně stabilní v různých typech zařízení).

Mezi jednotlivými psychiatrickými diagnózami dětí přijímaných do Dětského diagnostického ústavu v Hradci Králové svojí četností zřetelně převažují **hyperkinetické poruchy (ADHD, ADD)** – zastoupeny v **relativním počtu 49 %**, dále **psychické poruchy se somatickým projevem** (*enuréza, enkopréza, pika*) – v **relativním počtu 13 %** a **škodlivé užívání návykových látek** – zastoupeno v **četnosti 7 %**. Pokud sloučíme obě skupiny **psychických poruch se somat. projevem** (vč. *tikových poruch a poruch spánku*), pak dostáváme vysokou procentuální hodnotu – **18,1 %** (obdobně vysoká je u těchto poruch ještě v DD Planá).

Vysoký počet dětí s **hyperkinetickými poruchami** je jednoznačný. Výskyt této skupiny onemocnění se svojí procentuální četností podobá stejné kategorii v druhém sledovaném DDÚ – v Plzni (40,1 %) a je téměř shodný s četností výskytu ADHD a ADD syndromu v DDŠ Hostouň (zde 48%; bereme na vědomí přítomnost výchovně – léčebné jednotky v tomto zařízení). V DD Plzeň je četnost výskytu této poruchy nejvyšší ze všech sledovaných institucí – 55,5 % (ale při celkovém počtu psychiatrických poruch 9 je validita této hodnoty poněkud snížena – výzkumný vzorek tohoto zařízení je malý).

Je zapotřebí uvést, že v kategorii **psychické poruchy se somatickým projevem** se nejčastěji (jako dílčí dg.) objevuje **neorganická enuréza**, méně častěji **neorg. enkopréza** a v případě jednoho chlapce **pika – požívání nestravitelných předmětů / látek** (v roce 2015). Ve většině případů se tyto poruchy vyskytovaly komorbidně, jako vedlejší diagnózy přidružené k jiné (hlavní) diagnóze.

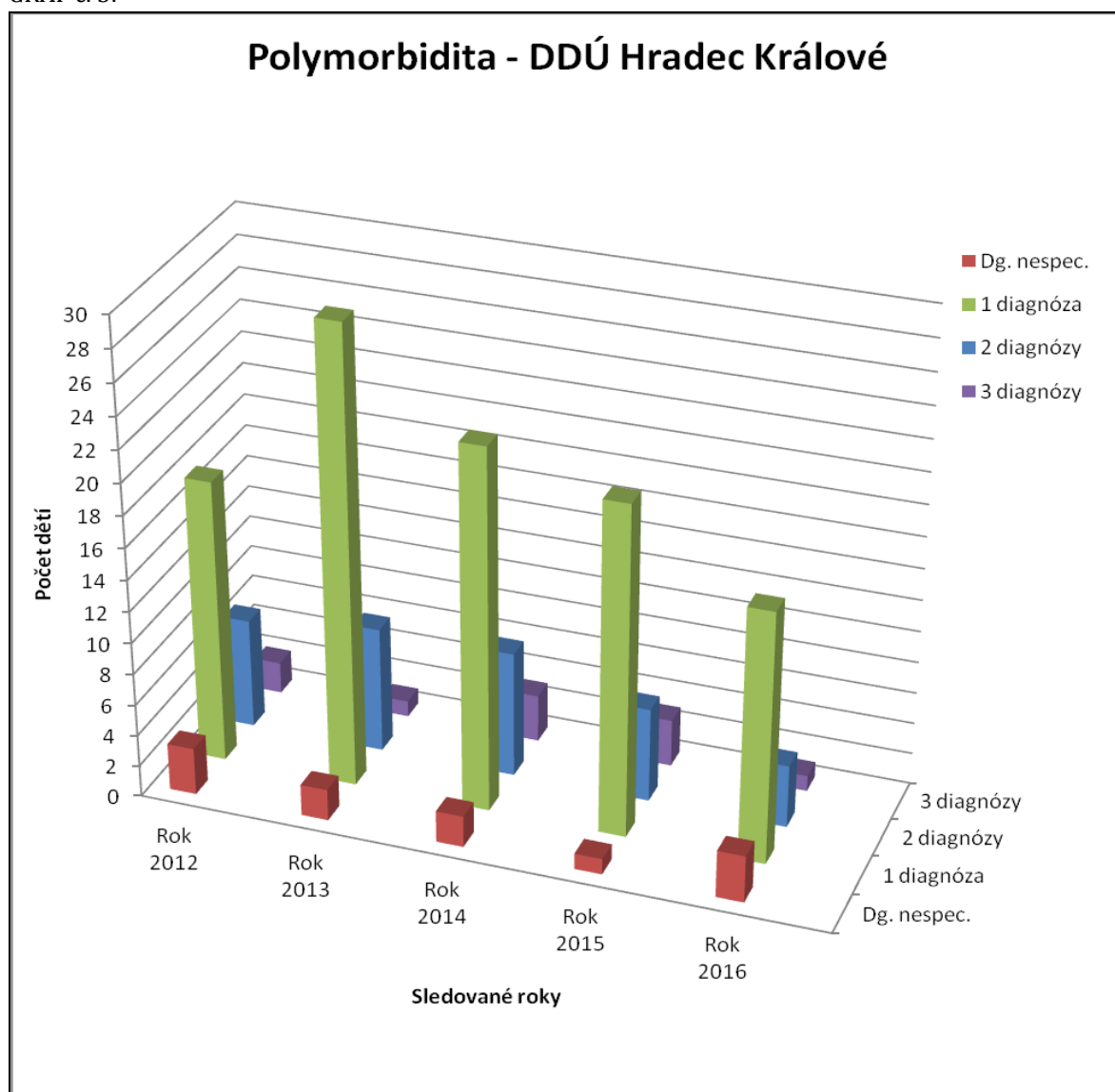
V kategorii **škodlivé užívání návykových látek** se nejčastěji vyskytoval misúzus látek obsahujících THC a alkoholických nápojů (obojí ve shodném počtu případů) a v případě jednoho chlapce škodlivé užívání toluenu.

Počet psychiatricky nemocných jedinců nastupujících do DDÚ Hradec Králové byl ve všech sledovaných letech téměř shodný, **s výjimkou roku 2014** – kdy vystoupil na vysokých **44,4 %**. V ostatních letech se procento psychiatricky nemocných pohybovalo **kolem 35 %**, o něco slabší výskyt jevu vidíme v roce **2012 – 27,5 %**. Zajímavý je **setrvale vyrovnaný výskyt psychiatrických onemocnění** u přijatých dětí ve všech 5 sledovaných letech – v absolutních číslech v rozmezí **od 41 do 53 psychiatrických poruch v každém roce**.

TABULKA č. 15:

POLYMORBIDITA - DDÚ HRADEC KRÁLOVÉ				
Počet diagnóz	0	1	2	3
Roky				
Rok 2012	3	18	7	2
Rok 2013	2	29	8	1
Rok 2014	2	23	8	3
Rok 2015	1	21	6	3
Rok 2016	3	16	4	1

GRAF č. 5:



V závěru této podkapitoly máme opět prostor k porovnání komorbidit, resp. **polymorbidit** u jedinců, kteří do DDÚ Hradec Králové byli přijati ve sledovaných 5 letech. Zřetelně se zvýšil *počet nespécifikovaných diagnóz* (v tabulce č. 15 sloupec označený počtem diagnóz *Q*, přestože jim jistě byla diagnóza stanovena) – celkem 11 dětí. Ve sloupci se současným výskytem *1 onemocnění* nalezneme celkem 107 jedinců. Sloupec komorbidního výskytu *2 diagnóz* obsahuje v celkovém součtu 33 jedinců. A zde poslední sloupec s výskytem *3 souběžně působících diagnóz* obsahuje 10 jedinců. I z celkově vyšších absolutních čísel nemocných jedinců lze porovnáním vysledovat, že výskyt polymorbidních onemocnění – u 43 dětí, je přibližně čtvrtinový oproti tříčtvrtinovému výskytu jedinců s jedním onemocněním (zjištěným či nespécifikovaným) – v součtu 118 dětí. **Polymorbiditu psychiatricky nemocných dětí v DDÚ Hradec Králové** můžeme tedy považovat za **méně četnou – podprůměrnou**.

### 2.3.6 Dětský diagnostický ústav Plzeň

Dětský diagnostický ústav v Plzni je školské zařízení provádějící komplexní diagnostiku dětí s nařízenou ústavní nebo uloženou ochrannou výchovou. Spádovou oblastí tohoto diagnostického ústavu je Plzeňský kraj a Karlovarský kraj. DDÚ Plzeň doporučuje umístění dětí především do školských zařízení ve své spádové oblasti (tři DDŠ – v Měcholupech, v Hostouni a ve Žluticích a deset DD rodinného typu, mj. DD Planá a DD Plzeň).

Součástí DDÚ Plzeň jsou také 3 střediska výchovné péče – přímo v Plzni, v Domažlicích a v Karlových Varech. Ta však nejsou součástí systému výkonu ústavní a ochranné péče. Zde se odehrávají převážně smluvní pobyty dětí (na základě žádosti zákonných zástupců) v rámci preventivně výchovné péče. Výjimečně je terapeutický pobyt dítěte v SVP nařízen soudním rozhodnutím jako výchovné opatření.

V rámci DDÚ Plzeň pracují 4 výchovné skupiny po osmi dětech. Skupiny jsou koedukované stejně jako třídy ZŠ při diagnostickém ústavu. Třídy ZŠ jsou sloučené ročníkově, ale i po stránce vzdělávacích programů (potřeby vyrovnávacích opatření). Velký důraz se zde klade na mimoškolní činnost – skupiny pracují v komunitním režimu. Celá komunita se setkává na 2 denních hodnotících minikomunitách – ráno a po školním vyučování. V týdenním cyklu jsou zařazeny 2 velké komunity – jedna čistě prožitková (z velké části probíhající v režii samotných dětí) a jedna rekapitulační / hodnotící. Celý program je naplněn různorodými zájmovými činnostmi, sportovními a pracovními aktivitami, arteterapií i dramaterapií. U dětí je v maximálně možné míře podporován kontakt s přirozeným mimoústavním prostředím (formou samostatných vycházek a ověřovacích víkendových pobytů v rodině).

TABULKA č. 16:

ROK	Počet příchozích dětí	Počet příchozích s psychiatrickým onemocněním	Z toho dívek	Z toho chlapců	Podíl psych. nemocných z celkového počtu příchozích
2012	142	35	10	25	24,6 %
2013	142	49	13	36	34,5 %
2014	100	22	8	14	22 %
2015	105	31	12	19	29,5 %
2016	78	34	14	20	43,5 %
<b>CELKEM</b>	<b>567</b>	<b>171</b>	<b>57</b>	<b>114</b>	<b>30,1 %</b>

V tabulce č. 16 sledujeme ve druhém sloupci **počet příchozích jedinců** do DDÚ Plzeň v letech 2012 až 2016 (stejně jako u DDÚ Hradec Králové), který **v celku činí 567** (je to nejvyšší číslo odcházejících, resp. přicházejících dětí ze všech 6 zkoumaných zařízení). Posun v metodice sběru dat – sledování příchozích dětí - byl zvolen s ohledem na možnost získávání relevantních údajů z databází dětských diagnostických ústavů. Zároveň je třeba uvést, že počty příchozích i odchozích dětí z DDÚ v delším časovém údobí (zde je porovnáván vždy 1 celý rok) jsou z podstaty diagnostického pobytu srovnatelné. Navíc tento moment zohledňuje počty dětí, **které už s psychiatrickým onemocněním, nebo léčbou do prostředí institucionální péče přicházejí**. Jejich výskyt sledujeme ve třetím sloupci – **celkem v 5 letech 171**. Celkový počet psychicky nemocných je ve 4. a 5. sloupci rozdělen na počty dívek – celkem 57 a chlapců – celkem 114. V šestém sloupci stejně jako v předchozích přehledových tabulkách vidíme **procentuální vyjádření počtu psychiatricky diagnostikovaných dětí z celkového počtu přijatých** do DDÚ Plzeň v daném roce. **Celkový podíl nemocných činí 30,1 %**.

V tabulce č. 17 opět sledujeme zastoupení jednotlivých psychických nemocí, jak byly zaznamenány u jedinců s psychiatrickým onemocněním, kteří **přicházeli** v zkoumaném období do Dětského diagnostického ústavu v Plzni. Vidíme, že se v letech 2012 - 2016 vyskytlo u **171 dětí z celkového počtu příchozích** (údaj z tabulky č. 16) celkem **232 diagnostikovaných onemocnění**, která jsou rozdělena a zařazena do **16 skupin psychických onemocnění** (oproti DDÚ Hradec Králové nalézáme *psychotická onemocnění a separační úzkostnou poruchu* a naopak nejsou zastoupeny *organický psychosyndrom, návykové a impulsivní poruchy a poruchy spojené se sex. vývojem*). Na řádce č. 18 **nezjištěné diagnózy** (počty dětí, respektive onemocnění, jejichž specifikaci se nepodařilo zjistit).



Druhý řádek *tabulky č. 17* obsahuje první skupinu psychiatrických diagnóz, konkrétně *vývojové poruchy* (zde *Aspergerův syndrom*) – ty se ve sledovaných letech vyskytly u 3 jedinců (v letech 2015 a 2016) – v relativním zastoupení 1,2 % z celkového množství poruch. V dalším řádku nalézáme *psychotická onemocnění* (prakticky pouze *schizofrenie*), která se vyskytovala 3 dětí (v letech 2013, 2014) – relativní výskyt 1,2%. Jedinci s *afektivními poruchami* (konkr. *bipolární poruchou* a *depresivní poruchou*) byli diagnostikováni v počtu 4 (roky 2012, 2013 a 2015) a v relativním počtu 1,7 %. *Trvalé afektivní poruchy* se vyskytly u 4 dětí – dívek z celkového počtu nemocných (2012, 2014, 2015 a 2016) – relativní četnost 1,7 %. Děti s *neurotickými a úzkostnými poruchami* (zde konkrétně *sociální fobie*, *generalizovaná úzkostná porucha* a *poruchy přizpůsobení*) se v absolutní četnosti objevilo 12 (ve všech letech s výjimkou roku 2013) – relativní počet 5,1 %. *Škodlivé užívání návykových látek* jsme našli u 23 dívek a chlapců (ve všech letech) – relativní četnost registrujeme 9,9 % (tedy téměř desetina všech psychických onemocnění). *Poruchy příjmu potravy* byly zaznamenány u 2 jedinců – 1 dívka a 1 chlapec (v letech 2012 a 2015) – relativní počet 0,8 %. Jedinci s *hyperkinetickými poruchami* (*ADHD*, *ADD*) byli diagnostikováni v absolutní četnosti 94 a relativním počtu 40,5 % (což je také v DDÚ Plzeň nejčastěji se vyskytující psychiatrická diagnóza). *Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka* nalézáme u 9 jedinců (ve všech sledovaných letech) – relativní výskyt 3,8 %. *Porucha pohlavní identity* – konkr. *transsexualismus*, byla zjištěna u 1 jedince – chlapce (rok 2012) – relativní počet 0,4 %. Stejně tak *porucha sexuální preference* se objevila u 1 jedince – rovněž chlapce (rok 2016) – relativní počet 0,4 %. Jedince se somatoformními poruchami (např. *somatoformní vegetativní dysfunkcí*, nebo *somatoformní bolestivou poruchou*) registrujeme v 5 případech (roky 2013, 2014 a 2016) s relativní četností 2,1 %. *Separáční úzkostnou poruchu* nalézáme u 1 jedince – chlapce (rok 2013) – relativní počet 0,4 %. *Psychické poruchy se somatickým projevem* (zde *neorg. enuréza / enkopréza*) byly zjištěny u 12 dětí (ve všech sledovaných letech s výjimkou roku 2014) – relativní výskyt 5,1 % a *psychické poruchy se somatickým projevem* (*tikové poruchy*, *poruchy spánku*) byly zjištěny u 11 dětí (ve všech sledovaných letech kromě r. 2012) – relativní výskyt 4,7 %. Jedinců se *smíšenou poruchou chování a emocí* bylo nalezeno celkem 32 (ve všech sledovaných letech) s relativní četností 13,7 %.

Jako jednu z kategorií *tabulky* psychiatrických onemocnění používám označení ***diagnóza nespecifikována***. V poznámkách k *tabulkám* předchozího DDÚ vysvětluji, že tato kategorie je u výzkumného vzorku nutná, neboť nelze vždy zpětně zjistit přesnou diagnózu dítěte (ať už z výpisů zdravotní dokumentace, nebo z jiných zdrojů). V *řádku č. 18* (*tab. č. 17*) tedy zjistíme počet *nerozlišených - nespecifikovaných diagnóz*, který v absolutním čísle činí 15 onemocnění - jedinců (zjištěni byli ve všech výzkumných rocích) – v relativním vyjádření 6,4 % z celkového počtu dětí s psychiatrickou diagnózou.

TABULKA č. 17:

Dětský diagnostický ústav v Plzni							
Psychická porucha, diagnóza	2012	2013	2014	2015	2016	Celkem	
pervazivní vývojové poruchy (Aspergerův syndrom, F84.5)	---	---	---	0 + 2 2	0 + 1 1	0 + 3 3	1,2 %
psychotická onemocnění (schizofrenie)	---	0 + 1 1	2 + 0 2	---	---	2 + 1 3	1,2 %
afektivní poruchy – (bipolární porucha, F31 depresivní porucha, F32)	1 + 1 2	1 + 0 1	---	1 + 0 1	---	3 + 1 4	1,7 %
trvalé afektivní poruchy (dystymie, F34.1, cyklotymie)	1 + 0 1	---	1 + 0 1	1 + 0 1	1 + 0 1	4 + 0 4	1,7 %
neurotické a úzkostné poruchy (sociální fobie, F40.1, gen. úzkostná porucha, F41.1, por. přizpůsobení, F43)	2 + 1 3	---	2 + 0 2	2 + 0 2	4 + 1 5	10 + 2 12	5,1 %
škodlivé užívání návykových látek (F1x.1)	4 + 4 8	4 + 4 8	2 + 1 3	2 + 1 3	0 + 1 1	12 + 11 23	9,9 %
poruchy příjmu potravy	1 + 0 1	---	---	0 + 1 1	---	1 + 1 2	0,8 %
hyperkinetické poruchy (porucha pozornosti a aktivity, F90)	4 + 19 23	7 + 21 28	2 + 10 12	0 + 11 11	5 + 15 20	18 + 76 94	40,5 %
specifické vývojové poruchy řeči a jazyka	0 + 2 2	0 + 2 2	0 + 1 1	0 + 1 1	0 + 3 3	0 + 9 9	3,8 %
porucha pohl. identity (např. transsexualismus, F64)	0 + 1 1	---	---	---	---	0 + 1 1	0,4 %
porucha sexuální preference, F65	---	---	---	---	0 + 1 1	0 + 1 1	0,4 %
somatoformní poruchy (např. somatoformní veg. dysfunkce, F45.3, somat. bolestivá por., 45.4)	---	1 + 1 2	1 + 0 1	---	1 + 1 2	3 + 2 5	2,1 %
separační úzkostná porucha F93.0	---	0 + 1 1	---	---	---	0 + 1 1	0,4 %
psychické poruchy se somatickým projevem – (neorganická enuréza / enkopréza, F98.0 / F98.1)	2 + 4 6	0 + 1 1	---	1 + 1 2	1 + 2 3	4 + 8 12	5,1 %

psychické poruchy se somatickým projevem – (tiková por., por. spánku)	---	0 + 3 3	1 + 0 1	1 + 0 1	3 + 3 6	5 + 6 11	4,7 %
smíšená porucha chování a emocí (F92.8)	3 + 2 5	4 + 9 13	2 + 1 3	4 + 3 7	3 + 1 4	16+16 32	13,7 %
<i>diagnóza NESPECIFIKOVÁNA</i>	0 + 1 1	1 + 1 2	0 + 3 3	4 + 3 7	2 + 0 2	7 + 8 15	6,4 %
<b>Celkem diagnostikovaných poruch</b>	18+35 53	18+44 62	13+16 29	16+23 39	20+29 49	85+147 232	100%
disharmonický vývoj osobnosti	4 + 4 8	4 + 5 9	1 + 2 3	2 + 2 4	1 + 3 4	12+16 28	---

V předposledním řádku (*tab. č. 17*), jako u tabulek všech ostatních zařízení, zjišťujeme souhrn psychických onemocnění u všech 171 sledovaných dětí v jednotlivých zkoumaných letech. **Celkem za 5 let nacházíme 232 psychických onemocnění.** Tento údaj svědčí o již zmíněné vysoké míře tzv. komorbidity (přesněji polymorbidity), která značí, u jak velkého počtu jedinců došlo k výskytu více poruch současně. Tabulka polymorbidity je připojena u analýzy údajů každého zařízení účastnícího se výzkumu.

V posledním řádku *tabulky č. 17* nalézáme *disharmonický vývoj osobnosti*, který je naznačen u 28 jedinců. Počet těchto jedinců s osobnostně narušeným vývojem můžeme přepočítat na procentuální podíl z počtu 171 jinak psychicky nemocných jedinců – a dostáváme hodnotu 16,3 % (což přibližně odpovídá relativnímu výskytu v některých dalších zařízeních – DD Plzeň a DDŠ Měcholupy).

