

Výskyt poruch chování u dětí v dětském domově

Sabina Fridrichová

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Sabina Fridrichová
Osobní číslo: H17595
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Výskyt poruch chování u dětí v dětském domově

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti ústavní výchovy, náhradní rodinné péče a poruch chování u dětí.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou analýzy kazuistik.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: Tiská/elektronická

Seznam doporučené literatury:

- LANGMEIER, Josef a MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. ISBN 80-85121-89-1.
- KOUKOLÍK, František a DRTILOVÁ, Jana. *Vzpouza deprivantů: nestvůry, nástroje, obrana*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-410-5.
- JÁNSKÝ, Pavel. *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.
- JEDLIČKA, Richard et al. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0.
- BENDL, Stanislav, HANUŠOVÁ Jaroslava a LINKOVÁ Marie. *Žák s problémovým chováním: cesta institucionální pomoci*. Praha: Stanislav Juhaňák Triton, 2016. ISBN 978-80-7387-703-3.
- ZÁKON č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

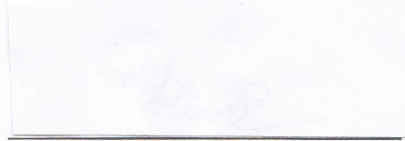
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. října 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2020**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

L.S.



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 22. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.
V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 30.4.2020

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vázného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjeáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k větší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato práce se zabývá výskytem poruch chování u dětí v dětském domově. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje čtyři kapitoly. První kapitola vysvětluje pojmy jako např. rodina a náhradní rodinná péče. V druhé kapitole je popsán systém ústavní a ochranné výchovy, formy ústavní péče a průběh ústavní a ochranné výchovy. Třetí kapitola se věnuje poruchám chování a emocí, dále se v této kapitole objevují diagnostické kategorie podle MKN-10 a také výskyt a příčiny vzniku poruch chování. Čtvrtá kapitola je zaměřena na vazbu mezi matkou a dítětem, věnuje se také psychické deprivaci v dětství, jsou zde popsány příčiny deprivace v dětství a typologie deprivovaných dětí. Praktická část se zabývá kvalitativním výzkumem dětí s poruchami chování v dětském domově.

Klíčová slova: ústavní výchova, poruchy chování, dítě, dětský domov, psychická deprivace v dětství

ABSTRACT

This work deals with the occurrence of behavioral disorders in children from children's home. The bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part contains four chapters. The first chapter explains concepts such as family and substitute family care. The second chapter describes the system of institutional and protective education, forms of institutional care and the course of institutional and protective education. The third chapter deals with behavioral and emotional disorders, further in this chapter there are diagnostic categories according to ICD-10 and also the occurrence and causes of behavioral disorders. The fourth chapter focuses on the relationship between mother and child, it also deals with psychological deprivation in childhood, there are described causes of deprivation in childhood and typology of deprived children. The practical part deals with qualitative research of children with behavioral disorders in children's home.

Keywords: institutional care, behavioral disorders, child, children's home, mental deprivation in childhood

Ráda bych poděkovala PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D., za její odborné vedení, cenné rady, doporučení, ochotu a trpělivost při vedení mé práce. Dále děkuji všem pracovníkům příslušného zařízení, díky kterým byl realizován výzkum mé bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 RODINA	12
1.1 NÁHRADNÍ PÉČE O DÍTĚ	13
1.2 FORMY NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE	14
2 SYSTÉM ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVY	17
2.1 FORMY ÚSTAVNÍ PÉČE	17
2.2 PRŮBĚH ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVY	20
3 PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ	22
3.1 DIAGNOSTICKÉ KATEGORIE PODLE MKN-10	22
3.2 VÝSKYT A PŘÍČINY VZNIKU PORUCH CHOVÁNÍ	25
4 VAZBA MEZI MATKOU A DÍTĚTEM	27
4.1 PSYCHICKÁ DEPRIVACE V DĚTSTVÍ.....	27
4.2 PŘÍČINY PSYCHICKÉ DEPRIVACE A TYPOLOGIE DEPRIVOVANÝCH DĚTÍ	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
5 DESIGN VÝZKUMU	32
5.1 CÍLE VÝZKUMU	32
5.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
5.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	32
5.4 VÝZKUMNÁ METODA A TECHNIKA	33
5.5 METODY ANALÝZY DAT	34
5.6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	34
6 SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	41
ZÁVĚR	43
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	44
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	48
SEZNAM OBRÁZKŮ	49
SEZNAM PŘÍLOH	50
6.1 PŘÍLOHA P I: KAZUISTIKA 1.....	50
6.2 PŘÍLOHA P II: KAZUISTIKA 2	50
6.3 PŘÍLOHA P III: KAZUSITIKA 3	50
6.4 PŘÍLOHA P IV: KAZUISTIKA 4.....	50
6.5 PŘÍLOHA P V: KAZUISTIKA 5	50
6.6 PŘÍLOHA P VI: KAZUISTIKA 6.....	50
6.7 PŘÍLOHA P VII: KAZUISTIKA 7	50