Nejvyšší procentuální výskyt ze všech psychiatrických diagnóz dětí přicházejících do Dětského diagnostického ústavu v Plzni dosahují **hyperkinetické poruchy (ADHD, ADD)** – zastoupeny v relativním počtu 40,5 %, následuje **smíšená porucha chování a emocí** – v relativním počtu 13,7 % a jako třetí zjišťujeme **škodlivé užívání návykových látek** – zastoupeno v relativní četnosti 9,9 %.

Vysoký výskyt dětí s **hyperkinetickými poruchami** je jednoznačný. Počet dětí této skupiny onemocnění se svojí relativní četností podobá stejné kategorii v předchozím DDÚ – v Hradci Králové (53,7 %) a je o 7,5 % nižší než výskyt ADHD a ADD syndromu v DDŠ Hostouň, kde činí 48 % (bereme na vědomí přítomnost výchovně – léčebné jednotky v tomto DDŠ).

V kategorii **škodlivé užívání návykových látek** se nejčastěji objevilo zneužití látek obsahujících THC a alkoholických nápojů (výskyt zneužívání marihuany mírně převyšoval alkohol).

Počet psychiatricky nemocných jedinců přicházejících do DDÚ Plzeň byl ve všech sledovaných letech téměř shodný, s **výkyvy v podobě zvýšené četnosti nemocných se setkáme v roce 2013** – kdy absolutní četnost vystoupila na **49 jedinců a také v roce 2016**, kdy pro změnu vystoupilo číslo **relativního výskytu jevu – 43,5 %** (přičemž absolutní počet – 34 dětí, je průměrný a stoupá jen v relaci vůči nízkému počtu celkově příchozích). V ostatních letech se procento psychiatricky nemocných pohybovalo **v rozmezí od 22 % v roce 2014 až po 34,5 % v roce 2013**.

TABULKA č. 18:

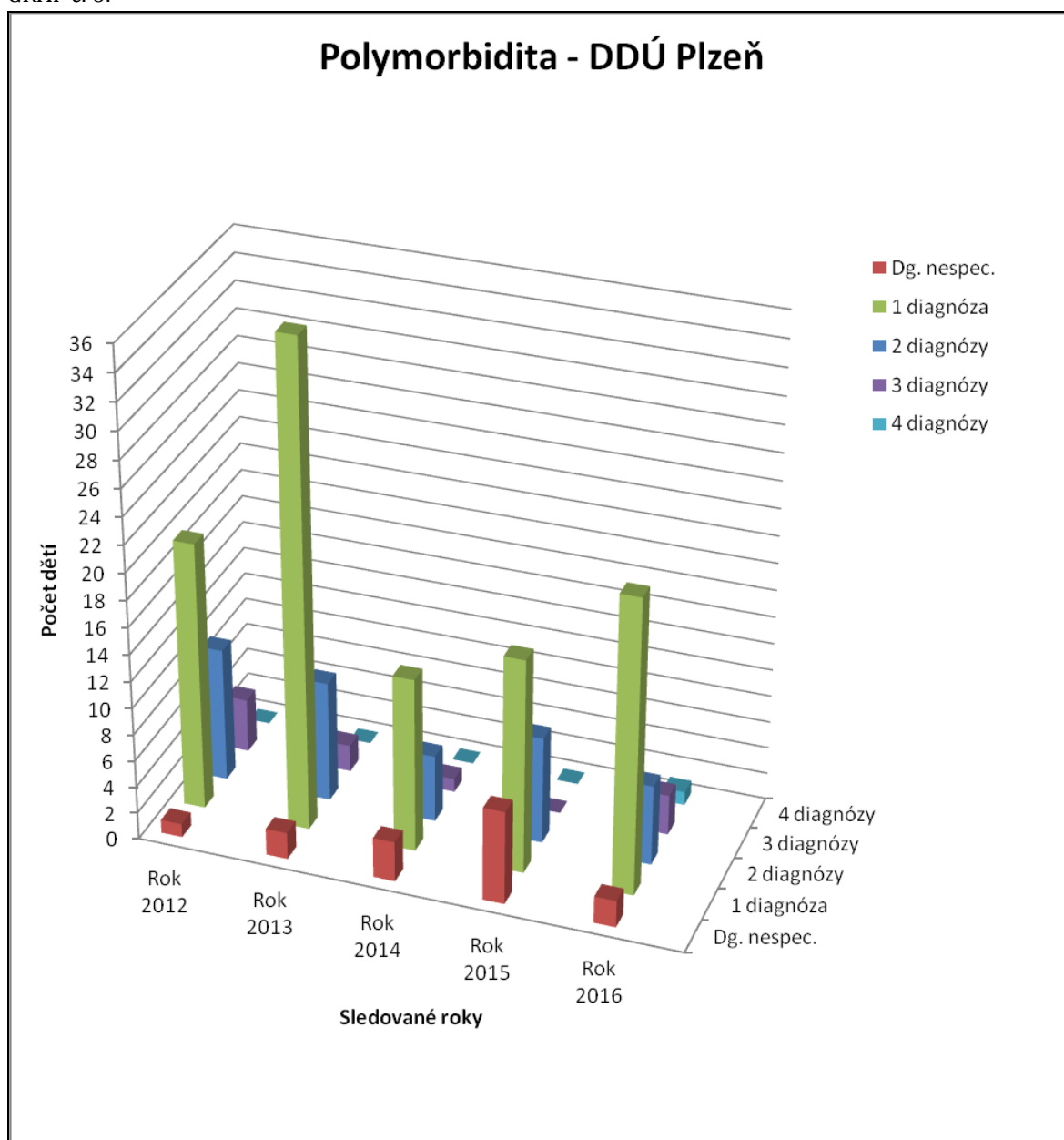
POLYMORBIDITA - DDÚ PLZEŇ					
Počet diagnóz	0	1	2	3	4
Roky					
Rok 2012	1	20	10	4	0
Rok 2013	2	36	9	2	0
Rok 2014	3	13	5	1	0
Rok 2015	7	16	8	0	0
Rok 2016	2	22	6	3	1

V tabulce č. 18 a níže v grafu č. 6 máme ještě možnost přehledného zjištění a porovnání **polymorbidního výskytu psychiatrických onemocnění** u dětí, které byly ve sledovaných 5 letech přijaty do DDÚ Plzeň.

Stejně jako u DDÚ Hradec Králové je vyšší počet *nespecifikovaných diagnóz* (v tabulce č. 18 sloupec s počtem diagnóz 0) – celkem 15 dětí = 15 nezjištěných onemocnění. Ve sloupci s označením 1 nalezneme děti s *jedním onemocněním* – je jich celkem 107 (shodná hodnota v tomto sloupci s DDÚ Hradec Králové). Ve sloupci současného výskytu 2 diagnóz nalezneme v celkovém počtu 38 chlapců a dívek. V další kategorii, která obsahuje jedince se 3 souběžně působícími chorobami nacházíme 10 dětí (opět stejný počet s DDÚ H. K. ve stejném sloupci). V DDÚ Plzeň byl v roce 2016 zaznamenán 1 chlapec se 4 souběžnými diagnózami – trpěl syndromem ADHD, smíšenou poruchou chování a emocí, poruchou přizpůsobení a současně somatoformní bolestivou poruchou (opět se jedná spíše o výjimečný souběh mnoha diagnóz). V této kategorii v ostatních letech již nebyl nikdo další zaznamenán.

Výskyt polymorbidních onemocnění (více souběžných diagnóz) tedy registrujeme v součtu u 49 dětí. Při porovnání s jedinci, u kterých bylo zaznamenáno pouze jedno duševní onemocnění – tedy se 122 dětmi, můžeme **polymorbiditu psychiatricky nemocných a léčených dětí v DDÚ Plzeň považovat za mírně podprůměrnou** (výskyt polymorbidity je o málo vyšší než čtvrtinový).

GRAF č. 6:



### 2.3.7 Souhrn výsledků kvantitativní části výzkumu

Níže reprodukována *tabulka č. 19* obsahuje údaje o konkrétně zjištěných psychiatrických onemocněních ze všech 6 zkoumaných zařízení za celé výzkumné období. Sumarizuje tedy **četnost výskytu jednotlivých psychických poruch (skupin poruch)**, jak byly zjištěny u dětí opouštějících výchovná zařízení, resp. dětí, které do nich byly přijímány (v případě diagnostických ústavů).

Konkrétní data vyčíslená v tabulce netřeba znovu analyzovat – zjištěné výsledky budou uvedeny do souvislostí a budou z nich vyvozeny závěry v kapitole uzavírající jak teoretickou tak praktickou část této diplomové práce. Na tomto místě jen doporučím věnovat pozornost odlišným hodnotám procentuální četnosti některých poruch v různých typech zařízení (DD, DDŠ a DDÚ), příp. úplné absenci určitých diagnóz u dětí z dětských domovů.

TABULKA č. 19:

<b>Souhrn výskytu psychických poruch ve všech sledovaných zařízeních institucionální výchovy</b>								
<b>Psychická porucha, diagnóza</b>	<b>Dětské domovy</b>		<b>Dětské domovy se školou</b>		<b>Dětské diagnostické ústavy</b>		<b>Celková absolutní četnost</b>	<b>Celková relativní četnost</b>
	<b>DD PLANÁ</b>	<b>DD PLZEŇ</b>	<b>DDŠ MĚCHOLUPY</b>	<b>DDŠ HOSTOŮŇ</b>	<b>DDÚ HRADEC KRÁLOVÉ</b>	<b>DDÚ PLZEŇ</b>		
<b>pervazivní vývojové poruchy (Aspergerův syndrom, F84.5, nespecifikované PAS)</b>	xxx	xxx	xxx	xxx	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>1,0%</b>
<b>psychotická onemocnění (schizofrenie, F20)</b>	<b>1</b>	xxx	<b>2</b>	<b>1</b>	xxx	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>1,2%</b>
<b>afektivní poruchy (bipolární porucha, F31 depresivní porucha, F32)</b>	xxx	xxx	<b>3</b>	xxx	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>1,7%</b>
<b>trvalé afektivní poruchy (dystymie, F34.1, cyklotymie)</b>	xxx	xxx	<b>2</b>	xxx	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>1,5%</b>
<b>neurotické a úzkostné poruchy (fobické por., F40, gen. úzkostná por., F41.1, por. přizpůsobení, F43)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>30</b>	<b>5,0%</b>
<b>poruchy příjmu potravy</b>	xxx	xxx	<b>2</b>	xxx	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>1,0%</b>
<b>závislost na návykových látkách</b>	xxx	xxx	<b>1</b>	<b>2</b>	xxx	xxx	<b>3</b>	<b>0,5%</b>
<b>škodlivé užívání návykových látek , F1x.1</b>	<b>3</b>	xxx	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>59</b>	<b>9,8%</b>
<b>organický psychosyndrom</b>	xxx	xxx	xxx	<b>1</b>	<b>1</b>	xxx	<b>2</b>	<b>0,3%</b>
<b>separační úzkostná porucha</b>	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,2%</b>
<b>hyperkinetické poruchy (por. pozornosti a aktivity, F90)</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>36</b>	<b>105</b>	<b>94</b>	<b>258</b>	<b>42,6%</b>

<b>specifické vývojové poruchy řeči a jazyka</b>	<b>1</b>	xxx	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>3,0%</b>
<b>návykové a impulsivní por. (kleptománie, F63.2)</b>	xxx	xxx	xxx	xxx	<b>1</b>	xxx	<b>1</b>	<b>0,2%</b>
<b>porucha pohl. identity (např. transsexualismus, F64)</b>	xxx	xxx	<b>2</b>	xxx	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0,7%</b>
<b>porucha sexuální preference F65 (pedofilie F65.4, sadomasochismus F65.5)</b>	xxx	xxx	xxx	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0,5%</b>
<b>poruchy spojené se sex. vývojem a orientací (F66 + jiné por. psychosex. vývoje F66.8)</b>	xxx	xxx	xxx	<b>1</b>	<b>1</b>	xxx	<b>2</b>	<b>0,3%</b>
<b>somatoformní poruchy (somatoformní veg. dysfunkce, F45.3, somat. bolestivá por., 45.4)</b>	xxx	xxx	xxx	xxx	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>1,7%</b>
<b>psychické poruchy se somatickým projevem – (neorg. enuréza / enkopréza, F98.0 / F98.1, pika F98.3)</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>51</b>	<b>8,4%</b>
<b>psychické poruchy se somatickým projevem – (tiková por., por. spánku)</b>	<b>1</b>	xxx	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>26</b>	<b>4,3%</b>
<b>smíšená porucha chování a emocí (F92.8)</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>32</b>	<b>69</b>	<b>11,4%</b>
<b>diagnóza NESPECIFIKOVÁNA</b>	<b>1</b>	xxx	<b>2</b>	xxx	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>5,0%</b>
<b>Celkem diagnostikovaných poruch</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>59</b>	<b>75</b>	<b>214</b>	<b>232</b>	<b>605</b>	<b>100%</b>
<b>disharmonický vývoj osobnosti</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>91</b>	<b>15,1%</b>

Jako závěrečný graficky vyjádřený souhrn kvantitativní výzkumné části práce předkládáme tabulku s přehledem četnosti základních zjišťovaných údajů v každém ze šesti zkoumaných zařízení. V tabulce č. 20 nalezneme sumarizované údaje o celkovém počtu odcházejících dětí z dětských domovů a dětských domovů se školou a počtu přijatých dětí do obou diagnostických ústavů (rozdíl v metodice vymezení zkoumaného vzorku je dán charakterem zařízení a odlišnou délkou pobytu dítěte v DD / DDŠ a v DDÚ) – za období let 2012 až 2016.

Celkové počty odchozích (resp. příchozích) dětí bez rozlišení problematiky nalezneme v 1. sloupci (tab. č. 20). Zcela přirozeně jsou nejnižší v dětských domovech (kde děti pobývají stabilně po delší časové období), zhruba o polovinu více dětí opouští zařízení DDŠ (zde je obměna dětí zvýšená – odcházejí častěji jak do domácího prostředí, tak do výchovných ústavů, aby tam pokračovaly ve studiu), nejvíce dětí se z logiky věci obměňuje v DDÚ. **Celkově jsme zjišťovali přítomnost psychiatrické diagnózy u 1320 dětí.** Absolutní počty psychiatricky nemocných dětí (sloupec 2) kopírují tuto růstovou křivku, avšak procentuální vyjádření (sloupec 5) vypovídá o nejnižším počtu nemocných v „běžných“ DD (13,5% a 19,1%), středním – třetinovém počtu nemocných v DDÚ (34,8% a 30,1%) a nejvyšším počtu v DDŠ (42,2% a 57,8%). **Celkový absolutní počet psychiatricky nemocných dětí činí 442.** Počet dívek tvoří v tomto celku více než čtvrtinovou hodnotu (27,8%) a počet chlapců je vyjádřen necelými třemi čtvrtinami (72,2%). **Relativní vyjádření podílu psychiatricky nemocných** je vyjádřen hodnotou **33,5%**, což je téměř přesně **třetinový podíl z celku** (je prakticky shodný s procentem psychicky nemocných v zařízeních typu DDÚ). Je to jedno ze základních zjištění našeho kvantitativního výzkumu.

TABULKA č. 20:

<b>Souhrn počtů dětí s psychickým onemocněním v porovnání s celkovým počtem dětí v zařízeních (2012 - 2016)</b>					
Název zařízení	Počet odchozích, resp. příchozích dětí	Počet dětí s psychiatrickým onemocněním	Poměr psych. nemocných dívek a chlapců		Podíl psychiatricky nemocných z celkového počtu dětí
			DÍVKY	CHLAPCI	
DD PLANÁ	47	9	5	4	19,1%
DD PLZEŇ	59	8	1	7	13,5%
DDŠ MĚCHOLUPY	90	38	19	19	42,2%
DDŠ HOSTOUŇ	95	55	3	52	57,8%
DDÚ HRADEC KRÁLOVÉ (přijaté děti)	462	161	38	123	34,8%
DDÚ PLZEŇ (přijaté děti)	567	171	57	114	30,1%
<b>Celkový souhrn hodnot</b>	<b>1320</b>	<b>442</b>	<b>123</b>	<b>319</b>	<b>33,5%</b>



## **2.4 Kvalitativní část výzkumu – osobní rozhovory s pedagogickými profesionály působícími v zařízeních institucionální výchovy**

### **2.4.1 Záměr kvalitativní části výzkumu**

Druhá část našeho výzkumu – analýza zkušeností pedagogických profesionálů ze 6 sledovaných zařízení (2 dětské domovy, 2 dětské domovy se školou a 2 dětské diagnostické ústavy) – je zaměřena na praktické poznatky pedagogů pracujících se skupinou, ve které se vyskytuje jedinec s duševním onemocněním.

Tato analýza by měla být zaměřena převážně kvalitativně, tzn. měla by shromáždit různé názory a pohledy jednotlivých učitelů, vychovatelů, speciálních pedagogů a psychologů na pedagogické vedení rodinné skupiny (př. třídy) a psychicky nemocného dítěte. Důraz je kladen na vlastní postupy, metody a další zkušenosti, kterých pracovník nabyl během své profesní dráhy.

Analýza jednotlivých odpovědí výchovných profesionálů získaných v osobních rozhovorech by měla potvrdit či naopak vyvrátit 4 z pěti hypotéz stanovených na počátku výzkumné práce. Jedná se o hypotézy:

#### **2. hypotéza -**

*Děti s duševní nemocí jsou v prostředí institucionální výchovy ostrakizovány častěji než děti bez duševního onemocnění.*

#### **3. hypotéza -**

*Jedinec s psychickým onemocněním ve skupině dětského domova či diagnostického ústavu vyvolává u pedagogického pracovníka negativní očekávání a tenzi.*

#### **4. hypotéza -**

*S dítětem psychicky nemocným je v institucionální výchově zacházeno v rozporu s jeho potřebami a pedagogickými zásadami.*

#### **5. hypotéza -**

*Edukační činnost v DD, DDŠ nebo DDÚ nerespektuje různorodé složení výchovného kolektivu a individuální odlišnosti jedince.*

### **2.4.2 Průběh získávání údajů v rámci kvalitativní části výzkumu (realizace osobních rozhovorů)**

Údaje kvalitativního výzkumu – zkušenosti, postřehy a osobní názory jednotlivých pracovníků, byly získány v **19 polostandardizovaných rozhovorech s 19 pracovníky** zkoumaných zařízení v období **od 12. 5. 2017 do 9. 2. 2018**. 5 pedagogů pracovalo v dětském domově (1x DD Plzeň, 4x DD Planá), 5 pedagogů v dětském domově se školou (2x DDŠ Hostouň, 3x DDŠ Měcholupy) a 9 pedagogů v dětském diagnostickém ústavu (2x DDÚ Hradec Králové, 7x DDÚ Plzeň).

Každý rozhovor byl realizován autorem diplomové práce osobně (obvykle na pracovišti dotyčného respondenta). Rozhovor je členěn do **18 otázek – 17 z nich jsou otázky otevřené a 1 uzavřená**. První **3 otázky jsou zaměřeny informativně** s cílem profesního představení respondenta, z dalších 15 jsou **3 otázky zaměřené na odhad výskytu sledovaného jevu a vývoj postavení zkoumaných jedinců, 2 otázky směřují k výměně informací o sledovaných dětech, 8 hlavních otázek se přímo zaměřuje na osobní pedagogické zkušenosti** s danou problematikou a **2 otázky považujeme za otázky reflektující emocionální kontext respondenta** související se zkoumanou problematikou. Rozhovor byl zčásti zaznamenáván písemně autorem práce do připraveného záznamového archu (resp. jeho zásadní body a sdělení) a celý byl zároveň zaznamenáván zvukově prostřednictvím nahrávacího zařízení (z důvodu přesného uchování a následného zpracování odpovědí respondentů).

Dotazovaný respondent byl před rozhovorem stručně informován o zaměření rozhovoru a účelu, pro který bude použit. Byl informován o anonymitě výzkumu a požádán o ústní souhlas s pořízením zvukového záznamu rozhovoru. **Důraz byl kladen na vstřícnou atmosféru rozhovoru, uvolněnost a osobní vyladění výzkumníka a dotazovaného respondenta**. Rozhovor byl ve většině případů realizován v uzavřené klidné místnosti bez přítomnosti dalších osob a vedlejších rušivých vlivů (což bylo poměrně obtížné zajistit právě z důvodu realizace rozhovoru na pracovišti dotyčného pedagoga / psychologa). Dotazy kladené v rozhovoru není možné považovat za standardizované, neboť v průběhu rozhovoru byly výzkumníkem doplňovány a konkretizovány, tak aby respondent co nejlépe pochopil jejich smysl. **Nestandardizace rozhovoru měla za cíl podpořit uvolněné a ochotné poskytování vlastních „necenzurovaných“ myšlenek a názorů** k danému tématu. V tomto smyslu rozhovory v polostandardizované podobě splnily svůj účel.

### **2.4.3 Prezentace a analýza názorů a zkušeností pedagogických profesionálů (získaných v osobních rozhovorech)**

V následujících odstavcích se podrobně zaměříme na jednotlivé dotazy osobního rozhovoru a předložíme odpovědi jednotlivých respondentů. V případě některých (dle autora práce významných) postřehů a odpovědí bude připojen komentář konkrétních názorů respondentů. Dále se pokusíme zobecnit soubor odpovědí získaných ke každé otázce, popř. odpovědi sloučit do skupin na základě určitých shodných znaků.

V některých případech bude účelné a pro ověření platnosti stanovených hypotéz potřebné, abychom rozlišili, jaká odpověď je poskytnuta kterým konkrétním respondentem. S respektem k anonymitě výzkumu bude **každý respondent označen číselnou a písmennou zkratkou**, ze které bude patrné, v jakém typu zařízení pracuje, jaké má pracovní zařazení a jedná-li se o muže, nebo o ženu.

Zkratka respondenta ve tvaru **R01-XX.YY.Z** obsahuje údaje:

- o pořadovém čísle respondenta (**R01** ... až **R19**)
- o typu zařízení (**XX**), přičemž **DD** = dětský domov, **DS** = dětský domov se školou, **DU** = dětský diagnostický ústav
- o pracovním zařazení, pracovní pozici (**YY**), přičemž **VY** = vychovatel rodinné / výchovné skupiny, **UC** = učitel, **PS** = psycholog, **SP** = speciální pedagog (ve smyslu pracovní pozice), **VP** = vedoucí pracovník (vedoucí vychovatel, ředitel)
- o pohlaví respondenta (**Z**), přičemž **M** = muž, **W** = žena

Ukázky třech vyplněných záznamových archů osobních rozhovorů jsou ve formě příloh součástí diplomové práce. Jedná se o rozhovor s psychologkou DDÚ – R5-DU.PS.W (*Příloha A*), dále o rozhovor s vedoucí pracovnící odlišného DDÚ – R10-DU.VP.W (*Příloha B*) a rozhovor s učitelem DDÚ – R19-DU.UC.M (*Příloha C*). Podotýkám, že záznamový list je pracovním materiálem, který byl v průběhu vlastního rozhovoru vyplňován autorem práce. Kromě doplnění základních identifikačních údajů nebyl dodatečně nijak upravován. Současně s ním byl pořizován zvukový záznam, který při zpracovávání získaných dat sloužil jako podrobný a úplný záznam sdělení respondenta.

Nyní se soustředíme na názory a informace poskytované respondenty k jednotlivým dotazům a komentované autorem práce:

**Dotaz č. 1: Jak dlouho pracujete v zařízení pro výkon ÚV a OV?**

**Odpovědi:** 1 rok; 1,5 roku; 3 roky; 3,5 roku; 4 roky; 7 let – odpověď zaznamenaná u 3 respondentů; 8 let; 10 let; 11 let; 12 let; 13 let; 14 let - odpověď zaznamenaná u 2 respondentů; 19 let; 22 let; 29 let; 35 let

**Komentář:** Výzkumný vzorek je po stránce profesní praxe v zařízeních pro výkon ÚV a OV velmi pestrý. Doba praxe v tomto typu výchovných zařízení se pohybuje od 1 do 35 let. 3 respondenty lze považovat v této oblasti za „nově příchozí“ (**1 – 3 roky**) s možností čerstvého pohledu nezátíženého profesní slepotou. 12 respondentů pracuje v zařízeních institucionální výchovy středně dlouhou dobu (**3 – 14 let**) a 4 respondenti mají za sebou z hlediska délky praxe již mnoho let (**19 – 35 let**) a jsou tedy rizikovou skupinou významně ohroženou syndromem vyhoření.

**Dotaz č. 2: Na jaké pracovní pozici jste nyní a na jakých jste již pracoval / a?**

<b>Odpovědi:</b> vychovatel, vychovatelka	- 5
vychovatel / ka, dříve noční asistent / ka pedagoga	- 2
vychovatel, dříve učitel ZŠ	- 2
psycholog, psychologka	- 2
speciální pedagožka – etopedka, dříve vychovatelka	- 2
učitel, dříve vychovatel	- 1
učitelka	- 1
ved. vychovatel, dříve vychovatel	- 1
ved. vychovatelka, dříve asistentka ped., skup. vychovatelka	- 1

ved. vychovatel, dříve as. pedagoga, vychovatel, učitel - 1  
ředitel, dříve skupinový vychovatel - 1

**Komentář:** Z odpovědí na *dotaz č. 2* je zřejmé, že výběr respondentů je pestrý z hlediska pracovní pozice a předchozích zkušeností. Mírně převažují vychovatelé (v součtu celkem 9 respondentů).

**Dotaz č. 3:** *Jakou máte v současnosti skupinu – z hlediska věku dětí, složení dle výchovné problematiky (přítomnost poruch chování, sociální znevýhodnění, psychiatrické problematiky), dle mentální úrovně, př. výchovné náročnosti?*

**Odpovědi:** všechny skupiny v zařízení - 4x  
střídač „pendler“ – různé skupiny  
věk dětí 5 – 18 let, koedukovaná skupina  
sourozenecká sk., 2 chlapci s psych. dg. (nespec. autismus, ADHD)  
dětí staršího šk. věku  
3 děti ml. šk. věku, 2 děti s psych. dg., 1 dítě se zrak. vadou, děti  
s vadami řeči, děti s poruchami nálad  
dětí s poruchami chování, sociálně znevýhodněné, s psychiatrickou  
problematikou  
věk dětí 12 – 15 let, přítomnost mentální retardace, psychiatrických  
diagnóz, poruch chování i sociálních důvodů umístění  
dětí s poruchami chování  
dětí s poruchami ch., sociálním znevýhodněním, mentální retardací a  
s psychiatrickými diagnózami (asi ve 30%)  
dětí s výchovnými problémy, děti s problémy s užíváním drog, větší  
zastoupení sociální znevýhodnění  
pouze chlapecká, méně problematická skupina  
věk dětí 13 – 15 let (starší šk. věk, dívčí sk.), poruchy chování –  
záškoláctví, úteky, návykové látky, sociální obtíže, předčasné  
sexuální kontakty, poruchy osobnosti, mentální retardace  
skupina léčebně výchovné jednotky, chlapci ve věku 10 – 13 let, všichni  
s medikací (1 chlapec nesamostatný, tolerovaný)  
žáci 6. – 7. roč., často s LMR a SPUCH  
žáci 7. třídy – kombinace všech problematik

**Komentář:** V odpovědích se několikrát vyskytla varianta, kdy respondent pracuje u všech skupin. Je to ve většině případů tím, že se jedná o **vedoucího pracovníka** (ved. vychovatele, nebo ředitele), nebo o **pracovníka střídajícího ostatní chybějící pedagogy** dle momentální potřeby (tzv. pendler). Jinak je skladba skupin, o které se respondenti starají, pestrá a s ohledem na tvorbu programu a podporu soc. interakcí náročná. Různorodá **psychiatrická problematika** byla zaznamenána téměř u poloviny respondentů.

**Dotaz č. 4: Které psychiatrické onemocnění se u dětí ve Vašem zařízení vyskytuje nejčastěji?**

<b>Odpovědi:</b>	ADHD a jeho typy	- 6x
	ADHD, sebepoškozování, afekty / agrese, patologická lhavost a deprese	- R10-DU.VP.W
	asi ADHD – asi 80%, méně schizofrenie	- 2x - R07-DS.VP.M
		- R11-DU.VY.M
	ADHD, emoční deprivace, disharmonický vývoj os.	- R16-DU.PS.W
	ADHD, enuréza / enkopréza, disharmonický vývoj os.	- R17-DU.VY.W
	ADHD, mentální postižení	- R19-DU.UC.M
	ADHD, poruchy osobnosti	- R06-DS.VY.W
	porucha chování	
	hysterie, poruchy nálad	- R03-DD.VY.W
	úzkostné poruchy, deprese, neurózy + projevy hyperaktivity, agrese	- R05-DU.PS.W
	schizofrenie, úzkostná porucha	- R14-DU.SP.W
	sebeпошкоzování, agrese, epilepsie, bipolární por., por. příjmu potravy	- R04-DS.SP.W
	MR s agresivitou, syndrom CAN (bojácnost, sebepoškozování)	- R13-DS.UC.W

**Komentář:** V odpovědích na otázku č. 4 se kromě psychiatrických onemocnění vyskytovaly i jednotlivé symptomy, které mohou, ale nemusí být příznakem psych. poruch (jako např. sebepoškozování, agrese, hyperaktivita).

V empirických odhadech respondentů se také objevují diagnózy, které nejsou zahrnuty do kvantitativního výzkumu (z důvodů uvedených na počátku teoretické části práce) – např. mentální postižení, porucha chování; nebo jsou sledovány mimo vybrané (základní) diagnózy – disharmonický vývoj osobnosti; anebo nejsou psychiatrickými dg., ale patří do jiného medicínského oboru – epilepsie.

Většina respondentů velmi přesně odhadla, že nejčastěji zastoupenou psychiatrickou poruchou v zařízeních pro výkon ÚV a OV je **hyperkinetický syndrom / ADHD**, jak bylo potvrzeno i kvantitativním výzkumem.

**Dotaz č. 5: Jakým způsobem se dozvídáte informace o psychickém onemocnění (ev. psychiatrické léčbě) dítěte ve skupině? Existuje pro takový případ nějaký ustálený postup?**

<b>Odpovědi:</b>	z dokumentace dítěte	- 6x
	z databáze přijatých dětí (typu Foster, Ewix)	- 5x
	přímo od psychiatra (po vyšetření dítěte), od externího psychiatra DDŠ	- 4x

z lékařské zprávy (ze zdravotního spisu)	- 4x
během pedagogické / posudkové porady (od odborných pracovníků)	- 4x
z překladové zprávy DDÚ (nebo ZDVOP)	- 3x
přímá informace od etopeda, psycholožky (ústně, ze vstup. rozhovoru)	- 3x
ze zprávy od sociální pracovníce OSPODu / vých. zařízení	- 3x
od zdravotní sestry DDÚ / DDŠ	- 2x
z „Deníku psychiatrické péče“	R04-DS.SP.W
na „denním brífingu“ (soc. pracovníce, psycholog)	R10-DU.VP.W
ze zprávy (anamnézy) od rodičů	R16-DU.PS.W
z vlastního sdělení dítěte	R05-DU.PS.W
podle medikace od zdravotní sestry	R13-DS.UC.W

**Komentář:** *Otázka č. 5* mapuje způsoby předávání informací o případném psychickém onemocnění dítěte mezi jednotlivými úseky a pracovníky zařízení. V této otázce se respondenti shodli na několika základních způsobech předávání těchto citlivých osobních údajů (od písemné dokumentace, přes elektronickou databázi, sdělení na poradě, až po informace od specialisty). **Většina respondentů uváděla více způsobů (2 – 4), což poukazuje na jistou nekonceptnost a nesjednocený postup předávání zdravotní informace o dítěti.**

Za pozornost stojí některé ojedinělé způsoby předávání informací o psychiatrické léčbě dítěte – objevily se pouze v jednom případě a někdy mohou sloužit jako inspirace pro řešení této problematiky v dalších zařízeních (*denní brífing, Deník psychiatrické péče*), jindy jsou sporné. Uvádím u nich konkrétního respondenta, aby bylo patrné v kterém typu zařízení mají takto přenos informací nastaven.

Z ojediněle se vyskytujícího způsobu přenosu informací (*informace, anamnéza od rodičů*) vyplývá, že spolupráce se zákonnými zástupci dětí v oblasti zdravotních informací je slabá, málo využívaná.

*Vlastní sdělení dítěte*, vyskytující se také v pouhém jednom případě, svědčí pravděpodobně o nízké informovanosti dětí o své vlastní psychiatrické problematice, ale též o určité nedůvěře respondentů v informace podávané přímo nemocným dítětem.

**Dotaz č. 6: Děti s jakou psychiatrickou diagnózou jsou, dle Vašeho názoru, výchovně nejnáročnější?**

<b>Odpovědi:</b> ADHD	- 8x
výchovně nezvládnuté, zanedbané dítě s ADHD	- 2x
ADHD 1. stupně	- 1x
dítě s poruchou chování: agresivní	- 3x

dítě s poruchou chování: s výkyvy nálad	- 2x
dítě se schizofrenií	- 2x
děti s autismem	R08-DD.VY.W
dítě s nesocializovanou poruchou chování	R17-DU.VY.W
jedinec s disharmonickým vývojem osobnosti	R17-DU.VY.W
dítě s poruchou osobnosti	R16-DU.PS.W
dítě s bipolární poruchou	R14-DU.SP.W
depresivní, úzkostné dítě	R05-DU.PS.W
neurotické děti	R05-DU.PS.W
děti s ulpívavým chováním	R14-DU.SP.W
děti s psychickou deprivací	R06-DS.VY.W
dítě s psych. dg. v kombinaci s MR a slabým sociálním prostředím	R04-DS.SP.W
„ani to nerozlišuji, nejde to posuzovat“	R12-DS.VY.W

**Komentář:** V otázce č. 6 se respondenti v nadpolovičním počtu sjednotili v názoru, že výchovně nejnáročnějším je **jedinec s psychiatrickou diagnózou ADHD** (+ varianty). Tento názor se objevil **celkem v 11 případech**. S velkou četností se vyskytl i názor, že nejnáročnější jsou děti s poruchou chování (zejména agresivní a s výkyvy nálad).

My se opět zaměříme i na názory a pohledy vyskytující se osamoceně, marginálně. Přesto je potřeba brát je na vědomí. Z jejich celkového výskytu zjišťujeme, že vnímání náročnosti – obtížnosti dítěte je u respondentů individuální = **pedagog je individualita stejně jako je osobitá individualita dítěte**. Výchovný proces je tedy skutečně střetem 2 (nebo i více) individualit – individuality iniciátora výchovného procesu a individuality vychovávaného. Tyto individuality (jedinečnosti, osobitosti) nemusí být vždy kompatibilní.

Pozornosti doporučuji odpověď vychovatelky léčebně výchovné jednotky v DDŠ Hostouň: **„ani to nerozlišuji, nejde to posuzovat“**. Nevnímám ji jako negativní vyjádření nezájmu o problematiku svěřených psychicky nemocných dětí. Naopak, je to velmi inspirativní vyjádření, které **reprezentuje maximálně tolerantní a akceptující postoj respondentky** – lze jej parafrázovat: *„přijímám všechny děti stejným způsobem a nezáleží na jejich diagnóze; každý z nich má své individuální zvláštnosti a nároky“*. Tento postoj se odrážel i v dalších názorech a odpovědích respondentky.

**Dotaz č. 7: Zkuste si vzpomenout na některého klienta – dítě s diagnostikovanou psychickou poruchou. Vybavíte si atmosféru skupiny za přítomnosti takového jedince?**

**Odpovědi:** nepochopení ze strany skupiny  
ostatní nechápou individ. normu psychicky nemocného dítěte  
vzdor a odpor třídy k jedinci R19-DU.UC.M

vyčlenění, exkomunikace nemocného z kolektivu	R14-DU.SP.W
zablokování nemocného jedince – odchod mimo skupinu	
„sranda“, zesměšňování nemocného	R10-DU.VP.W
skupina nepřijímá jiné zacházení, jiný režim psych. nemocného	R17-DU.VY.W
rozloženost – rozklad skupiny	
model skupina vs. jedinec (skupina je narušena) - 2x	
dítě potřebuje individ. péči a sk. je pak rozštěpena	R16-DU.PS.W
vypjatá, rušná, nesoustředěná a nespolupracující atmosféra	
nemocný dokáže skupinu „rozhodit“	R06-DS.VY.W
hádky a konflikty	
hádky a konflikty na pozadí skupiny	
psych. nemocný se negativně zaměřuje na jiné dítě	R04-DS.SP.W
nemocný jedinec provokuje ostatní děti	
nebezpečí, nejistota	R12-DS.VY.W
strach, obava z napadení	- 2x
ničení, demolování majetku	R06-DS.VY.W
změny nálady	
nervóznější atmosféra	
nervózní, podrážděná atmosféra	
napětí, naštvanost	R17-DU.VY.W
skupina kopíruje neklid jedince, reagují na každý podnět	
nemocný negativně ovlivní atmosféru skupiny	R15-DU.VP.M
nemocný jedinec „rozhodí“ i odolné, stabilní jedince	R15-DU.VP.M
nepohoda, rozruch, neklid a vzrušení	- 2x
upoutání pozornosti sk. na nemocného jedince	- 3x
vše se musí nemocnému podřídit	
pro zbytek skupiny není tolik času pedagoga	R09-DD.VP.M
náročnější práce vychovatele	R07-DS.VP.M
náročnější motivace dětí	
nutnost častější kontroly	
hlasitější projevy	R05-DU.PS.W
dobrá atmosféra v individuálním kontaktu s dětmi	R08-DD.VY.W
celkově atmosféra dobrá, nenarušená skupina	R05-DU.PS.W
vůbec se to na skupině neprojevuje (pokud dotyčné dítě nemá afekt, nebo nedojde k hádce)	R03-DD.VY.W
odvíjí se to od charakteru skupiny / třídy / spolužáků	R13-DS.UC.W
klima skupiny není vždy jiné (od běžné skupiny)	R07-DS.VP.M
starší dívky zvládají přítomnost nemocného lépe než chlapci	R18-DU.VY.M



**Komentář:** Výše uvedená otázka byla zaměřena na subjektivní vnímání skupiny s psychicky nemocným jedincem z pohledu pedagoga. Předpokládám, že v odpovědích respondentů se zčásti **promítalo i jejich očekávání** od takto sestavené skupiny, resp. **očekávání v souvislosti s edukačním kontaktem s psychicky nemocným dítětem.**

Jednotlivá vyjádření respondentů – asociace k atmosféře skupiny s psychicky nemocným jedincem jsou ve výčtu sdružena do skupin podle podobnosti (souvislosti, na kterou se respondent zaměřil).

Za povšimnutí stojí **poměr mezi negativními charakteristikami atmosféry** dané skupiny a **vyjádřeními, která jsou neutrální, př. charakterizují skupinu pozitivně.** Výrazně vyšší je množství negativních charakteristik (39 asociací) oproti neutrálním popisům atmosféry (4) a pozitivním asociacím skupinové atmosféry (2).

Výpovědi respondentů v této otázce tedy podporují oprávněnost a platnost **hypotézy č. 3: Jedinec s psychickým onemocněním ve skupině dětského domova či diagnostického ústavu vyvolává u pedagogického pracovníka negativní očekávání a tenzi.**

**Dotaz č. 8:** *Jaké problémy se ve skupině s takto nemocným dítětem nejčastěji objevují?  
Co jste musel / musela obvykle řešit?*

**Odpovědi:** *ZÁLEŽITOSTI KONSOLIDAČNÍ:*

výbuchy agrese (verbální, fyzické)	- 6x	
agrese nemocného vůči předmětům, majetku	- 3x	
sebepoškozování nemocného (nutné ošetření)	- 2x	R19-DU.UC.M
agrese dětí vůči nemocnému, snaha ublížit mu	- 4x	
posměch a rozrušení ostatních dětí		R11-DU.VY.M
pokousání		R12-DS.VY.W
hrozba zranění dětí i dospělého		R10-DU.VP.W
konflikty	- 2x	
vzdor, negace, opoziční projev	- 2x	
odchody / úniky mimo skupinu		
obviňování		
nevraživost, nesnášené se		R13-DS.UC.W
impulzivita		
uklidnění nemocného jedince	- 2x	
zklidnění skupiny		R14-DU.SP.W
rozkrutí příčiny afektu		
odvedení pozornosti skupiny – aby nemocný nebyl jediné „téma“		R14-DU.SP.W
<i>ORGANIZAČNÍ, REŽIMOVÉ:</i>		
obtížné akceptování programu		R18-DU.VY.M
nemocný jedinec musel být ze skupiny vyřazen		R02-DD.VY.W

ostatní musejí vykonávat povinnosti za nemocného (důsledkem je podrážděnost)	
snaha dětí korigovat a vychovávat nemocného	R15-DU.VP.M
tendence k šikaně psychicky nemocného	R15-DU.VP.M
stálý dohled	
riziko zneužití nebezpečných předmětů	R01-DD.VY.M

**PROINTEGRAČNÍ OPATŘENÍ:**

přijetí jedince, že je jiný, že má postižení	R08-DD.VY.W
po zklidnění jedince vysvětlení, vyříkání si problému ve skupině	R03-DD.VY.W
psycholog / pedagog je mediátorem potřeb nemocného směrem ke skupině, tlumočí jeho sdělení ostatním	R16-DU.PS.W
přijetí odlišnosti nemocného – i vychovatelkou (pak může následovat přijetí skupinou)	R14-DU.SP.W

**BĚŽNÉ I V JINÉ SKUPINĚ (podpora výkonu, program):**

zhoršení prospěchu ve škole / příprava do školy	
soupeření s psychicky nemocným dítětem a rivalita	
požadavky na kontakt a pozornost (nadměrné) - 2x	R18-DU.VY.M
neschopnost, motorická neobratnost	R09-DD.VP.M
neschopnost zpracovat náročné téma	R05-DU.PS.W
změny programu a konkrétní činnosti skupiny - 2x	R04-DS.SP.W
	R15-DU.VP.M
špatné přijetí kritiky	R07-DS.VP.M
improvizace	
narušení běžného režimu a klidu - 2x	

**Komentář:** *Otázka č. 8* umožnila respondentům sdělit, jaké konkrétní záležitosti a situace musí řešit ve skupině zahrnující jedince s duševní poruchou.