ÚVOD

„Rodina může člověku pomoci, ale taky ho může úplně zlikvidovat.

Nejhorší je, že si nikdo nemůže vybrat, kam se narodí.“

(mladý muž, který vyrostl ve velmi problematické rodině)

in Vágnerová, (2014, s. 537).

Děti s poruchou chování představují silně ohroženou skupinu, a to nejružnějšími psychosociálními jevy. Tato skupina dětí bývá postihnuta patologickými jevy a odhad jejich vývoje týkající se školy nebo životní kariéry je výrazně pesimističtější. Dítěti, které trpí poruchou chování, může v první řadě pomoci rodičovská láska, ale také spolupráce pedagogických pracovníků apod. (Ptáček, 2006). Některým dětem se potřebné rodičovské lásky nedostává, jsou zanedbávané, týrané, vyrůstají v nevhodných podmínkách – ať už materiálních či citových. V takových případech je dítě umístěno do náhradní rodinné péče. Problémové děti jsou většinou umístěny do zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

Poruchy chování velmi úzce souvisí s přístupem sociálního prostředí k dítěti. Poruchy chování jsou nejpravděpodobněji zapříčiněny hlavně neadekvátním přístupem k dítěti, dále nevhodnými výchovnými postupy a v neposlední řadě také chováním, které dítěti neposkytne možnost posílit potřebné vzorce chování tak, aby mohlo zvládnout potíže, které souvisí s jeho poruchou (Ptáček, 2006). Cílem naší práce je zjistit, u kterých poruch chování je příčinou sociální prostředí dítěte, jakým způsobem ovlivní sociální prostředí dítěte vznik poruchy chování a v jakých situacích či momentech dochází k projevům poruch chování.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se věnuje rodině, která hraje důležitou roli ve vývoji dítěte. Zde přiblížíme systém náhradní rodinné péče a její formy, které stručně uvedeme a popíšeme. Dále se podrobněji zaměříme na systém ústavní péče. Představíme jednotlivé poruchy chování a jejich klasifikaci podle MKN-10. Přiblížíme informace k psychické deprivaci v dětství, která se vyskytuje většinou u všech dětí umístěných v ústavních zařízeních. Cílem teoretické části je popsat téma ústavní péče, uvést adekvátní legislativu a pokusit se shrnout informace o jednotlivých poruchách chování.

Cílem praktické části je zjistit, u kterých poruch chování je příčinou sociální prostředí dítěte, jakým způsobem sociální prostředí ovlivnilo vznik poruchy chování a v jakých situacích či momentech došlo k projevům poruchy chování. Praktická část byla uskutečněna pomocí kvalitativního výzkumu, formou analýzy spisové dokumentace. V rámci výzkumného

šetření v dětském domově jsem záměrným výběrem vybrala spisovou dokumentaci sedmi dětí, které trpí poruchou chování a jsou umístěny v dětském domově. Ze spisové dokumentace jsme pomocí počítačového programu vytvořili kazuistiky, které obsahují rodinnou, zdravotní, školní a osobní anamnézu. Na závěr každé kazuistiky jsme sepsali shrnutí případu, které nám umožní lepší orientaci v situaci každého dítěte. Vytvořené kazuistiky jsme následně analyzovali tak, abychom dostali odpovědi na výzkumné otázky. Kvůli ochraně osobních údajů zůstane název dětského domova v anonymitě, stejně jako jména dětí. Praktická část dále obsahuje shrnutí a doporučení pro praxi.