Pokusil jsem se je rozdělit do 3, resp. 4 podskupin – úrovní pedagogické činnosti.

Podstatné je, že několik odpovědí ve skupině „PROINTEGRAČNÍ OPATŘENÍ“ dokládá, že **respondenti se zabývají podporou integrace nemocného jedince ve skupině**, podporou spojení skupiny a nemocného – přijímají **prointegrační opatření**. Takto uvažovali pedagogové z dětského domova a diagnostického ústavu (vesměs ženy). Odpovědi respondentů v poslední souhrnné skupině „BĚŽNÉ I V JINÉ SKUPINĚ“, která je sjednocena spíše menší náročností pedagogických situací (než by se jednalo o samostatnou rovinu činnosti pedagoga). Zastoupení těchto odpovědí dosvědčuje, že mnohdy přítomnost dítěte s psychickou poruchou chod skupiny a spolupráci jejích členů nenarušuje, nemodifikuje.

**Dotaz č. 9:** Které pedagogické metody a postupy jste při výchovně vzdělávací práci upřednostňoval / a?  
Co se osvědčilo při působení směrem ke skupině?  
Co se osvědčilo při působení na psychicky nemocného jedince?

**Odpovědi: KE SKUPINĚ:**

dodržování jasných pravidel	- 3x	
pevné režimové body	- 2x	R19-DU.UC.M
kontrola		
předem stanovit pravidla, jak s nemocným zacházet		R06-DS.VY.W
konkrétní dohoda se třídou (možnost odměny, nebo trestu)		R19-DU.UC.M
klidný, vyrovnaný přístup, stabilita vychovatele		R07-DS.VP.M
pozitivní vzor vychovatele	- 2x	
pedagog / psycholog přebírá rozhodování v potenciálně krizových momentech ve skupině		R16-DU.PS.W
práce s hlasem pedagoga		R10-DU.VP.W
příprava na činnost s předstihem – podpora vnitřní motivace		
záložní řešení pro členy, kteří mají vyšší schopnosti, než nemocný (náročnější úkol, vyšší obtížnost, další hra, apod.)		
program, do kterého se mohou zapojit všichni		
jasně strukturovaný program, pestrost, střídání aktivit		R05-DU.PS.W
odměnová akce, atraktivní hromadná odměna	- 3x	R02-DD.VY.W
vysvětlování odlišností nem., racionální přístup	- 6x	
předávání informací (popsání problematiky)	- 3x	
příprava skupiny na odlišné reakce nemocného		R04-DS.SP.W
využití schopnějších jedinců k péči o psychicky nemocného		
příklady podporující empatii členů skupiny		R01-DD.VY.M
zpětná vazba aktuálních situací ve skupině		R17-DU.VY.W
podpora integrace nemocného, vtažení do skupiny		R16-DU.PS.W
odvedení pozornosti skupiny od nemocného	- 2x	R14-DU.SP.W
nácvik a vedení k toleranci		R14-DU.SP.W
zaměření na dominantního jedince		R11-DU.VY.M
skupinový rozhovor – prvky skupinové psychoterapie		R08-DD.VY.W
přehrání modelové situace		R12-DS.VY.W
metoda „Horké křeslo“ (vyslechnutí zpětných vazeb)		R12-DS.VY.W
pojmenování pozitiv nemocného jedince		R14-DU.SP.W
prostor pro sebevyjádření		
<b>SMĚREM K PSYCHICKY NEMOCNÉMU JEDINCI:</b>		
pochvala, upevňování pozitiv		
pochvala poskytovaná veřejně, negativní zpětná vazba individuálně		
odměna a trest	- 2x	

kontrakt – smlouva s nemocným žákem		R19-DU.UC.M
opakování pokynů a vysvětlování		
pravidelný režim, opakování	- 2x	
jasná pravidla a mantinely	- 3x	R15-DU.VP.M
důvěrný vztah s dítětem	- 2x	R02-DD.VY.W
otevřený rozhovor, domluva	- 3x	
posílení důležitosti dítěte, zájem pedagoga		R18-DU.VY.M
skutečný zájem pedagoga o problém dítěte,		R07-DS.VP.M
prostor pro vyprávění, sdělení vlastní verze		
zajištění pocitu bezpečí, jistoty, přehlednosti	- 2x	R08-DD.VY.W
využití vlastního příkladu pedagoga	- 2x	R07-DS.VP.M
citlivé jednání		R11-DU.VY.M
možnost „udělení výjimky“		R12-DS.VY.W
nabídka pomoci, pozornosti		R13-DS.UC.W
individuální práce s nemocným jedincem	- 3x	R04-DS.SP.W
akceptace dítěte takového, jaký je		R05-DU.PS.W
zaměření na konkrétní projev a ne na celou osobnost jedince		R02-DD.VY.W
vtažení jedince do přípravy činnosti – podpora vnitřní motivace		
relaxační a odpočinkové činnosti		
snížení nároků, nižší požadavky na jedince		R19-DU.UC.M
osvobození z některé aktivity – oddechový čas		R16-DU.PS.W
prostor k odreagování, „vypohybování“		R18-DU.VY.M
skupinová a komunitní terapeutická práce		R10-DU.VP.W
zajímavý, atraktivní program	- 2x	R11-DU.VY.M
možnost volby programu		R05-DU.PS.W
individuální, samostatný klidový program	- 2x	R16-DU.PS.W
výklad, příprava na činnost, která dítě čeká	- 2x	R14-DU.SP.W
metoda názorné ukázky		R07-DS.VP.M
práce v kratších časových úsecích		R05-DU.PS.W
poskytnutí větší časové dotace dítěti	- 2x	R14-DU.SP.W
využití informací odborníků (co na dítě platí)		R15-DU.VP.M
odvést mimo skupinu - osamotě uklidnit	- 4x	R03-DD.VY.W
zlehčení situace, využití humoru	- 2x	R03-DD.VY.W
přesměrování myšlenek (k jinému tématu)		R10-DU.VP.W
zklidnění nemocného jiným členem skupiny		
<b>SPORNÉ METODY:</b>		
seznámit skupinu s tím, jaký jedinec má přijít		R11-DU.VY.M
zákaz odjezdu domů / do rodiny		R13-DS.UC.W
izolace nemocného v „oddělené místnosti“		R06-DS.VY.W

**Komentář:** Výše nalézáme shrnuté odpovědi na jednu ze zásadních otázek osobních rozhovorů a současně celého našeho výzkumu. Máme možnost porovnat nejrůznější postupy a metody pedagogických profesionálů podložené jejich (různě dlouho trvajícími) zkušenostmi s výchovou a vzděláváním dětí s psychiatrickou poruchou na pozadí skupiny dětí s odlišnou problematikou.

Tyto postřehy (a odpovědi na některé další otázky) by měly napomoci s potvrzením či vyvrácením **hypotézy č. 4: *S dítětem psychicky nemocným je v institucionální výchově zacházeno v rozporu s jeho potřebami a pedagogickými zásadami.*** Rovněž **hypotézu č. 5** mohou zkušenosti sebrané k tomuto dotazu potvrdit nebo vyvrátit: ***Edukační činnost v DD, DDŠ nebo DDÚ nerespektuje různorodé složení výchovného kolektivu a individuální odlišnosti jedince.***

Opět jsem se pokusil jednotlivé odpovědi shromáždit do souhrnných skupin, dle cílů a převládajících prvků respondenty zmíněných metod a postupů. V závěru výčtu jsem vyčlenil metody, které lze objektivním pohledem považovat za pedagogicky **SPORNÉ METODY**. Je potřeba zdůraznit, že jsem v množství (klasických i alternativních) využitelných postupů našel **pouhé 3 sporné**.

Právě pestrost a široké zaměření respondenty využívaných postupů, je potřeba považovat za klad a schopnost přizpůsobit „standardní“ speciálně pedagogické metody individuálním potřebám nemocného jedince, požadavkům skupiny i schopnostem a zaměřením výchovného pracovníka.

V osvědčených reedukačních postupech převažují pozitivně stimulující, podpůrné metody, pedagogové zmiňují i několik terapeutických způsobů práce: ***využití modelových situací***, metoda ***„Horké křeslo“***, ***prostor pro vypovídání se, sdělení vlastní verze*** (náznak empatického přístupu). Množství metod je zaměřeno vysloveně **individuálně – využívá speciálního přístupu k jedinci s postižením** (v našem případě k jedinci s psychickou poruchou).

**Dotaz č. 10: *Které pedagogické metody a postupy se naopak neosvědčily?***

***Co nefungovalo při výchovné práci se skupinou?***

***Co nefungovalo směrem k jedinci s duševní poruchou?***

**Odpovědi: *KE SKUPINĚ:***

afektované jednání pedagoga, křik	- 3x	R01-DD.VY.M
kritika celé skupiny – nepaušalizovat!	- 2x	R09-DD.VP.M
stresové situace, uspěchanost		R08-DD.VY.W
přizpůsobení se emočně vypjatému způsobu komunikace		R09-DD.VP.M
„nelze jít“ proti celé skupině		
volný, liberální režim, bez dozoru, bez hranic	- 3x	R06-DS.VY.W

zastrašování, vyhrožování, hrozby	- 2x	R07-DS.VP.M
přehlížení nevhodných reakcí k nemocnému		R19-DU.UC.M
přílišné zaměření na individuality (rozpadá se na jednotlivce)		R18-DU.VY.M
nekomunikace se skupinou		R17-DU.VY.W
trestání bez vysvětlení		
rozdělování do dvojic (často odmítnutí nemocného)		R16-DU.PS.W
výběr dětí do týmu – jedince s poruchou by odmítali		R16-DU.PS.W
vysvětlování a uklidňování bez objasnění příčin		R15-DU.VP.M
izolace a pouhá ochrana nemocného		
tlak na společné aktivity s nemocným jedincem		R14-DU.SP.W
narušení zaběhlého řádu		R05-DU.PS.W
práce / činnost bez přípravy		R05-DU.PS.W
<b>SMĚREM K PSYCHICKY NEMOCNĚMU JEDINCI:</b>		
nepřiměřené tresty		R01-DD.VY.M
vysvětlování (malý účinek)		R01-DD.VY.M
veřejná kritika (negativní zpětná vazba)		R02-DD.VY.W
vyčleňování, zostuzování jedince		R02-DD.VY.W
rychlé střídání činností		R08-DD.VY.W
zvyšování hlasu		R10-DU.VP.W
stres, spěch		
konfrontace jedince v krizi s celou skupinou		R03-DD.VY.W
přílišná / přehnaná individuální péče (budí negaci sk.)		R04-DS.SP.W
nedostatek motivace, chybějící cíl		R06-DS.VY.W
úkolování, nátlak, nucení - direktivita	- 2x	R10-DU.VP.W
zesměšňování, shazování nemocného		R07-DS.VP.M
zdůrazňování negativ jedince	- 3x	R13-DS.UC.W
přehnaně nekompromisní přístup – „přes to vlak nejede“		R12-DS.VY.W
snaha srovnat jedince, zařadit ho do „masy“ ostatních		
(popření individuálního přístupu)		R18-DU.VY.M
restrikce – zákazy, totální omezování, direktiva	- 3x	R15-DU.VP.M
emoční výkyv pedagoga, „vypadnutí z role“		R15-DU.VP.M
nemožnost vyjádření vlastního názoru		R05-DU.PS.W
výhrůžky a hrozby zákazem		R10-DU.VP.W
rigidní trvání na jednom požadavku		R11-DU.VV.M
nechat si jedince tzv. „rozjet“ – poskytnutí přílišné volnosti		R11-DU.VV.M
<b>SPORNÉ:</b>		
klidný, vstřícný, vysvětlující přístup		R08-DD.VY.W
předkládání vlastních zkušeností dětem (nechápu)		R09-DD.VP.M
„je třeba zkoušet všechno“		R04-DS.SP.W
úlevy pro nemocného jedince – „skupina chce bez výjimek“		R04-DS.SP.W

**Komentář:** Také odpovědi formulované k dotazu na neosvědčené a nefungující metody a postupy jsou nadměru pestré a dokladují velmi širokou škálu speciálně pedagogických způsobů a prostředků práce.

Z množství poučených a pedagogicky prakticky využitelných poznatků je patrné, že respondenti této části výzkumu jsou skutečně profesionálové ve svém oboru. I tato 10. otázka bude sloužit jako podpora či oslabení platnosti **hypotézy č. 4: „S dítětem psychicky nemocným je v institucionální výchově zacházeno v rozporu s jeho potřebami a pedagogickými zásadami.“** a také **hypotézu č. 5: „Edukační činnost v DD, DDŠ nebo DDÚ nerespektuje různorodé složení výchovného kolektivu a individuální odlišnosti jedince.“**

Také v souhrnu postřehů a nápadů na různé způsoby, postupy a metody práce, které jsou (po využití a vyzkoušení) řazeny spíše k těm nefunkčním, kontraproduktivním – ve smyslu negativního účinku na psychicky nemocného, ale i narušením kooperující atmosféry ve skupině, jsem vybral několik, které osobně považuji za „**PEDAGOGICKY SPORNÉ**“. Jejich použití může být naopak vhodné, anebo závisí na situaci a aktuálním stavu pedagogického subjektu – dítěte. Takovýchto **nejasných a sporných metod** jsem našel jen málo – **celkem 6**, jsou obsaženy v posledním oddílu sumáře nevhodných postupů.

Z těch opravdu nefunkčních, které stojí za podrobnější analýzu, vybírám alespoň několik, které mne překvapily a v důsledku odhalily, že výchovní pracovníci jsou schopni hledat a nacházet postupy takové, které vyhovují nejen jedinci s psychiatrickou poruchou, ale i jakémukoliv dítěti s obtížemi, které ho v očích ostatních hendikepují: *\*není vhodné se přizpůsobit celé skupině, dále \*izolace a pouhá ochrana nemocného. Nefunguje i \*nemožnost vyjádřit vlastní názor; a také \*přehnaně nekompromisní přístup, příp., \*konfrontace jedince v krizi s celou skupinou.* A mohli bychom pokračovat výběrem dalších platných a hlavně funkčních metod a postupů.

Souhrn zavrhovaných metod je velmi široký a svědčí **o schopnosti trvalé sebereflexe respondentů**, kteří podrobují své edukační působení vnitřním pochybnostem a svůj přístup stále revidují.

**Hypotéza č. 4** prakticky byla vyvrácena s podporou pedagogických zkušeností a postřehů respondentů rozhovorů. Současně mám za to, že i tvrzení obsažené v **5. hypotéze** můžeme opustit, neboť odpovědi získané z rozhovorů jsou přímo naplněné i zaměřené na podporu individuální práce, různých úlev a speciálních režimových opatření. Je patrné, že vychovatelé (a další pracovníci) s jedincem psychiatricky nemocným ve skupině počítají, umějí s ním pracovat prointegračně,

rozdívají ho, posilují jeho pozitiva. Nesnaží se jej za každou cenu srovnat do mantinelů skupinové normy. Testují různé postupy.

**Dotaz č. 11: *Jak jsou o případném duševním onemocnění jednoho z členů skupiny informovány děti, které s ním žijí v rodinné skupině?***

<b>Odpovědi:</b>	citlivým způsobem	R01-DD.VY.M
	se zvláštním zřetelem k těm, kteří mají s nemocným problém	R01-DD.VY.M
	v některých případech je to „utajená“ informace	R02-DD.VY.W
	od skupinového vychovatele	- 2x R11-DU.VY.M
	obecné vysvětlení o duševních poruchách, instruktážní film, příklady	R08-DD.VY.W
	v souladu s rozumovými schopnostmi dětí ve skupině	R09-DD.VP.M
	vychovatel zprostředkuje informaci o „zvláštnostech“ dotyčného	- 2x
	je třeba dětem vysvětlit, co má jedinec za „problém“	R04-DS.SP.W
	děti jsou informovány postupně	
	na komunitním / skupinovém sezení	- 2x R07-DS.VP.M
	vysvětlení projevů a vnímání nemocného dospělým	R07-DS.VP.M
	učitel dětem vysvětlí důvody pro určité projevy nem.	R13-DS.UC.W
	poznají to z odlišného přístupu dospělého k dítěti	R13-DU.UC.M
	dětem je sděleno, že jedinec potřebuje jiný přístup	R18-DU.VY.M
	sdělení podáno s ohledem na věk dětí	R17-DU.VY.W
	někdy NENÍ potřeba onemocnění sdělovat (dle charakteru poruchy)	
	- skupina to nemusí vůbec vědět	R10-DU.VP.W
	vychovatelé sdělí dětem, že dotyčný má nemoc / obtíže	- 2x
	diplomatické sdělení	R16-DU.PS.W
	bez specifikace diagnózy	- 3x R14-DU.SP.W
	nejdřív příprava skupiny – následně sdělení pedagoga	R14-DU.SP.W
	vysvětlení – dotyčný má problémy, potřebuje více podpory	R05-DU.PS.W
	slovníkem odpovídajícím vyspělosti dětí	R05-DU.PS.W
	s instrukcí, jak se vyvarovat konfliktu, provokaci	R10-DU.VP.W
	na KOMUNITĚ od psychologa, etopeda	R11-DU.VY.M
	<b><i>SPORNÉ UCHOPENÍ PROBLEMATIKY:</i></b>	
	nesděluje se jim to	- 2x R03-DD.VY.W
		R12-DS.VY.W
	informace je patrná z oznámení, že dotyčný bude odcházet na	
	psychiatrické vyšetření	R02-DD.VY.W
	když „bere“ medikaci – děti to vidí	- 3x R04-DS.SP.W
	z vysledování, že jezdí k lékaři – psychiatrovi	R05-DS.VY.W
	bez přítomnosti nemocného jedince	R13-DS.UC.W
	poznají to z projevů dotyčného dítěte	R13-DU.UC.M
	skupina je informována ještě před příchodem dítěte	R14-DU.SP.W



**Komentář:** *Dotaz č. 11* je směřován ke stejné tematické oblasti jako *dotaz č. 5* – ošetření předávání informací o duševním onemocnění v prostředí výchovného zařízení (v *dotazu č. 5* se jednalo přímo o distribuci těchto citlivých lékařských údajů k pracovníkům, kteří s dítětem denně zacházejí).

V tomto dotazu se nám jedná o to, zda se mezi spolužáky a spolubydlící dítěte s duševní poruchou nedostávají informace podléhající lékařskému tajemství. Také je směřován ke způsobům, které jsou pro informování ostatních dětí využívány.

Potěšující je, že se ve větší míře vyskytovala odpověď „*bez sdělení / specifikace diagnózy*“. Tento přístup zazníval i z kontextu dalších odpovědí – sdělují se informace o „*zvláštnostech, projevech, obtížném chápání*“ dotyčného, hovoří se jazykem odpovídajícím věkovou a rozumovou vyspělostí dětských partnerů. Z odpovědí je patrné, že se pedagogičtí pracovníci podrobně zabývají, jaký zvolit modus předání takto citlivé informace většině skupiny.

Ne vždy je zvolen ten nejlepší způsob, směrem k dětem může být sporný či dokonce škodlivý. Pro tyto odpovědi je vyhrazen odstavec v závěru výčtu odpovědí. Vybírám nejmarkantnější: *informace je patrná z oznámení, že dotyčný bude odcházet na psychiatrické vyšetření; když bere medikaci, tak to děti vidí; skupina je informována ještě před příchodem dítěte*. Zejména poslední ze způsobů sdělení skupině je možné označit jako **vysoce sporný způsob**. Nabízí se otázka, jak po takovém subjektivním sdělení dospělého bude skupina nově příchozího chlapce či dívku vůbec přijímat. A jaké informace skupina od dospělého vlastně dostane? Vždyť ten pravděpodobně dítě ještě také neviděl!

Ne náhodou jsem do výčtu „přijatelných“ i „sporných“ odpovědí zahrnul dva zdánlivě stejné výroky: 1. *někdy NENÍ potřeba onemocnění sdělovat (dle charakteru poruchy) - skupina to nemusí vůbec vědět* a 2. *nesděluje se jim to*. Přesto – **1. z nich** je postojem, který počítá s určitými proměnnými (vyspělostí dítěte, komunikační vyspělostí skupiny, věkovými rozdíly, apod). Respondent připouští, že se nesdělením důvodů u některých dětí nic nezmění = **sdělení problematiky nemocného by byla informace nadbytečná**, možná též kontraproduktivní (nepodpořila by přijetí dotyčného jedince, naopak by jej mohla ponížít). Oproti tomu **2. výrok je výrokiem kategorickým**. Ten jakoby vůbec nepočítal s výjimkami, s individuální potřebou dítěte, anebo se situací, kdy je všem okolo nutné sdělit, že jedinec potřebuje intenzivní, speciálně pedagogické vedení, př. psychiatrickou pomoc (například pokud hrozí opakované napadání, ubližování jedinci).

**Dotaz č. 12: *Jaké výchovně – vzdělávací zásady je nutné při činnosti ve skupině s duševně nemocným dodržovat?***

<b>Odpovědi:</b>	zásada důslednosti (přehled a dodržování pravidel)	- 6x	R01-DD.VY.M
	z. přiměřenosti	- 2x	R01-DD.VY.M
	z. zdůrazňování a posilování pozitiv	- 2x	R02-DD.VY.W
	vyzvednutí a pochvala před kolektivem		R02-DD.VY.W
	z. hodnocení a pojmenování neg. projevu (NE dítěte)		
	z. pravidelnosti (denní režim)	- 4x	R08-DD.VY.W
			R03-DU.PS.W
	z. pestrosti probíhajících aktivit	- 2x	R08-DD.VY.W
	podpora seberealizace		R08-DD.VY.W
	z. trpělivosti	- 3x	R08-DD.VY.W
	z. bezpečnosti a ochrany zdraví	- 2x	R09-DD.VP.M
	vnímání nemocného jedince jako partnera		
	z. posloupnosti (od jednoduššího k složitějšímu)	- 2x	R19-DU.UC.M
	udělení osobního úkolu – osobní zodpovědnosti		R03-DU.PS.W
	zásada využití pevného programu		
	z. přiměřené fyzické zátěže		R03-DU.PS.W
	z. přiměřenosti ve smyslu zohlednění stupně zátěže		R04-DS.SP.W
	z. přiměřenosti s ohledem na úroveň vývoje		R14-DU.SP.W
	z. přiměřenosti výchovných a vzděl. požadavků	- 2x	R19-DU.UC.M
	zásada přiměřenosti nároků		
	z. přiměřenosti ve smyslu výběru činnosti		R10-DU.VP.W
	zásada nepřetěžování		
	z. individuálního přístupu	- 3x	R06-DS.VY.W
	z. stanovení a vysvětlení pravidel		
	zohlednění a úprava náročnosti úkolů		R06-DS.VY.W
	adekvátní motivace		R06-DS.VY.W
	z. opakování známých prvků		R13-DS.UC.W
	z. přízpůsobení komunikačních prostř. úrovni příjemce		R19-DU.UC.M
	z. pravidelného a častého odpočinku		R18-DU.VY.M
	z. dodržování psychohygienických pravidel		R18-DU.VY.M
	osobní, individuální napojení nemocného na vychovatele		
	z. propojení a spolupráce s odbornými pracovníky (zásada interdisciplinarity / z. multidisciplinarity)	- 2x	R17-DU.VY.W
	zásada osobního příkladu		R16-DU.PS.W
	z. názornosti		R15-DU.VP.M
	respekt k osobnosti dítěte		R15-DU.VP.M
	z. funkční a srozumitelné komunikace	- 2x	R14-DU.SP.W
	dodržování strukturovaného programu		R05-DU.PS.W
	z. přijetí dítěte se všemi jeho klady a zápory		R05-DU.PS.W
	zásada respektu k odlišnému jedinci		R11-DU.VY.M

### **KE ZVÁŽENÍ - SPORNÉ:**

z. rovného přístupu  
vysvětlování, doplňování informací  
z. jednoduchosti

R09-DD.VP.M

R07-DS.VP.M

**Komentář:** *Dotaz č. 12 je jednoznačně zaměřen na osvědčené a prověřené speciálně pedagogické zásady, které se pracovníkům v zařízeních ÚV a OV vyplácejí, a které z tohoto důvodu dodržují i nadále.*

Jsmo si vědomi, že některé respondenty zmíněné postřehy nejsou z pedagogického hlediska zásadami, ale spíše metodami, př. jinými pedagogickými postupy. Přesto jsme je důsledně uváděli ve všech případech, neboť nám záleží na zachycení všech pohledů a názorů dotazovaných v celé jejich škále. **Jedná se více o kvalitu výpovědí**, než že bychom měli měřit, která z odpovědí se vyskytla v největším počtu.

Rád bych se zastavil u 3 odpovědí, které jsem zařadil mezi zásady, jejichž vhodnost je v prostředí ústavní výchovy potřeba zvážit.

„Zásadu rovného přístupu“ uvádí vedoucí pracovník dětského domova. Právě v prostředí, kde je „jinakost“ a „odlišnost schopností a dispozic“ tak markantní je *přístup rovnosti* sporný. Ve skupině, kde se vyskytují nejen děti s poruchami chování, př. psychiatrickou diagnózou, ale i děti s dalšími postiženími, není možné měřit 100% rovně – od stejné „startovní čáry“.

Vedoucí pracovník DDŠ uvádí „vysvětlování, doplňování informací“. Do určité míry je tato „zásada informovanosti“ důležitá. Ale zároveň je třeba počítat s tím, že čistě racionální vysvětlování a informovanost není ta zásada, která má na jedince s poruchami chování, př. s psychiatrickým onemocněním hlavní vliv. V určitém smyslu může racionální vysvětlování popírat významnou „zásadu přiměřenosti“, tedy i doplňování přiměřeného množství informací (s ohledem na vyspělost jedinců ve skupině). Vysvětlování – jako pedagogická metoda, má omezený účinek u jedinců se sníženou úrovní porozumění. V odpovědích na *dotaz č. 10 (neosvědčené metody a postupy výchovně vzdělávací práce)* se koneckonců vysvětlování několikrát objevuje jako nefunkční postup.

„Zásada jednoduchosti“ sama o sobě nebude tím správným „pravidlem“, které napomůže lepšímu růstu jak psychicky nemocného, tak skupiny jako celku. Respondent měl možná na mysli zásadu postupu od jednoduššího ke složitějšímu. Taková zásada je nesporně oprávněná; ale pouhá jednoduchost nic neposunuje, nerozvíjí jedince ani skupinu – může pouze udržovat stávající stav.

**Dotaz č. 13:** Využíval / využívala jste nějakým způsobem korektivního působení sociální skupiny (příp. některých jedinců)?

**Odpovědi: SOUHLASNÉ ODPOVĚDI – JAKÝ ZPŮSOB BYL ZVOLEN:**

zklidňující vliv člena skupiny	R01-DD.VY.M
někdy jako dozor	R01-DD.VY.M
v případě sourozenců (starší sestra...)	R01-DD.VY.M
dle mentální úrovně	R08-DD.VY.W
využití k pomoci s péčí o duševně nemocného	R09-DD.VP.M
v rámci psychoterapeutických technik „Výměna rolí“ a „Pohled do zrcadla“	R04-DS.SP.W
ANO – využívám jedince, který je schopný, respektovaný	R12-DS.VY.W
ve formě práce ve dvojici – vzájemné ovlivnění	R13-DS.UC.W
podpora otevřeného rozhovoru / diskuse ve skupině	R19-DU.UC.M
zdůraznění momentů, kdy skupina nemocnému jedinci pomohla, podpořila ho	R19-DU.UC.M
využívám často péče skupiny o duševně nemocného	R18-DU.VY.M
vhodné využít starší dívky k péči o mladší nemocné jedince	
ve formě poskytování zpětné vazby	- 3x R18-DU.VY.M
zpětná vazba – korigovaná pedagogem / psychologem	R16-DU.PS.W
ANO – sdělení pocitů členů skupiny = posilování empatie u psych. nem.	R17-DU.VY.W
ANO – při určité zralosti a vyladěnosti skupiny	R15-DU.VP.M
ANO – v rámci skupinové terapie	R05-DU.PS.W
využití skupinové dynamiky	R11-DU.VY.M
rozmluva se skupinou – nasměrování členů k tomu, jak na nemocného jedince vhodně reagovat	R10-DU.VP.W
formou příkladu pozitivních jedinců	R11-DU.VY.M

**AMBIVALENTNÍ ODPOVĚDI:**

lze jen u stabilních jedinců	R06-DS.VY.W
to někdy vede ke zneužití převahy a síly	R06-DS.VY.W
dle složení skupiny – ne vždy to funguje	R06-DS.VY.W
ANO, ale nejde to s každou skupinou	R14-DU.SP.W
ANO – při určité zralosti a vyladěnosti skupiny	R15-DU.VP.M

**NESOUHLAS:**

sourozenci se usměrní sami	R02-DD.VY.W
nezasahovala jsem do fungování (sourozenecké skupiny)	R02-DD.VY.W
nezasahovala jsem do výchovného působení starších k méně schopným – „aby to bylo jako v rodině“	R08-DD.VY.W
NE	- 1x
NE – je zde riziko zneužití pravomocí	R07-DS.VP.M
NE – nevedlo by to ke zlepšení situace	R15-DU.VP.M

**Komentář:** Výše uvedená otázka směřovala k tomu, jakým způsobem respondenti pracují se skupinou a jejím vlivem na psychicky nemocného jedince.

V odpovědích se mohlo projevit jak pozitivní a odborně vedené, kontrolované (animované) ovlivnění jedince skupinou, ale také využití korektivního působení členů skupiny k usměrnění jedince, kterému se samotný pedagog chce sám vyhnout. Ještě horší predikcí bylo umožnění korektivního působení na jedince z důvodu pohodlnosti vychovatele, nebo tendence mít od dětí klid.

Žádná z těchto motivací se v odpovědích respondentů přímo neobjevila. Otázka byla koncipována jako uzavřená, ale měla podnítit k dalšímu vyjádření pedagoga ohledně reálných způsobů využití tohoto skupinového vlivu, což se skutečně v rozhovorech dělo.

Pro přehlednost jsou odpovědi rozděleny na část SOUHLASNÉ + JAKÝ ZPŮSOB VYUŽITÍ BYL ZVOLEN, dále na AMBIVALENTNÍ ODPOVĚDI a jednoznačně NESOUHLASNÉ ODPOVĚDI.

V první části SOUHLASNÝCH odp. se vyskytuje jasná většina všech sesbíraných zkušeností. Tato část je také méně přehledná a odpovědi jsou utříděny dle podobnosti. Jedním ze zjištění je, že **nebylo zaznamenáno zneužití principu „korekce ze strany členů skupiny“**. Jako **diskutabilní** může být vnímán výrok vychovatelky z DDS: „*ANO – využívám jedince, který je schopný, respektovaný*“, což může v důsledku znamenat podporování „kápovského systému“, kdy „služebně starší“ a silnější jedinci vedou a ovlivňují ostatní slabší a „nováčky“, kteří ze strachu plní jejich pokyny – to by bylo **nevhodné využití tohoto principu (rizikové pro některé členy skupiny)**. Nicméně byl zaznamenán ještě u jednoho z respondentů: „*vyžívám – někdy jako dozor*“, a v dalších případech ne. Ještě několik názorů mezi AMBIVALENTNÍMI odpověďmi prozrazuje, že si pedagogové toto riziko uvědomují a k využití skupinové korekce přistupují obezřetně.

**S pozitivním účinkem vlivu skupinového tlaku / korekce** mělo zkušenost několik respondentů výzkumu. Jejich podněty hledejme jak v části SOUHLASNÉ, tak části AMBIVALENTNÍ (v odpovědích zahrnujících NESOUHLAS zjišťujeme také pozitivní vliv skupiny na psychicky nemocného člena, ale tohoto vlivu pedagog aktivně nevyužíval).

Z jednotlivých odpovědí je patrný výrazný zájem dospělého na integrujícím a harmonickém fungování skupiny (a příp. zapojení všech členů do skupinové dynamiky). V případě využití některého z uvedených způsobů korekce, je vhodné rozlišovat, která z nich bude vhodný k využití právě v této skupině, právě u tohoto nemocného. Škála výchovného tlaku skupiny je široká a není náhodou, jak často je

v odpovědích akcentováno, že takovéto jednání skupiny musí mít pedagoga alespoň vzdáleně pod kontrolou.

***Vybírám subjektivně nejinspirativnější odpovědi k tomuto dotazu:***

*„ve formě práce ve dvojici – vzájemné ovlivnění“ – který směřuje k tomu, že korekce projevů nemocného může mít i zúženou podobu práce v dyádě. A konečně výrok: „zdůraznění momentů, kdy skupina nemocnému jedinci pomohla, podpořila ho“. Pedagog se zde stává „tlumočnickem“, „interpretem“ sociálních situací vznikajících mezi skupinou a psychicky nemocným.*

**Dotaz č. 14 (přímo navazuje na předchozí dotaz):**

*Mělo takové využití své opodstatnění, vedlo ke zlepšování situace?*

**Odpovědi: *SOUHLASNÉ ODPOVĚDI:***

ze 60%		R01-DD.VY.M
ANO	- 2x	R17-DU.VY.W
ANO – při mediaci konfliktů		R02-DD.VY.W
je to opodstatněné		R08-DD.VY.W
někdy to vede k upevňování vztahů (jako v rodině)		R08-DD.VY.W
posílí to vztahy ve skupině		R09-DD.VP.M
jedinec (s poruchou) má větší pocit, že do skupiny patří		R09-DD.VP.M
podpora komunikace		R04-DS.SP.W
závisí to na složení skupiny		R04-DS.SP.W
bylo to funkční		R12-DS.VY.W
nemocný se chce vyrovnat dominantnímu, pozitivnímu jedinci		R12-DS.VY.W
ANO – když členové skupiny poznali, že nemocný má také nějaké přednosti a znalosti		R13-DS.UC.W
ANO – bylo možné cíleně sledovat vývoj situace mezi skupinou a duševně nemocným (při vzdáleném dozoru pedagoga)		R19-DU.UC.M
velmi mnoho opodstatnění – posun nemocného jedince		R18-DU.VY.M
z tohoto přístupu měly prospěch i ostatní děti (bez dg.)		R05-DU.PS.W
děti samy byly motivovány pomáhat psych. nemocnému		R05-DU.PS.W
starší dívky korigují mladší chlapce s ADHD – to je přínos		R10-DU.VP.W
určitá výchova „asistenta / asistentky“ vychovatele		R10-DU.VP.W
ANO - v dlouhodobějším horizontu		R11-DU.VY.M

***AMBIVALENTNÍ ODPOVĚDI:***

někdy je to kontraproduktivní		R04-DS.SP.W
může to posílit negativní postoj k jedinci s onemocněním		R04-DS.SP.W
někdy ANO – nemocný jedinec si zvykne respektovat staršího		R06-DS.VY.W
možné opodstatnění to má (za určitého složení a zralosti skupiny)		R15-DU.VP.M

osvědčilo se nenechat skupině zcela „volný prostor“  
nelze to s každou skupinou

R14-DU.SP.W  
R14-DU.SP.W

**NESOUHLAS:**

nefunguje to

R07-DS.VP.M

**Komentář:** Ještě znovu upozorňuji, že tato otázka i odpovědi z ní vycházející přímo navazují na předchozí, 13. dotaz ohledně „využití skupinové korekce zaměřené na jedince s psychickým onemocněním“.

Počet odpovědí k tomuto 14. dotazu je nižší, než počet odpovědí u předchozích dotazů. Zhruba čtvrtina respondentů uváděla, že využití korekce sociální skupinou odmítá, nevyužívá (ti by vlastně neměli na 14. otázku odpovídat vůbec).

Celkový souhrn odpovědí jsem jako u minulého dotazu rozčlenil na ty jasně SOUHLASNÉ (s případným dovětkem, komentářem k využití skupiny, apod.), dále AMBIVALENTNÍ (dosud nesjednocené, které oceňují možnost „pozitivního využití skupinového vlivu“, ale připouštějí i negativní aspekty, rizika spojená s tímto postupem). Posledním vytvořeným oddílem jsou NESOUHLASNÉ ODPOVĚDI, kde se u tohoto dotazu objevila pouhá jedna odpověď: „nefunguje to“.

Za povšimnutí stojí některé konkrétní výroky respondentů: „ANO – bylo možné cíleně sledovat vývoj situace mezi skupinou a duševně nemocným (při vzdáleném dozoru pedagoga)“ Zde nám respondent popisuje, jak velmi trefně zařazuje do své práce metodu experimentu (který je experimentem v rámci pedagogické improvizace a invence).

Podstatné množství odpovědí směřovalo k tomu, že korektivní vliv skupiny může vyvolávat kladný efekt, a že je velice dobře využitelný. Jedna odpověď za všechny: „děti samy byly motivovány pomáhat psych. nemocnému“.

Jiné odpovědi naproti tomu zdůrazňují, že je téměř vždy zapotřebí zintenzívnit dozor pedagoga, pokud počítáme s tím, že skupinový tlak na jedince s duševní poruchou bude právě vyvíjen. Pro lepší představu i zde dodávám zkušenost – odpověď charakteristickou pro tento typ respondentů: „osvědčilo se **nenechat** skupině zcela volný prostor“.

Obě otázky č. 13 a 14 směřují (stejně jako dotazy 9, 10 a 12) k potvrzení či vyvrácení **hypotézy č. 4: S dítětem psychicky nemocným je v institucionální výchově zacházeno v rozporu s jeho potřebami a pedagogickými zásadami, a hypotézy č. 5: Edukační činnost v DD, DDŠ nebo DDÚ nerespektuje různorodé složení výchovného kolektivu a individuální odlišnosti jedince.**

Charakter odpovědí respondentů u tohoto zdvojeného dotazu svědčí o vysokém zaměření pedagogického personálu na tom, aby se psychicky nemocnému členu skupiny dostávalo náležitě péče a aby byl v co

největší možné míře integrován za současného respektování jeho specifických potřeb. **Hypotézu č. 4 tedy výpovědi pedagogických profesionálů nepotvrzují, ale z velké části vyvracejí** (samozřejmě pokud vycházíme z předpokladu, že integrace, sociální začlenění a akceptace sociální skupinou jsou u každého jednotlivce žádoucí pedagogické cíle).

Množství odpovědí, které u obou posledních dotazů zvažují pozitivní i rizikový aspekt „využití vlivu sociální skupiny“ (a schopnost respondentů odpovědně se zamýšlet nad účinky tohoto vlivu na psychicky nemocné jedince) prokazuje, že také **hypotéza č. 5 musí být vnímána jako nepotvrzená, neplatná**. Pedagogičtí pracovníci velmi citlivě zvažují / respektují, v jakém složení se skupina nachází, jakou disponuje atmosférou, jak je zralá a vyspělá k přijímání a akceptaci odlišností jedince s psychickou poruchou.

**Dotaz č. 15:** *Bylo možné nějakým způsobem využívat přítomnost psychicky nemocného jedince k ovlivnění skupiny (nebo některých jedinců)?*

**Odpovědi: SOUHLASNÉ ODPOVĚDI:**

změna pravidel s ohledem na psychicky nemocného	R08-DD.VY.W
apel na zklidnění atmosféry (s ohledem na nemocného)	R08-DD.VY.W
ANO – jako příkladu sportovních úspěchů, dovedností	R07-DS.VP.M
lze to – probouzí se tím kamarádství, sounáležitost	R12-DS.VY.W
ANO – slabšímu se skupina učí pomáhat	R12-DS.VY.W
psychicky nemocný učí skupinu toleranci, akceptaci nemocného	R13-DS.UC.W
probouzí to schopnost empatie, pečování o nemocného	R13-DS.UC.W
využil jsem nemocného jako objektu testování péče druhých	R19-DU.UC.M
podpora rozvoje sociálních schopností druhých	R19-DU.UC.M
učí členy skupiny toleranci, empatii, shovívavosti	- 2x R18-DU.VY.M
je to potřeba – z přítomnosti nemocného pro členy skupiny vytěžit	
zkušenosti do dalších interakcí	R17-DU.VY.W
psychicky nemocného lze využít jako „trenažéru“ pro nácvik sociálních dovedností	R16-DU.PS.W
nemocný jedinec napomáhá k sebepoznání členů skupiny	R16-DU.PS.W
ANO – s pozitivním výsledkem	R15-DU.VP.M
určitě to je možné	
vedlo to k projevu pozitivních vlastností ostatních	R05-DU.PS.W
změna obvyklých rolí členů sk. – vedle nemocného se mohli stát pomáhajícími	R05-DU.PS.W
překonání prvotního „golem efektu“ nemocného	R11-DU.VY.M
<b>AMBIVALENTNÍ ODPOVĚDI:</b>	
někdy dítě s psychickou poruchou využiji jako příkladu	R03-DD.VY.W



asi ANO	R14-DU.SP.W
bylo možné skupinu naladit na „odlišné vnímání světa“ nemocného jedince a podpořit odreagování, uvolnění	R14-DU.SP.W
nemocný vzbuzuje nedůvěru, obavu, ale tento postoj pak členové skupiny přehodnocují	R11-DU.VY.M

**NESOUHLAS:**

NE – nefunguje to	- 2x R01-DD.VY.M
není to cílené, je to spíše nahodilé	R01-DD.VY.M
je to diskutabilní – spíše NE	R09-DD.VP.M
většinou takového vlivu nevyužíváme	R03-DD.VY.W
NE – tyto děti jsou narušení atmosféry	R06-DS.VY.W
nelze - psychicky nemocný jedinec je pro skupinu přítěž	R06-DS.VY.W
většinou je psychicky nemocný vnímaný jako problém, přítěž	R18-DU.VY.M

**Komentář:** *Otázka č. 15* je svým charakterem otázka uzavřená (lze na ni odpovědět souhlasně či nesouhlasně). Nicméně mým cílem bylo respondenta během rozhovoru motivovat k uvažování a podrobnějšímu popisu, v kterých konkrétních situacích a jakým způsobem psychicky nemocného jedince využil k pedagogickému ovlivnění skupiny. To se ve většině případů zdařilo – respondenti se o své zkušenosti podělili.

Z výpovědí dotazovaných zjišťujeme, že **tento pedagogický postup je u velké části z nich odmítaný, nevyužívaný.** Vliv nemocného jedince na skupinu je považován za nevhodný, rizikový, kontraproduktivní. Můžeme vnímat vysokou míru nedůvěry v možnosti nemocného jedince, ale současně i určitý skeptický postoj ke skupině a jejímu postoji k psychicky nemocnému: „*tyto děti jsou narušením atmosféry skupiny*“... **Překvapivě se tyto postřehy více vyskytují u pracovníků dětských domovů.**

Výskyt takto pesimistických odpovědí – postojů respondentů přispívá k potvrzování **3. hypotézy: *Jedinec s psychickým onemocněním ve skupině dětského domova či diagnostického ústavu vyvolává u pedagogického pracovníka negativní očekávání a tenzi.*** Projevem těchto negativních očekávání pak může být i odmítání plnohodnotného vtažení psychicky nemocného do různých sociálních interakcí ve skupině – včetně využití jeho vlivu na skupinu (buť třeba jen jako příklad, nebo využití zvýšené spontaneity, komunikační iniciativy, apod.).

**Negativní očekávání členů skupiny** od jedince s psych. poruchou vnímáme i z odpovědí respondentů, kteří využívají vliv tohoto jedince. Příklad: „*překonání prvotního **golem efektu** nemocného*“.

Předesílám, že odpovědi k následující dvojotázce (č. 16 a č. 17) budou analyzovány s ohledem k potvrzení či vyvrácení **hypotézy č. 2: Děti s duševní nemocí jsou v prostředí institucionální výchovy ostrakizovány častěji než děti bez duševního onemocnění.**

**Dotaz č. 16:** V jaké pozici se obvykle jedinec s psychiatrickou diagnózou nacházel (z hlediska hierarchie skupinových rolí)?

<b>Odpovědi:</b>	okrajový (zvláštní, jiný člen)		R01-DD.VY.M
	outsider , vyčleňovaný, vystrkovaný	- 5x	R08-DD.VY.W
	slabá, nízká pozice	- 2x	R03-DD.VY.W
	„záchvaták“ na okraji (z výchovně léčebné skupiny)		R13-DS.UC.W
	téměř vždy na okraji		R18-DU.VY.M
	na konci sociální řady	- 2x	R17-DU.VY.W
	zcela mimo skupinové interakce, pouze trpěný člen		R16-DU.PS.W
	terč útoků, hromosvod		R01-DD.VY.M
	černá ovce	- 3x	R08-DD.VY.W
	obětní „kašpárek“ (okolí se baví na jeho úkor)		R19-DU.UC.M
	„šašek“, bavič		R14-DU.SP.W
	někteří jedinci se stanou dominantním členem sk.		R05-DU.PS.W
	dominantní pozice – prostřednictvím své agrese		R02-DD.VY.W
	obdivovaný člen (obdiv k jeho sebeprosazení)		R02-DD.VY.W
	dominantní – je-li agresor (hraje ve skupině „prim“, ostatní se ho bojí)		R10-DU.VP.W

**NEJEDNOZNAČNÉ ODPOVĚDI:**

	závisí na diagnóze	- 3x	R09-DD.VP.M
	závisí na věku nemocného	- 2x	R03-DD.VY.W
	záleží na fyzické vybavenosti (více než na psych. stavu)		R07-DS.VP.M
	záleží na vzhledu (zejména u dívek)		R07-DS.VP.M
	záleží na složení skupiny – jak je vnímán		R10-DU.VP.W
	je to různé – od dominanty k outsiderovi		R04-DS.SP.W
	„půl na půl“ – buď dominanta, nebo „na chvostu“ skupiny		R07-DS.VP.M
	outsider i „oblíbený klaun“		R12-DS.VY.W
	přijímán jako mladší sourozenec		R13-DS.UC.W
	čím víc se snaží do skupiny proniknout, tím víc je odmítán		R18-DU.VY.M
	různé pozice		R05-DU.PS.W
	po příchodu do skupiny na periferii, což nebylo trvalé		R11-DU.VY.M

**Dotaz č. 17 přímo navazuje na předchozí dotaz č. 16:**

Vyvíjelo se jeho (psychicky nemocného jedince) postavení ve skupině v průběhu času a s délkou reedukačního působení?  
Pozitivní či negativní vývoj?

**Odpovědi: POZITIVNÍ VÝVOJ:**

skupina jedince akceptuje		R01-DD.VY.M
vesměs pozitivní vývoj	- 2x	R19-DU.UC.M
spíše pozitivní vývoj	- 7x	R02-DD.VY.W
časem dochází ke zlepšení		R08-DD.VY.W
proběhne stabilizace nemocného jedince		R08-DD.VY.W
některý jedinec se stane submisivnějším		R04-DS.SP.W
u dětí a ADHD syndromem - <b>zlepšení</b>		R09-DD.VP.M
velmi pozitivní vývoj – dojde k normalizaci		R03-DD.VY.W
ústup psychiatrických symptomů		R03-DD.VY.W
psychicky nemocný si zvykne na kolektivní soužití		R04-DS.SP.W
určitě se nemocný jedinec učí žít ve společnosti		R04-DS.SP.W
výchovné působení má vliv na lepší postavení jedince (reedukace má u psychicky nemocných smysl)		R07-DS.VP.M
ostatní nemocného jedince nakonec přijímají, „berou“		R13-DS.UC.W
pohled skupiny na jedince je lepší		R13-DS.UC.W
reedukace pobytem ve skupině s koedukovanými problémy pomáhá (kombinace psychiatrických dg. a poruch chování)		R19-DU.UC.M
dobrá vývoj postavení – jedinec je přijat a integrován		R18-DU.VY.M
pozice nemocného ve skupině se zlepšuje, „roste“		R05-DU.PS.W

**NEJEDNOZNAČNÉ POSUNY:**

posun v integraci jedince je individuálně podmíněn		R14-DU.SP.W
záleží na typu onemocnění		R17-DU.VY.W
sporný vývoj – v případě poruch s agresivními symptomy		R12-DS.VY.W
vývoj ANO – pozitivní i negativní		R07-DS.VP.M
jedinec musí něco změnit, přizpůsobit se většině		R08-DD.VY.W
dětská skupina se lépe vyrovná s nesocializovanými projevy psychicky nemocného, než pedagogický personál		R17-DU.VY.W
podmínkou integrace nemocného je reedukace skupiny		R16-DU.PS.W
někdy je zaznamenán pokrok v postavení nemocného jedince (to je ale intenzivní terapeutickou a reedukační péčí v DDÚ)		R15-DU.VP.M
pozitivní posun s přispěním dobře nastavené <b>medikace</b>		R10-DU.VP.W
pozitivním změnám pomůže pravidelnost, řád a pochvala		R10-DU.VP.W

**NEGATIVNÍ POSUN:**

pokud je jedinec vyčleněn, je velmi těžké vtáhnout ho zpět do skupiny		R09-DD.VP.M
spíše postavení psychicky nemocného stagnuje, žádný posun		
	- 2x	R06-DS.VY.W
hospitalizace v PN naruší postavení jedince ve skupině		R09-DD.VP.M
u psychotických onemocnění - <b>zhoršení</b>		R09-DD.VP.M
převládá negativní vývoj		R15-DU.VP.M

**Komentář:** Jak již bylo uvedeno, *otázky č. 15 a 16* směřují k myšlence obsažené v **hypotéze č. 2** – zda jsou *děti s psychickým onemocněním* ve výchovných institucích **častěji ostrakizovány** (vyčleňovány, drobně napadány, odstrkovány...) **než jiné děti...**

Zajímavým podnětem je odpověď respondenta z DDS, který během své praxe vysledoval, že postavení jedince s psychiatrickou poruchou (a jeho přijetí členy komunity) **mnohem více determinuje jeho fyzická vybavenost, vzrůst, síla**, než symptomy jeho diagnózy a aktuální psychický stav. U dívek k rozměru fyzické síly přibývá ještě **účinek jejich vzhledu**. Což vypovídá spíše o neplatnosti 2. hypotézy.

Podíváme-li se na souhrn sociálních pozic a rolí, které všechny zaznamenali výchovní profesionálové dětských domovů a diagnostických ústavů, pak nalézáme téměř všechny skupinové role. V těch jednoznačně formulovaných převládají tzv. **pozice Omega**, tedy pozice v hierarchickém žebříčku koncové, spodní, okrajové. Několikrát se dokonce objevuje pozice uzurpovaného jedince, na kterého se vše svede a ke kterému je dovolena bezdůvodná agrese – to jsou role **Černé ovce, Hromosvodu**, ale i **Posmívaného** (nechtěného) **Kašpárka**. V malém počtu (u 5 respondentů včetně *NEJEDNOZNAČNÝCH ODPOVĚDÍ*) bylo zmíněno, že psychicky nemocný zastává **Vůdčí, dominantní pozici**.

Velké množství odpovědí spadá do odstavce *NEJEDNOZNAČNÉ ODPOVĚDI*, z čehož je patrné, že není jednoduché formulovat odpověď u otázky na široké spektrum různorodých jedinců. Respondenti uvádějí, že postavení psychicky nemocného jedince ve skupině ovlivňují i **další faktory**, a to někdy mnohem silněji než samotná psychiatrická diagnóza. Zopakují ty hlavní: **faktory individuální – věk nemocného, fyzické vybavení, fyzický vzhled** a také **faktor sociální – složení rodinné skupiny**.

Pokud vezmeme v úvahu i odpovědi spadající mezi *NEJEDNOZANČNÉ*, pak zjišťujeme, že **psychicky nemocný jedinec je respondenty významně vnímán jako vyčleňovaný, odmítaný i atakovaný člen**. Skupinová většina – tedy ostatní jedinci s poruchami chování, příp. v riziku poruchy či jinak sociálně hendikepovaní, využívají nemocného k odreagování vlastních negativních pocitů a frustrací. Je však třeba vzít v úvahu několikrát zmiňovaný **časový faktor** – v průběhu pobytu psychicky nemocného ve skupině za soustavného reedukačního působení dochází u něho k významným posunům v projevech a způsobech navazování sociálních interakcí a současně se zvyšuje míra jeho integrace v dané skupině a akceptace ostatními členy skupiny. **Původní postavení odmítaného outsidera** – ostrakizovaného dalšími členy společenství – **se pozvolna mění a zlepšuje**. Jeho pozice získává na sociálním významu.

**Hypotéza č. 2: Děti s duševní nemocí jsou v prostředí institucionální výchovy ostrakizovány častěji než děti bez duševního onemocnění, je tedy potvrzena jen zčásti – její platnost je v prostředí institucionální výchovy časově omezena.** Z pohledu speciálních pedagogů je toto zjištění v podstatě „dobrá zpráva“. Poskytuje pozitivní zpětnou vazbu ohledně funkčnosti speciálních reedukačních a terapeutických metod a postupů. **V případě jedinců s duševní poruchou má výchovná a resocializační práce ve skupině dětí s nařízenou ústavní/ ochrannou výchovou své opodstatnění a sledovatelný dopad.**

**Dotaz č. 18:** *Vzpomenete si na některou konkrétní výchovnou situaci s takto (psychiatricky) nemocným jedincem?*

- Odpovědi:**
- \* chlapec dostal „záchvat“ poté, co na něj ostatní něco svedli; sebral nůžky a zamknul se s nimi na záchod – k vyřešení této situace přispěla **pomoc kolegy**, který měl s chlapcem bližší vztah (pomohl chlapce uklidnit a vyvést ze záchodu, který se dospělým podařil odemknout) R01-DD.VY.M
  - \* agrese a konflikt poté, co si dívka bez dovolení půjčila tričko své sestry R02-DD.VY.W
  - \* vycházka kolem rybníků: chlapec chtěl jet na kole, což nebylo možné; hoch trucoval, že nikam nepůjde – překonání pláče a protestu pomohlo sdělení vychovatelky, že tedy bude na ostatní čekat sám před rodinnou buňkou skupiny (ze strany vychovatelky šlo o manipulaci, kterou by zřejmě nemohla dotáhnout do konce) R03-DD.VY.W
  - \* psychicky nemocná dívka žila v představě, že je nádherná a úžasná a do zařízení DDŠ nepatří, všichni ostatní pro ni byli nedůležití, nezajímaví – důsledkem byla **reakce ostatních dívek, které ji odmítaly, izolovaly, exkludovaly** R04-DS.SP.W
  - \* chlapec se urážel a odmítal se zapojit do společně provozované hry (odcházel bez dovolení na chodbu, poutal tímto způsobem pozornost) – pozitivnímu ukončení výchovné situace napomohla **nabídka na změnu role chlapce**, kdy místo „hráče“ přijal roli „rozhodčího“ a mohl sledovat a posuzovat výkony ostatních dětí R05-DU.PS.W
  - \* jeden chlapec si chtěl udělat legraci z druhého – ten však **vtipu vůbec nerozuměl**, pochopil to jako útok a reagoval afektem vzteku, kdy rozbil vybavení místnosti R06-DS.VY.W
  - \* nemocná dívka reagovala podrážděně až zuřivě na hluk a křik dětí kolem sebe – spouštěčem této nezvladatelné reakce byl často záměrný

křik ostatních; situace často končila **fyzickým omezením dívky** (vychovatel ji musel silou držet do příjezdu rychlé záchranné služby a podání zklidňujícího léku) R07-DS.VP.M

\* chlapec s autismem je neustále v neklidu, sám si hlasitě hraje, pohybuje se po celé skupině, vstupuje do hovoru a sociálních situací ostatních, narušuje osobní prostor – je to **status quo / setrvalý stav**, který všechny členy skupiny dlouhodobě zatěžuje R08-DD.VY.W

\* **dlouhodobá dohoda s nemocným chlapcem** o tom, že pokud bez problémů splní úkol (včasný a spořádaný odchod do školy) dostane za odměnu obrázek dopravní značky, o které se zajímá, které sbírá R09-DD.VP.M

\* chlapec nepřijal / neunesl denní hodnocení (kdy ostatní byli lepší než on), reagoval agresí verbální, agresí vůči nábytku, následně musel být **fyzicky omezen vychovatelem** a za pomoci dalšího pedagoga odveden mimo skupinu R10-DU.VP.W

\* jedinec s kombinovaným postižením (poruchy chování, psychiatrické onemocnění, sluchové postižení) – problematické **překonávání komunikační bariéry**, kdy se chlapec stával terčem posměchu pro svoji specifickou mluvu; zároveň reagoval podrážděně, když mu dospělí nebyli schopni porozumět R11-DU.VY.M

\* nebezpečný, agresivní jedinec – vychovatelky měly strach o děti, kterým ubližoval R12-DS.VY.W

\* v prostředí DDŠ **musí pedagog i přes vnitřní obavy dát najevo jistotu, nebojácnost**, měl by působit rozhodně – např. v situaci, kdy chce chlapec hodit lavicí proti ostatním R13-DS.UC.W

\* chlapec Daniel nepřiměřeně reagoval na moji výchovnou korekci a **fyzicky mě napadl** – nevnímala jsem to jako útok s cílem ublížení, ale jako „reflexivní“ agresi, která patřila do jeho modelu naučených reakcí z rodinného prostředí R14-DU.SP.W

\* nemocný jedinec nepochopil vysvětlení pedagoga ohledně odpoledního programu; hoch nevnímala, že program je pouze pro straší děti, chtěl se účastnit také – následoval „zásek“, uražení a nevnímání argumentace vedoucího vychovatele, **několikaminutová nespoupráce, negativismus** R15-DU.VP.M

\* musela jsem Nikolase vyvést za dveře klubovny, protože svým chováním narušoval činnost skupiny, předváděl se, nevhodně poutal

pozornost – řešením situace bylo **dočasné vyloučení psychicky nemocného z kolektivu** R16-DU.PS.W

\* v jednom případě mě dítě s psychiatrickým onemocněním kouslo do ruky, když jsem ho proti jeho vůli vyváděla z jídelny R17-DU.VY.W

\* **vychovatel a psychicky nemocný hoch „hrají společně hru“**, kdy spiklenecky sledují, stopují narušitele, „darebáka“, který provádí zlomyslné akce a danému chlapci úmyslně škodí (jde o fiktivního narušitele) – pedagog přistoupil na způsob vnímání nemocného jedince R18-DU.VY.M

\* chlapec Adam dlouhodobě záměrně ničil vybavení školy – chtěl jsem tomu zabránit a tak jsem zvolil cestu **výhrůžky fyzickým trestem**; nejsem na to hrdý, ale nic jiného u tohoto chlapce nefungovalo R19-DU.UC.M

**Komentář:** Otázku č. 18 je třeba vnímat jako osobní, prožitkovou, zaměřenou na vlastní pedagogickou zkušenost, kterou dotazovaný respondent učinil v průběhu své speciálně pedagogické praxe. Ve většině případů se také respondentům podařilo přejít od obecných zkušeností ke konkrétní výchovné situaci, jejíž byli aktérem.

Některé situace jsou zcela konkrétní, u některých jde spíše o popis stavu skupinového klimatu ve chvílích nestandardního jednání dítěte s duševní nemocí.

Příznačným aspektem výše uvedených osobně prožitých situací je převažující prvek problémového, nezvladatelného jednání konkrétního psychicky nemocného dítěte – situace, která narušuje chod skupiny a respondent osobně ji může jen obtížně ovlivnit. **Ve dvou z 19 výchovných situací je duševně nemocný účasten sociální interakce, kterou je možné vnímat jako oboustranně obohacující, s pozitivním kontextem.** V obou případech je partnerem nemocného pedagog – muž. V dalších dvou případech se zprvu situace vyvíjí jako problematická, patová (dochází k protestu jedince proti požadavku pedagoga); cíleným zásahem – rozhodnou argumentací či nabídkou změny role dítěte – respondent vývoj situace obrací k pozitivnímu vyústění.

Poněkud **zneklidňujícím je zjištění, že v 9 situacích figuruje fyzická, brachiální agrese, které se dopouští psychicky nemocný jedinec na materiálním vybavení, dětech, př. ji směřuje k pedagogům** – často však tato agrese nebo její hrozba vede k použití fyzické síly výchovného pracovníka / pracovníky, kteří nemocného tímto způsobem omezují v pohybu, příp. jej vyvádějí mimo skupinu ostatních dětí.

Převaha negativních asociací v okamžitě vybavovaných pedagogických situacích respondentů vede k **potvrzení 3. hypotézy** formulované

v úvodu praktické části práce: ***Jedinec s psychickým onemocněním ve skupině dětského domova či diagnostického ústavu vyvolává u pedagogického pracovníka negativní očekávání a tenzi.***

Ano, psychicky nemocný jedinec je vnímaný jako „problematický“ jedinec, který buď ve svém okolí agresivitu a konflikty podněcuje, nebo přímo vůči okolí agresivně vystupuje, konflikty aktivně vyvolává. Z odpovědí pedagogických profesionálů je patrné, že mají **množství negativních zkušeností s takto nemocnými jedinci a následně tedy očekávají, že další příchozí dítě s duševní poruchou s sebou ponese rovněž problematické sociální interakce.** V hypotéze č. 3 zmiňuji i tenzi v souvislosti s jedincem psychicky nemocným – odpovědi nejen na dotaz č. 18, ale i na další dotazy osobního rozhovoru prokazují, že se nemusí nutně jednat o tenzi ve smyslu nepříjemného napětí, ale spíše o tenzi ve smyslu očekávání nejasného, nepředvídatelného prvku (kterým je psychicky nemocný jedinec ve skupině).

#### 2.4.4 Závěry vyplývající z kvalitativní části výzkumu

Pokusím se stručně shrnout závěry, které plynou z kvalitativní části našeho výzkumu, z 19 provedených osobních rozhovorů s pedagogickými profesionály pracujícími v dětských domovech (se školou) a diagnostických ústavech.

V odpovědích na dotaz č. 4 - „*Které psychiatrické onemocnění se u dětí ve Vašem zařízení vyskytuje nejčastěji?*“ se respondenti shodují s výsledkem kvantitativní části práce: odhadují **poruchu pozornosti s hyperaktivitou, příp. v kombinaci s dalšími přidruženými poruchami.**

Odpovědi na dotaz č. 5 směřují ke **zjištění nejasnosti a nesjednocenosti postupu, jak jsou v případě dětí s psychickým onemocněním předávány lékařské údaje** mezi jednotlivými úseky zařízení a jednotlivými pracovníky. Způsobů jak přímých / ústně sdělených, tak zprostředkovaných je široká škála (a liší se nejen dle typu zařízení, ale i v jednom totožném zařízení).

Kvalitativně zaměřené osobní rozhovory napomohly verifikaci **hypotézy č. 3: *Jedinec s psychickým onemocněním ve skupině dětského domova či diagnostického ústavu vyvolává u pedagogického pracovníka negativní očekávání a tenzi.*** Tento předpoklad se potvrdil především v dotazech zaměřených na osobně prožívanou atmosféru, klima skupiny ovlivněné přítomností duševně nemocného jedince a při vybavování výchovné situace s duševně nemocným, ve které byl respondent osobně angažován (dotazy č. 7 a č. 18). Tuto hypotézu zčásti potvrdil i výskyt negativních odpovědí u otázky č. 15, která zjišťovala, zda respondenti využívali psychicky nemocného jedince k působení na ostatní členy skupiny (tak jako se tomu děje – mnohdy úspěšně - v opačném směru). V některých odpovědích se odrážela nedůvěra a odmítání této možnosti – očekávání pedagoga bylo negativní.



Naopak **hypotéza č. 4:** „*S dítětem psychicky nemocným je v institucionální výchově zacházeno v rozporu s jeho potřebami a pedagogickými zásadami.*“ byla vyvrácena zejména odpověďmi na dotazy č. 9 a č. 10., které byly zaměřené na pedagogické postupy uplatňované v rodinné skupině v DD, DDŠ a DDÚ. Jak upřednostňované, tak neosvědčené metody a postupy se vyznačují nesmírnou šíří a záběrem a potvrzují, že **pedagogičtí pracovníci jsou vybaveni poznatky, které jim umožňují přistupovat k psychicky nemocnému dítěti s ohledem na jeho individuální potřeby a s využitím osvědčených pedagogických zásad** (které se promítají do aplikace pedagogických metod a postupů práce). Rovněž **hypotéza č. 5:** „*Edukační činnost v DD, DDŠ nebo DDÚ nerespektuje různorodé složení výchovného kolektivu a individuální odlišnosti jedince.*“ **nebyla potvrzena**, neboť v odpovědích na dotazy č. 9. a 10 se přímo promítalo zaměření na podporu individuálního přístupu a optika vnímání každého jednotlivce jako osobité a jedinečné bytosti. **V popisu metod pedagogické práce se pak objevují nejružnější speciální postupy, jejichž cílem je zohlednění různorodého složení výchovné skupiny a individuálních odlišností sledovaného duševně nemocného jedince.** Rozhodně jsou na ústupu frontálně uplatňované výchovné činnosti a tlak na společné zapojení všech členů skupiny bez výjimek. Je upřednostňováno hodnocení zohledňující individuální možnosti a schopnosti jednotlivých dětí – individuální norma. **Neprokázaní hypotéz č. 4 a č. 5.** se projevilo také v odpovědích na dotazy č. 13 a č. 14, jež byly zaměřené na využití korektivního tlaku skupiny směrem k duševně nemocnému dítěti. Zejména v zodpovědném zvažování takové možnosti výchovného působení a v uvážlivém využití názorů, postojů a přímých interakcí členů skupiny s nemocným jedincem se projevuje pedagogický cit pro individuální potřeby dotyčných jedinců a snadné negativní vyústění tohoto pedagogického postupu.

Vyvrácení hypotéz č. 4 a č. 5. je v důsledku **dobrá zpráva týkající se speciálně – pedagogické práce v zařízeních institucionální výchovy.** Z osobních zkušeností autora vyplývá, že v relativně nedávné minulosti (cca. před 20 lety) skutečně v prostředí diagnostických ústavů a dětských domovů docházelo k určitému potlačování individuality umístěných dětí (ať se odlišovaly psychiatrickou diagnózou, nebo jiným znakem). V mnohem větší míře docházelo ke snaze srovnat jedince do jedné hodnotící škály, zapojit všechny do paušálně probíhajících aktivit. Náš výzkum tedy vypovídá o kvalitě výchovně – vzdělávací práce v zařízeních pro výkon ÚV a OV.

**Hypotéza č. 2:** „*Děti s duševní nemocí jsou v prostředí institucionální výchovy ostrakizovány častěji než děti bez duševního onemocnění.*“ byla **verifikována jen zčásti.** Pro její ověření byly v osobních rozhovorech zařazeny otázky zjišťující pozici duševně nemocného v rodinné skupině (dotaz č. 16 a č. 17). Odpovědi na dotaz č. 16 skutečně ukazují na okrajové postavení duševně nemocného a tendenci členů skupiny vyčleňovat – ostrakizovat takto specifického jedince. Avšak hned v další otázce a odpovědích na ni zjišťujeme, že **většina respondentů zaznamenává v průběhu pobytu u duševně nemocného posuny v jeho sociální pozici.** A v mnoha ohledech se jedná o **pozitivní posun, změnu pozice ve člena sociálně přijímaného a uznávaného.** Duševně nemocný

jedinec v prostředí skupiny v institucionální výchově sociálně roste a jeho ostrakizace ostatními se stává minulostí. Vývoj ve vnímání psychicky nemocného zákonitě doznají i členové skupiny – vlivem reedukačního a resocializačního působení se stávají více tolerantní a schopní přijímat specifické projevy takového jedince. Původní ostrakizace psychicky nemocného tedy s dobou pobytu v rodinné / výchovné skupině ustupuje a nemocný se dostává na sociálně stabilnější pozice.

Z pohledu autora **splnila kvalitativní část výzkumu svůj účel – pomohla k naplnění cílů celé diplomové práce.** V průběhu 19 osobních rozhovorů se podařilo přimět respondenty k potřebnému profesnímu sebeotevření a provedení určitého „sebenáhledu“ v oblasti vlastní pedagogické zkušenosti s jedinci s diagnostikovanou duševní poruchou. **Zkušenosti respondentů plně prokázaly platnost hypotézy č. 3, zčásti potvrdily hypotézu č. 2** (přičemž poukázaly na jasný a nezpochybnitelný vývoj sociálního postavení duševně nemocného dítěte) a **nepotvrdily platnost hypotéz č. 4 a č. 5.**

### 3. ZJIŠTĚNÉ ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ

Na konci mé závěrečné práce – po téměř jednom roce různě intenzivní vědecké činnosti, kombinující v sobě výzkum v terénu (v zařízeních institucionální péče), sběr a zpracování anamnestických údajů, osobní kontakt s pedagogickými pracovníky zařízení, získávání a konfrontaci odborných teoretických východisek a také potřebnou výměnu informací během konzultací mi připadá důležité zopakovat si prvotní cíle práce.

V úvodu jsem zmiňoval, že téma psychiatrické zátěže dítěte umístěného v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy ve smyslu psychického onemocnění, kterým dítě trpí, je tématem vysoce aktuálním. Pedagog, pracující s jedincem psychicky nemocným, potřebuje pro efektivní edukační a resocializační působení rozlišit, zda je problematický projev dítěte symptomem jeho onemocnění nebo se poruchové chování kombinuje s onemocněním (př. vzniká na jeho podkladě) či zda jsou problémy v chování samostatným jevem, který s psychickým onemocněním přímo nesouvisí. V této souvislosti již mohu konstatovat jeden z dílčích závěrů své práce: vzhledem k široké škále psychických poruch **je nesmírně obtížné hledat univerzální odpověď na otázku postavení psychicky nemocných jedinců v institucionální výchově, popř. pátrat po paušálně platném způsobu či metodě výchovné práce s těmito dětmi.** Problematika je natolik široká, že první a základní zásadou by mělo být respektování jedinečnosti dítěte a dodržování zásady individuálního přístupu k jedinci s psychickou poruchou.

Současně mohu konstatovat, že navzdory potřebě zpracování daného tématu z pohledu speciálně pedagogického, tzn. problematiky edukačních přístupů k dětem s duševním onemocněním na pozadí skupiny v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy není toto téma v naší literatuře příliš frekventováno. Jsou k dispozici dílčí pojednání ohledně konkrétních onemocnění, např. k poruchám autistického spektra, hojně též k poruchám pozornosti a aktivity, avšak většinou bez kontextu institucionální výchovy. Množství poznatků a metod, využitelných v reedukační a resocializační péči, je možné nalézt v publikacích autorů zabývajících se individuální a skupinovou psychoterapií zaměřenou na práci s osobami s postižením psychických funkcí (některé z publikací posloužily jako zdroj poznatků i v této práci – viz *seznamy použité literatury*).

Kromě pěti základních výzkumných otázek – hypotéz, uvedených v úvodu praktické části, jsem během sběru a zpracování výzkumného materiálu dospěl k několika vedlejším, avšak prakticky využitelným zjištěním. V první řadě uvedu, zda zjištěná data napomohla verifikaci **stanovených vstupních hypotéz:**

**1. Nejčastěji se vyskytující psychiatrické onemocnění u dětí v zařízeních pro výkon ÚV a OV je porucha pozornosti s hyperaktivitou / hyperkinetická porucha.**

Tato hypotéza byla jednoznačně potvrzena kvantitativním výzkumem – zpracováním údajů z osobních a zdravotních anamnéz výzkumného vzorku **442 dětí** z 6 výchovných zařízení. Z celkového počtu **605 lékařských diagnóz** těchto sledovaných dětí jich **258 tvoří hyperkinetické poruchy**, což znamená **42,6% relativní četnosti**

**vzhledem k ostatním zjištěným poruchám.** Pokud počet dětí s hyperkinézou (258) vztáhneme nikoliv k počtu diagnóz, ale k celkovému počtu dětí odcházejících ze zařízení (resp. přicházejících), tj. ke kompletnímu výzkumnému vzorku (1320 dětí), pak **docházíme k objektivní relativní četnosti jevu – 19,5%.**

První hypotézu potvrzují i dílčí výsledky: v dětských domovech se syndrom ADHD vyskytuje v četnosti 18,7% (DD Planá), resp. 55,5% (DD Plzeň), v dětských domovech se školou jej nalezneme v relativní četnosti 25,4% (DDŠ Měcholupy), resp. 48% (DDŠ Hostouň) a v dětských diagnostických ústavech v četnosti 49% (DDÚ Hradec Králové), resp. 40,5% (DDÚ Plzeň). Tyto relativní hodnoty tvoří v pěti zařízeních většinou absolutní hodnotu, pouze v prvním zařízení, v DD Planá, nalézáme shodný nejvyšší výskyt ještě se *škodlivým užíváním návykových látek a s neorganickou enurézou a enkoprézou.* Podotýkám, že jde o **procentní vyjádření četnosti syndromu ADHD v celkovém počtu diagnóz.**

Pro srovnání uvádím výskyt hyperkinetických poruch u běžné dětské populace vyrůstající mimo zařízení pro výkon ÚV a OV, tak jak ho prezentuje Pešatová ve sborníku Východiska pro speciálněpedagogické intervence v etopedii: množství dětí hyperaktivních, nepozorných a impulzivních v 1. třídě ZŠ se pohybuje od 2 do 10%, u dětí školního věku je prevalence syndromu 2 až 12% (Pešatová in Červenka, Vojtová, 2013, str. 11). Munden a Arcelus jsou ve svých zjištěních strážlivější, resp. jejich údaje jsou užší: uvádějí celosvětový výskyt ADHD u 1 – 5% obyvatel. Klinické studie opřené o DSM-IV dospívají k výskytu ve 3 – 5% jedinců, studie provedené s pomocí MKN-10 zjišťují mírně nižší hodnoty – přibližně 2,5 - 4,5% jedinců (2002, str. 45).

**Zjištění našeho výzkumu dospívají k číslům dvou až čtyřnásobným - 19,5% hyperkinetických dětí z celkového počtu dětí ve sledovaných zařízeních. Syndrom ADHD je tedy významným rizikovým faktorem, který predisponuje takové poruchové chování, jež u jedince v běžném školním a rodinném prostředí není adekvátně výchovně zvládnáno** a tento je umisťován do náhradní výchovné péče.

Statistické číselné výsledky byly podpořeny rovněž mnohými odpověďmi pedagogů v rámci polostandardizovaných osobních rozhovorů – výchovní profesionálové se shodovali na skutečnosti, že nejčastěji se vyskytujícím psychickým onemocněním je v jejich zařízení hyperkinetický syndrom / ADHD. Současně na jinou otázku odpovídali, že **jedinec s hyperkinetickým syndromem / ADHD je výchovně nejnáročnějším dítětem v prostředí rodinné nebo výchovné skupiny** (mimo děti s poruchou chování v etopedickém slova smyslu).

## ***2. Děti s duševní nemocí jsou v prostředí institucionální výchovy ostrakizovány častěji než děti bez duševního onemocnění.***

V osnově osobního rozhovoru jsme na objasnění této hypotézy zacílili 2 otázky podchycující jednak aktuální postavení jedince s psychickou poruchou, ale také jeho vývoj v čase. **Výchovní profesionálové duševně nemocné dítě skutečně vnímají jako vyčleňovaného, odmítaného – ostrakizovaného jedince, který je v některých případech ostatními členy skupiny atakován.** Zároveň však upozorňují, že u duševně nemocného dochází pod edukačním vlivem vychovatele a působením skupinové dynamiky k významným změnám postavení. **Pozice psychicky**

nemocného jedince se v mnoha případech zkvalitňuje, jeho postavení získává na významu, jedinec se stává sociálně akceptovaný. (Tento pozitivní vývoj nenastává u závažných psychiatrických onemocnění typu psychotických poruch; integrace nemocného bývá též narušena opakovanou hospitalizací v psychiatrických nemocnicích.)

Sdílené osobní zkušenosti pedagogů svědčí o skutečnosti, že hypotéza č. 2 byla potvrzena pouze zčásti a nově by mohla znít: ***Původní ostrakizace duševně nemocného ve skupině v zařízení institucionální péče ustává současně s nárůstem jeho sociální akceptace v průběhu času stráveného ve skupině.*** To je velmi podstatné a pozitivní zjištění, které potvrzuje význam speciálně pedagogické (terapeutické) práce se skupinou v zařízeních pro výkon ÚV a OV.

### ***3. Jedinec s psychickým onemocněním ve skupině dětského domova či diagnostického ústavu vyvolává u pedagogického pracovníka negativní očekávání a tenzi.***

Z odpovědí na dotazy zaměřené v osobních rozhovorech s pedagogy na jejich vnímání atmosféry skupiny s duševně nemocným dítětem (a nepřímo i na očekávání od takto koncipované skupiny) vyplývá převaha negativních asociací, nepříznivých zkušeností. Část odpovědí na *dotaz č. 15*, mapující využití psychicky nemocného jedince k ovlivnění skupiny, prozrazuje nedůvěru k pozitivnímu efektu přítomnosti nemocného ve skupině. Naznačují napětí, které pedagog při mentální přípravě na výchovné působení prožívá. Odpovědi na poslední, *18. dotaz* rozhovoru (vyzývá k vybavení si výchovné situace, interakce s duševně nemocným jedincem) **plně potvrzují oprávněnost hypotézy č. 3.** Pouze v několika sděleních jde o vzpomínku na situaci s pozitivním, příjemným obsahem. ***V téměř polovině z vybavených vzpomínek je jedinec s psychickou poruchou asociován s fyzicky projevenou, brachiální agresi.*** Hypotézu č. 3 můžeme tedy s ohledem na spontánní odpovědi respondentů osobních rozhovorů **považovat za prokázanou.**

### ***4. S dítětem psychicky nemocným je v institucionální výchově zacházeno v rozporu s jeho potřebami a pedagogickými zásadami.***

**Hypotéza č. 4** byla stanovena pod prizmatem dřívějších negativních zkušeností autora s reakcemi pedagogů výchovných zařízení v interakci s duševně nemocným. Odpovědi na dotazy zabývající se osvědčenými i odmítanými pedagogickými metodami a postupy (a v *otázce č. 12* rovněž výchovně – vzdělávacími zásadami) přinášejí pestrou škálu známých, ale i nových, neotřelých postupů. Současně v nich respondenti zřetelně odmítají způsoby práce, jež jsou pro děti se specifickými emočními reakcemi a narušenými psychickými funkcemi nevhodné. Také odpovědi na otázky (*č. 13 a 14*) zabývající se využitím vlivu skupinového tlaku na jedince s psychiatrickou diagnózou **nepoukazují na zacházení v rozporu s pedagogickými zásadami, př. v rozporu s potřebami a zdárným vývojem psychicky nemocného.** **Hypotéza č. 4** tedy nebyla v 6 zkoumaných výchovných zařízeních prokázána, **naopak byla vyvrácena, zneplatněna.**

## **5. Edukační činnost v DD, DDŠ nebo DDÚ nerespektuje různorodé složení výchovného kolektivu a individuální odlišnosti jedince.**

K verifikaci či vyvrácení této výzkumné otázky směřovalo, jako u předchozí hypotézy, několik dotazů osobních rozhovorů. Stejně jako u 4. hypotézy se prostřednictvím kvalitativní analýzy osobních rozhovorů prokázalo, že pracovníci výchovných zařízení citlivě a odpovědně zvažují možnosti specificky se projevujících jedinců a individuálně zohledňují odlišnou úroveň jejich schopností a míru vnitřní motivace k zapojení (s cílem předcházet mimořádným, emočně vypjatým stavům dítěte). Mezi individuálně zohledňované jedince patří právě psychicky nemocní členové skupiny. Schopnost vnímat je jako individuality s vlastními postoji oproti frontálnímu způsobu edukačního působení je z rozhovorů patrná. Odpovědi na otázky č. 9, 10 a další **vedou k nepotvrzení hypotézy č. 5, která by na základě výsledků výzkumu měla znít spíše takto: většina pedagogických profesionálů odpovědně zvažuje složení „své“ skupiny a přizpůsobuje mu program dne či zvolené metody a postupy práce;** respondenti se v omezeném rozsahu rovněž snaží využívat prvky a techniky skupinové psychoterapie.

K dílčím, původně neplánovaným, zjištěním mé práce patří následující poznatky:

**1) Výskyt dětí s psychiatrickou diagnózou** (a návazně i počet psychických poruch, kterými trpí) stoupá v jednotlivých typech zařízení od nejnižšího výskytu v prostředí „běžných“ **dětských domovů - průměrně 16,3 % psychicky nemocných, přes dětské diagnostické ústavy, kde je výskyt dětí s psychickým onemocněním v průměru 32,5 %, až po dětské domovy se školou, ve kterých jsme našli dokonce 50 % duševně nemocných jedinců** z celkového počtu odcházejících.

Tyto rozdíly je dobré brát v úvahu při posuzování sociálního klimatu a vlivu prostředí jednotlivých institucí na nově umisťované jedince. Současně mohu konstatovat, že tyto výsledky odpovídají míře otevřenosti / uzavřenosti a úrovni přímého pedagogického vedení (převaha samostatných / řízených aktivit, míra pedagogického dozoru...) a též smyslu a poslání jednotlivých typů zařízení. Do dětských domovů jsou převážně umisťovány děti, u nichž dysfunkce vykazuje primárně rodinné prostředí (a děti jsou schopné do značné míry fungovat samostatně nerizikovým způsobem). Dětské domovy se školou pečují o děti s rozvíjejícími se poruchami chování, u kterých se předpokládá snížená schopnost odpovědného, nerizikového zacházení s osobní svobodou. Průměrný počet psychicky nemocných – 32,5 % odráží pozici diagnostických ústavů jako zařízení, kterým obvykle prochází děti následně umisťované jak do DD, tak do DDŠ.

**2) Z kvalitativně zaměřené části výzkumu – z důvěrných osobních rozhovorů s pedagogy výchovných zařízení vyplynula vysoká míra zaujetí speciálně – pedagogickou činností: snaha vykonávat práci se specifickou klientelou kvalitně; zájem o každého jednotlivce, každého člena skupiny; přijetí specificky náročného jedince, snaha o jeho integraci a posun v rámci individuální normy.** Toto profesní zaujetí, výchovný entuziasmus byl patrný u významné části respondentů, přestože současně bylo zřejmé, že přítomnost duševně nemocného ve skupině je zatěžující a

vyčerpávající s ohledem na jeho afektivní nestabilitu a nejistotu, zda nebude docházet k vypjatým konfliktním situacím.

3) Jako problematický bod se v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy ukázalo **sdělování informací o psychiatrickém onemocnění a příp. léčbě přítomného dítěte**. Jde především o informování ostatních členů skupiny. Zde se téměř v polovině odpovědí vyskytuje problematický, sporný způsob sdělení tohoto soukromého údaje (který mimo jiné podléhá lékařskému tajemství). Dle odpovědí dochází mnohdy k úplnému „utajení“ informace, nebo naopak neřízenému, nekomentovanému „odhalení“ faktu psychiatrické léčby. V některém případě dokonce pracovník „připravuje skupinu“ na příchod psychiatricky nemocného dítěte.

Tyto ne zcela profesionální – necitlivé způsoby sdělování informací o zdravotních specifikách jedince nejsou pravidlem ve všech sledovaných zařízeních. Jedná se o prvek, jenž by měl být upraven a sjednocen vedením a zařazen do **etického kodexu pracovníka výchovného zařízení**.

4) Významným momentem kvalitativního výzkumu je **opakovaný výskyt tvrzení podporujících tolerantní přístup a akceptující přijetí osob s psychickým hendikepem**. V průběhu osobních rozhovorů jsem několikrát (u různých otázek) zaznamenal sdělení, v kterém respondent porovnával výchovnou náročnost jedince s psychickou poruchou a jedince s poruchou chování (v etopedickém pojetí). Zdůrazňoval **často obtížnější výchovné působení směrem k jedinci s poruchou chování** (např. agresivního rázu) **oproti relativně snadnějšímu korigování psychicky nemocného**.

Tento názor se objevoval napříč výzkumným vzorkem všech 19 pedagogických profesionálů. Svědčí o schopnosti nahlížet klientelu výchovných zařízení bez předem vytvořených předsudků a názorů ovlivněných generalizací.

5) Jako poslední doplňkové zjištění uvádím procentuální zastoupení dalších 2 psychiatrických onemocnění (jejichž četnost výskytu následuje hned za zmíněnými hyperkinetickými poruchami).

Druhým nejčastějším psychiatricky diagnostikovaným onemocněním dětí v institucionální péči je **smíšená porucha chování a emocí**, která byla zaznamenána celkem u **69 dětí**. V relativní četnosti vzhledem k počtu všech zjištěných psychických poruch (605 diagnóz) dostáváme zastoupení **11,4%**. Podíváme-li se však na **poměr dětí se smíšenou poruchou chování a emocí k celkovému počtu dětí**, vč. jedinců bez psychické nemoci (1320 dětí), získáváme **relativní četnost 5,2%**. Zde jen připomínám, že tato porucha zahrnuje několik různých diagnóz, jež se liší svojí symptomatologií a u nichž je podstatná kombinace poruchového chování obvykle s narušením afektivní oblasti (porucha nálad, depresivní ladění apod.). Tímto spojením se sm. porucha chování a emocí odlišuje od základních druhů poruch chování a přibližuje se do spektra pedopsychiatrické péče.

Na pomyslné 3. příčce četnosti výskytu jednotlivých poruch nacházíme **škodlivé užívání návykových látek**, které se vyskytlo celkem u **59 dětí**. V poměru ke všem diagnostikovaným onemocněním (605) dospíváme k procentuálnímu zastoupení ve

výši **9,8%**. Objektivní výpovědní hodnotu však získáme opět **porovnáním počtu dětí, které v zařízeních pro výkon ÚV a OV zneužívají návykové (psychotropní) látky (59) s celkovým počtem dětí**, tedy kompletním výzkumným vzorkem (1320) – zde dospějeme k **relativní četnosti 4,5% užívajících jedinců**. Toto množství je nutné vnímat jako celkový průměr, podstatně se liší v každém typu zařízení.

Má diplomová práce, zabývající se psychiatricky nemocnými jedinci v prostředí zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, **pomohla potvrdit 2 z pěti stanovených hypotéz**. Prokázala, že nejčastěji se vyskytujícím psychickým onemocněním u dětí v těchto zařízeních jsou hyperkinetické poruchy (zahrnující poruchu pozornosti a aktivity). Rovněž potvrdila, že jedinec s psychickým onemocněním vyvolává u pedagogického pracovníka DD či DDÚ negativní očekávání a tenzi – oba pocity souvisejí s nepředvídatelným a nestabilním projevem duševně nemocného dítěte. Zčásti byla potvrzena hypotéza předpokládající ostrakizaci psychicky nemocného, přičemž současně došlo ke zjištění, že pozice nemocného jedince se s délkou reedukačního tlaku a vlivem skupinové dynamiky významně zlepšuje. Výzkumné otázky zabývající se nevhodným přístupem k duševně nemocnému a nerespektováním individuálních odlišností členů skupiny byly kvalitativním výzkumem vyvráceny.

Kromě těchto „hmatatelných“ výsledků mi však práce na vybraném tématu zprostředkovala množství nových zkušeností a kontaktů. Měl jsem možnost zevrubněji nahlédnout do prostředí 6 zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy a být osobně nápomocen sebereflexi 19 pracovníků, kteří vlastním pohledem rekapitulovali postupy své speciálně pedagogické činnosti a též osobní pracovní krédo. Při sběru anamnestických dat o dětech s psychiatrickou diagnózou jsem si znovu připomenul mnoho výchovně specifických jedinců, se kterými jsem ve své dřívější praxi přicházel do kontaktu. Mimo jiné jsem si uvědomil, že poznávat a posuzovat jednotlivce je zapotřebí prostřednictvím jeho individuality a tu nemůže nahradit sebepřesnější diagnostická značka.



## Seznam použité (citační) literatury:

1. ATTWOOD, T. *Aspergerův syndrom*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-979-8.
2. ČERVENKA, K. *Sud, který nemá dno?* Brno: Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8138-3.
3. HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.
4. JANSKÝ, P. *Dítě s problémovým chováním a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-534-9.
5. KALEJA, M., *Etopedická propedeutika v inkluzivní speciální pedagogice*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity, 2013. ISBN 978-80-7464-396-5.
6. KALHOUST, Z., OBST, O., KURELOVÁ, M. a kol., *Školní didaktika*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-253-X.
7. KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. et al. *Člověk - Prostředí - Výchova*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2.
8. KRAUS, B. Sociální prostředí jako výchovný činitel. *Pedagogika*, 1985, č. 6, str 675 - 691.
9. LANGMAIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.
10. MARXTOVÁ, M., MAREČKOVÁ, M. *Děti s psychiatrickou diagnózou*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-15-3.
11. MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991. ISBN 80-04-24526-9.
12. MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-006-5.

13. MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-494-X.
14. *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. ISBN 80-85121-37-9.
15. MÜLLER, O. a kol., *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7.
16. MUNDEN, A., ARCELUS, J., *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-625-X.
17. PEŠATOVÁ, I. 2013. Hyperkinetické poruchy ve vztahu k poruchám chování. In. ČERVENKA, K., VOJTOVÁ, V. et al. *Východiska pro speciálněpedagogické intervence v etopedii*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6617-5.
18. PIPEKOVÁ, J. a kol, *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
19. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
20. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0456-5.
21. PUGNEROVÁ, M., KVITOVÁ, J. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5452-9.
22. RONENOVÁ, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-370-6.
23. SEKERA, J., *Komunitní systém v resocializačních zařízeních pro adolescenty: Mezilidské vztahy personálu v resocializačních zařízeních pro adolescenty. I.* Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity, 2008. ISBN 978-80-7368-5348.
24. SLOWÍK, J., *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.
25. ŠVARCOVÁ, E., *Vybrané kapitoly z etopedie a sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-959-5.

26. TRAIN, A., *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.
27. TRAIN, A., *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.
28. VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.
29. VALENTA, M., MÜLLER, O., *Psychopedie, teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.
30. VOJTOVÁ, V. *Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4573-6.
31. Zákon č 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů*. 5. 2. 2002.
32. Zákon č. 89/2012 Sb., nový občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů*. 3. 2. 2012.

## **Seznam s tématem související literatury:**

1. ČERVENKA, K., VOJTOVÁ, V. *Východiska pro speciálněpedagogické intervence v etopedii*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6617-5.
2. DRTILOVÁ, J., KOUKOLÍK, F. *Odlišné dítě*. Praha: Vyšehrad, 1994. ISBN 80-7021-097-4.
3. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-318-8.
4. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9.
5. KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0643-9.
6. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
7. ŘEZÁČ, J. *Sociální psychologie*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-48-6.
8. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

## Přílohy diplomové práce:

Příloha A – Písemný záznam rozhovoru s respondentem R5-DU.PS.W – 1. strana

DDÚ Píseň – psycholo žž  
V.T.

29.8.  
2017

záznam – č. 54

Dotazy rozhovoru s pedagogem institucionálního zařízení

R5-DU.PS.W (DDÚ, DDŠ, DD)

Rozhovor je zaměřený na zkušenosti pedagoga pracujícího se skupinou, ve které je přítomno dítě s psychiatrickými symptomy.

1. Jak dlouho pracujete v zařízení pro výkon ÚV a OV?

1 rok

2. Na jaké pracovní pozici jste nyní a na jakých jste již pracovali?

psycholog, školní psycholog, SPC, vězeň

3. Jakou máte v současnosti skupinu – z hlediska věku dětí, složení dle výchovné problematiky (přítomnost poruch chování, sociální znevýhodněnosti, psychiatrické problematiky), dle mentální úrovně, př. výchovné náročnosti?

- poruchy chování, soc. znevýhodněnost, psych. pr.

4. Které psychiatrické onemocnění se u dětí ve Vašem zařízení vyskytuje nejčastěji?

- úzkostné poruchy, deprese, neuroty  
- hyperaktivita, nepřiměřená agrese

5. Jakým způsobem se dozvídáte informace o psychickém onemocnění (ev. psychiatrické léčbě) dítěte ve skupině? Existuje pro takový případ nějaký ustálený postup?

- domluva dítěte, z všeho sdělení dítěte

6. Děti s jakou psychiatrickou diagnózou jsou, dle Vašeho názoru, výchovně nejnáročnější?

- deprese, úzkost  
- neurotické děti → nejistota, vl. sebevědomí, sociální orientace  
~~- agrese~~

[R05]

7. Zkuste si vzpomenout na některého klienta – dítě s diagnostikovanou psychickou poruchou. Vybarvíte si atmosféru skupiny za přítomnosti takového jedince?

- celková atmosféra dobrá, nemoučená skupina,
- hlasitější projevy
- za slova a na jedince - odhodlání skupina, valvat...
- ziskání pozornosti

8. Jaké problémy se ve skupině s takto nemocným dítětem nejčastěji objevují? Co jste musel obvykle řešit?

- udržování snaha o vysočtí pozornosti.

(odhodlání mimo skupinu)

- navození tepla, které vedle sebe zpracovat

9. Které pedagogické metody a postupy jste při výchovně vzdělávací práci upřednostňoval?

→ Co se osvědčilo při působení směrem ke skupině?

→ Co se osvědčilo při působení na psychicky nemocného jedince?

jasně strukturovaný program - pestrost, střídání aktivit

- práce v kratších úsecích

přijetí tabulky, jak je - akceptace (úsměv, veselá)

10. Které metody a postupy se naopak neosvědčily? - možnost volby

→ Co nefungovalo při výchovné práci se skupinou?

→ Co nefungovalo při výchovném působení směrem k jedinci s duševní poruchou?

navození vředy, práce bez přípravy

střídní hlas, jednoznačný příkaz

- neochota vyjádření, vlastního názoru

11. Jak jsou o případném duševním onemocnění jednoho z členů skupiny informováni děti, které s ním žijí v rodinné skupině.

- vysvětlení - dítě má problémy, potřebuje více podpory

- jejich slovní (NE sdělení diagnózy)

12. Jaké výchovně - vzdělávací zásady je nutné při činnosti ve skupině s duševně nemocným dodržovat?

→ strukturovaný program

→ individualizace akceptace se všemi (+ a -) a jistoty (získání sebevědomí)

13. Využíval jste nějakým způsobem korektivního působení sociální skupiny (př. některých jedinců)?

- ANO

- vědy je to i účele a systém skupinové terapie - zpětná vazba od vskleniče

R05

14. Mělo takové využití své opodstatnění – vedlo k zlepšování situace?

- získávaly z toho i ostatní děti
- děti samy vždy sáhnou pomoci nemocnému jedinci

15. Bylo možné nějakým způsobem využívat přítomnost psychicky nemocného jedince k ovlivnění skupiny (nebo některých jedinců)?

- URČITĚ
- vedlo to ostatní z projevů – pozitivních vztahů, děti uživat to lepší – děti pomáhat

16. V jaké pozici se obvykle jedinec s psychiatrickou diagnózou nacházel – z hlediska hierarchie skupinových rolí?

- jsou to různé pozice
- ve většinou musí být dítě psychiatrické na nižších úrovních zvláště – slyš se dominancí

17. Vyvíjelo se jeho postavení ve skupině v průběhu času (a s délkou reedukačního působení)? Pozitivní, či negativní vývoj?

- zhušňování spíše s pozitivním – uspořádání
- dítě psych. nemocí vostlo

18. Vzpomenete si na některou konkrétní výchovnou situaci s takto nemocným jedincem?

- období chybce ze skupiny a opětovně zapojení
- chybce, který byl půd ve kře jako ROZHODČÍ

Mnohokrát děkuji za ochotu poskytnout své osobní zkušenosti.

Martin Fládr

4.12. 2017

DDÚ Hradec Kr.

- ved. výchov. katedry

(66) záznam

### Dotazy rozhovoru s pedagogem institucionálního zařízení

R10-DU.VP.W

(DDÚ, DDŠ, DD)

Rozhovor je zaměřený na zkušenosti pedagoga pracujícího se skupinou, ve které je přítomno dítě s psychiatrickými symptomy.

1. Jak dlouho pracujete v zařízení pro výkon ÚV a OV?

22 let

2. Na jaké pracovní pozici jste nyní a na jakých jste již pracovali?

1/2 rok - učitel

pak dělník

2 roky ved. vých.

3. Jakou máte v současnosti skupinu – z hlediska věku dětí, složení dle výchovné problematiky (přítomnost poruch chování, sociální znevýhodněnosti, psychiatrické problematiky), dle mentální úrovně, př. výchovné náročnosti?

nik všech dětí

4. Které psychiatrické onemocnění se u dětí ve Vašem zařízení vyskytuje nejčastěji?

1. ADHD

2. sešepřelozdraví

3. afektivní stav - nekontrolovatelná agrese

patologická hravost  
a deprese

5. Jakým způsobem se dozvídáte informace o psychickém onemocnění (ev. psychiatrické léčbě) dítěte ve skupině? Existuje pro takový případ nějaký ustálený postup?

- na domácí návštěvě - sec. prac. DDÚ + psycholog

- na pedagogické poradě → podrobnější info

6. Děti s jakou psychiatrickou diagnózou jsou, dle Vašeho názoru, výchovně nejnáročnější?

- nejvíce sil berou ADHD

→ vychovatelé selhávají u agresora

(člověk se přeloví s pomocí)



R10

7. Zkuste si vzpomenout na některého klienta – dítě s diagnostikovanou psychickou poruchou. Vybarvíte si atmosféru skupiny za přítomnosti takového jedince?

- často strach, obava – bojí se oshtu dětí
- nebo sousta, zespěšněni

8. Jaké problémy se ve skupině s takto nemocným dítětem nejčastěji objevují? Co jste musel obvykle řešit?

- asistent – hrazi udližen, rození dětí – dospěleho
- improvizace – zřidněni dítěte
- příp. ošetření fyz. část – sebepečlovodni

9. Které pedagogické metody a postupy jste při výchovně vzdělávací práci upřednostňoval?

Co se osvědčilo při působení směrem ke skupině?

Co se osvědčilo při působení na psychicky nemocného jedince? (SK)

- konkrétní – po doboe – → slyšiva – koregovat
- motivace → vyčleňni z kolektivu
- přesvědčování vyčleňni → práce s básně
- skupinová a konkrétní práce → racionální počin

10. Které metody a postupy se naopak neosvědčily?

Co nefungovalo při výchovně práci se skupinou? → motivace konkrétní

Co nefungovalo při výchovném působení směrem k jedinci s duševní poruchou? (SK)

- vyčleňni, užití – hraza zřidněni → nefungují vyčleňni
- zvyšování kláse
- nefunguje učebnovat, učit

11. Jak jsou o případném duševním onemocnění jednoho z členů skupiny informovány děti, které s ním žijí v rodinné skupině.

- vždy nemusí vědět vůbec
- instrukce, jak se upovovat konkrétní, provádění
- diagnóza není sdělována

12. Jaké výchovně – vzdělávací zásady je nutné při činnosti ve skupině s duševně nemocným dodržovat?

- zásada bezpečnosti – je potvrzena!
- zásada důvěrnosti – výběr činnosti
- zásada vhodné aktivity

13. Využíval jste nějakým způsobem korektivního působení sociální skupiny (př. některých jedinců)?

- ANO – odlišněni skupiny bez toho dítěte
- může být → slyšiv se slyšiv o učitěleho

R10

14. Mělo takové využití své opodstatnění – vedlo k zlepšování situace?

→ třída klíče, slušil dříve se stvořil o kešci  
chlapce s ADHD  
- dříve asistentky - dají pozornost

15. Bylo možné nějakým způsobem využívat přítomnost psychicky nemocného jedince k ovlivnění skupiny (nebo některých jedinců)?

• děti se učí toleranci a sociálnímu chování  
obecně

16. V jaké pozici se obvykle jedinec s psychiatrickou diagnózou nacházel – z hlediska hierarchie skupinových rolí?

• když agresor, dominantní - viděl, byl pro  
• jindy zase outsider • velký člen záleží na diagnóze

17. Vyvíjelo se jeho postavení ve skupině v průběhu času (a s délkou reedukačního působení)? Pozitivní, či negativní vývoj?

• pozitivní na posunu postavení vedoucí  
- sledoval jeho vedení  
• s pozitivním skupin - počítala se zlepšit

18. Vzpomenete si na některou konkrétní výchovnou situaci s takto nemocným jedincem?

→ neuznávat kolektiv - vedl se nepřiměřeně zálež  
→ agrese → vyčleňoval se ušel fyzický zvládnout  
→ vyčlešit vinné skupin

Mnohokrát děkuji za ochotu poskytnout své osobní zkušenosti.

Martin Fládr

• pravidelnost, věd, jistota

75

učitel DDU Plzeň

9.2.2018

Dotazy rozhovoru s pedagogem institucionálního zařízení

R19-DU.UC.M

(DDÚ, DDŠ, DD)

Rozhovor je zaměřený na zkušenosti pedagoga pracujícího se skupinou, ve které je přítomno dítě s psychiatrickými symptomy.

1. Jak dlouho pracujete v zařízení pro výkon ÚV a OV?

17 let

2. Na jaké pracovní pozici jste nyní a na jakých jste již pracoval?

kdysi - učitel ZŠ při DDÚ  
- vychovatel

3. Jakou máte v současnosti skupinu – z hlediska věku dětí, složení dle výchovné problematiky (přítomnost poruch chování, sociální znevýhodněnosti, psychiatrické problematiky), dle mentální úrovně, př. výchovné náročnosti?

→ smíšená skupina - 6./7. ročník  
→ SPUCH, částo LTR - ZŠP (dívky)

4. Které psychiatrické onemocnění se u dětí ve Vašem zařízení vyskytuje nejčastěji?

nej - ADHD  
surovou mentální úroveň

5. Jakým způsobem se dozvídáte informace o psychickém onemocnění (ev. psychiatrické léčbě) dítěte ve skupině? Existuje pro takový případ nějaký ustálený postup?

→ pokoušeli se psychologem / etopodem toho dítěte  
→ osobní spis, zpráva

6. Děti s jakou psychiatrickou diagnózou jsou, dle Vašeho názoru, výchovně nejnáročnější?

ADHD  
+ bezohledná výchova, zanedbaná výchova

R19

7. Zkuste si vzpomenout na některého klienta – dítě s diagnostikovanou psychickou poruchou. Vybavíte si atmosféru skupiny za přítomnosti takového jedince?

1. Vátek, odpor třídy k jedinci  
- vše se mu muselo podřídit  
- Vzpjatí, všichni, nesoustředění, soustředění spolupráce

8. Jaké problémy se ve skupině s takto nemocným dítětem nejčastěji objevují? Co jste musel obvykle řešit?

- agresivita - toho jedince
- poslušnosti se děje poslušnosti ujetě
- agresivní reakce skupiny

9. Které pedagogické metody a postupy jste při výchovně vzdělávací práci upřednostňoval?

Co se osvědčilo při působení směrem ke skupině?

Co se osvědčilo při působení na psychicky nemocného jedince?

- důslednost, dodržování pravidel, režimové body
- odměna a trest (součástí DOKODA se skupinou)
- racionální vysvětlení odlišnosti jedince

10. Které metody a postupy se naopak neosvědčily?

Co nefungovalo při výchovně práci se skupinou?

Co nefungovalo při výchovném působení směrem k jedinci s duševní poruchou?

→ neúčinnost v celého prostředí (problematika jedince)  
→ přehrávání vztahů se skupinou (lágarový přístup)

11. Jak jsou o případném duševním onemocnění jednoho z členů skupiny informovány děti, které s ním žijí v rodinné skupině.

- ① - poznají to z reakcí, z projevu jedince
- ② - z reakcí třídy
- ③ - z přístupu dospělých

12. Jaké výchovně – vzdělávací zásady je nutné při činnosti ve skupině s duševně nemocným dodržovat?

- zásada přiměřenosti požadků
- zásada posloupnosti
- zásada důslednosti
- z. přizpůsobení komunikace prostředí

13. Využíval jste nějakým způsobem korektivního působení sociální skupiny (př. některých jedinců)?

- probíhá ve škole – okuřeny rozhovor / diskuse
- vypracování bodů, aby se skupina poněkud se skupinou - aby mohli rozvinout přístup

R19

14. Mělo takové využití své opodstatnění – vedlo k zlepšování situace?

vedlo - šlo to vůbec využít:  
volný průběh učitelé tvůrčí situace - vzdělání dozor pedagoga

15. Bylo možné nějakým způsobem využívat přítomnost psychicky nemocného jedince k ovlivnění skupiny (nebo některých jedinců)?

→ využíval jsem psych. nemocného jako objekt  
u výživy pečce - zvozuji soc. sch. doučič

16. V jaké pozici se obvykle jedinec s psychiatrickou diagnózou nacházel – z hlediska hierarchie skupinových rolí?

→ oběť v špalech (podává se u jeho úžor)  
→ černoš ouce - vylučoval ho

17. Vyvíjelo se jeho postavení ve skupině v průběhu času (a s délkou reedukačního působení)? Pozitivní, či negativní vývoj?

Vývoj AVO - vesměs pozitivní  
→ ta vedlejší podst. ve skupině s jiným typem  
problémů pomohl

18. Vzpomenete si na některou konkrétní výchovnou situaci s takto nemocným jedincem?

• lepší u to psaní: nicméně zvířetní šelky (desičky kůže ke  
→ pohovčička tule špičičky - tvorek  
+ humor - legrace → uzavřená původního práva

Mnohokrát děkuji za ochotu poskytnout své osobní zkušenosti.

Martin Fládr