Práce může být určena pracovníkům v dětských domovech nebo studentům sociálních oborů či psychologie. Jak jsme již výše uvedli, děti s poruchou chování jsou ohroženou skupinou, které by se měla věnovat vyšší pozornost. Porucha chování je do jisté míry předurčena dědičnými dispozicemi, ale určitou roli hraje právě sociální prostředí, ve kterém se dítě nachází a na které jsme se v naší práci zaměřili.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 RODINA

První kapitola naší práce pojednává o pojmu rodina. Dále se zde věnujeme dělení rodiny a popisu jednotlivých dělení. Na tuto kapitolu jsme navázali náhradní rodinnou péčí. Pod pojmem rodina si můžeme představit malou skupinu lidí, která je spojena pokrevními svazky, žije společně a dále je spojena blízkou citovou vazbou. V průběhu let se rodina stále vyvíjela a došlo i k změnám v postavení jednotlivých členů rodiny (Kraus, 2001). V širším pojetí můžeme za rodinu považovat skupinu osob, která se jako rodina označuje na základě oboustranné náklonnosti (Matoušek, 2008). Dále můžeme dělit rodinu na základě její funkčnosti. Kraus uvádí ve své publikaci následující dělení:

- a) Rodina funkční
- b) Rodina afunkční
- c) Rodina dysfunkční

Funkční rodina je taková rodina, která náležitě plní všechny své funkce. Pokud v rodině dochází k narušování některých funkcí, které však vážně nenarušují život v rodině a neohrožují vývoj dítěte, hovoříme o afunkční rodině. Jedná-li se o narušení socializace dítěte a dochází-li k vážným poruchám funkcí v rodině, označujeme rodinu jako dysfunkční. Funkce rodiny v průběhu historie se neustále mění, dvě základní funkce si však zachovala. Jedná se o funkci, kdy dochází k první socializaci či začlenění dětí a také k emocionálně psychologickému ustálení dospělé osobnosti (Parson, 1951, s. 271 in Kraus, 2001).

Pro každou osobu je rodina významnou částí života a také opěrným bodem, jedinec v rodině hledá bezpečí, které by mělo stát na vzájemném porozumění. Na této skutečnosti závisí i navazování dalších sociálních kontaktů jedince ve společnosti. Jedním z nejdůležitějších úkolů rodiny je vytváření a zachování pozitivního klimatu v rodině. Pro nejméně závažnější případy, které souvisejí s narušením sociálně-psychického klimatu rodiny, používá O. Matoušek označení „*klinické rodiny*“. Do této skupiny zařazuje rodiny se zanedbaným, týraným, či neužívaným dítětem nebo také rodiny, kde se vyskytuje duševní nemoc, delikvence, rodiny závislé na drogách apod. (Kraus, 2001). Slovník sociální práce popisuje klinickou rodinu jako rodinu, která kvůli svým stálým problémům, byla či je v kontaktu s určitým pomáhajícím či represivním zařízením (Matoušek, 2008). Citovou funkci rodiny, nemůže v takové míře jako rodina, nahradit žádná sociální instituce (Kraus, 2001).

1.1 Náhradní péče o dítě

System náhradní rodinné péče je obsáhlým tématem, který je doplněn o množství legislativy a dělí se do několika typů. V této kapitole je popsán základní rámec náhradní rodinné péče, na který navazuje rozdělení a popsání jednotlivých forem péče, které jsou doprovázené patřičnou legislativou.

Stát v případě provedení sociálně právní ochrany dítěte využívá náhradní rodinnou péči. Náhradní péče je určena těm dětem, které z jakýchkoliv vážných důvodů nemohou vyrůstat (trvale či dočasně) se svými biologickými rodiči, rodiče nemohou nebo nechtějí zajistit výchovu dítěte nebo je výchova dítěte vážně narušena. System náhradní rodinné péče se týká převážně dětí, které své biologické rodiče mají, ale nemohou se o ně z nejrůznějších důvodů postarat. (Sychrová, 2015).

Dle Trnkové (2018, s. 13) *výzkumy psychologů u nás i ve světě ukazují, že žádné, byť sebekvalitnější ústavní zařízení nedokáže dítěti plnohodnotně nahradit rodinnou péči a plně uspokojit jeho vývojové potřeby.* Značnou změnou jsou i důvody, kvůli kterým se dětem hledá náhradní rodina. Dříve byly hledány náhradní rodiny dětem, které byly úplní nebo částeční sirotci. Dnes se převážně jedná o tzv. sirotky sociální, to jsou děti, které mají rodiče, ale ti se o ně nedokáží z různých důvodů postarat, jak jsme již výše uvedli. Více než polovinu tvoří děti, které byly odebrány z důvodu jejich zanedbávání, zneužívání, týrání či jiných závažných důvodů z hlediska jejich péče.

Dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (§928-§975) jsou formy náhradní rodinné péče následující: poručenství, opatrovnictví, svěření do péče jiné osoby, pěstounství a ústavní výchova. Pro volbu nejvhodnější formy náhradní péče je důležité dítě co nejvíce znát, mít značné množství informací o situaci v rodině a dobře znát rodinnou anamnézu dítěte. Mezi kritéria, která naznačují vhodnou formu náhradní péče, patří například biologická kritéria (genetické dispozice, pohlaví dítěte, etnicita...), dále vývojová kritéria (věk dítěte, míra rozvoje deprivace syndromu apod.), sociální kritéria (zájem či nezájem o dítě, existence sourozenců a rodičů dítěte), situační kritéria (přístupnost určitého typu náhradní rodinné péče – volný pěstoun apod.). Z výše uvedených kritérií vyplývá, že k situaci každého dítěte je nutné přistupovat individuálně. U dětí, které jsou starší šesti let, klesá schopnost přizpůsobení se na novou rodinu, na své rodiče si většinou pamatují a hrozí riziko nepřijetí nového vychovatele. V tomto případě je vhodnější formou pěstounská péče. Naopak ústavní výchova je méně vhodná pro mladší děti (děti v kojeneckém, batolecím nebo předškolním

věku), které ke svému vývoji nevyhnutelně potřebují samostatnou péči jedné osoby, ke které se vztahují během svého vývoje (Trnková, 2018).

1.2 Formy náhradní rodinné péče

Jak jsme již výše uvedly, jednou z forem náhradní rodinné péče je **poručenství a opatrovnictví**, které upravuje § 928 až 952, zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Podstatou poručenství a opatrovnictví je spíše správa některých záležitostí dítěte než zajištění osobní péče o dítě. Poručenství můžeme pod koncept náhradní rodinné péče zařadit tehdy, pokud je poručníkem fyzická osoba, která vykonává osobní péči o dítě (Trnková, 2018).

Soud určí poručníka v případě, že rodič nevykonává rodičovskou odpovědnost v plném rozsahu ke svému dítěti. Poručník vykonává všechny povinnosti a práva stejně tak jako rodič, rozdílem je to, že nemá k dítěti vyživovací povinnost. Jestliže soud nenajde vhodnou osobu, která by mohla poručenství vykonávat, určí jako veřejného poručníka orgán sociálně právní ochrany dětí. Soud může poručníkem určit pouze svéprávnou osobu a dále musí zjistit, zda toto není v rozporu se zájmem dítěte, jmenovaná osoba může poručenství odmítnout. Poručník poskytuje soudu zprávy o dítěti a jeho vývoji. Funkce poručníka může zaniknout, pokud alespoň jeden z rodičů získá rodičovskou odpovědnost či způsobilost ji vykonávat, dále pokud je dítě osvojeno či nabude svéprávnosti, dojde-li ke smrti poručníka, pokud soud zbaví poručníka jeho funkce nebo dojde k odvolání poručníka (Zákon č. 89/2012 Sb., § 928–952).

Soud jmenuje opatrovníka v případě, že zákonný zástupce dítěte dostatečně nehájí jeho zájmy, může se jednat například o nezajištění lékařské péče nebo opomíjení školních povinností dítěte apod. Vzhledem k závažnosti zanedbávání rodičovských povinností by měl soud zhodnotit, zda není potřeba udělit opatření, které zasahují do rodičovské odpovědnosti. Je-li opatrovník jmenován soudem v případě, že hrozí střet zájmů dítěte a jiné osoby (většinou rodiče), jedná se o tzv. kolizního opatrovníka. Rozdíl mezi poručníkem a opatrovníkem je ten, že poručníkovi přísluší rodičovská odpovědnost většinou v celém rozsahu (kromě správy jmění). Opatrovník zastupuje dítě pouze v určitých věcech (Trnková, 2018).

Další formou náhradní péče o dítě je svěření do péče jiné osoby, tuto formu upravuje § 953 až 957, zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Dle § 953, odst. 1, tohoto zákona *nemůže-*

li o dítě osobně pečovat žádný z rodičů ani poručník, může soud svěřit dítě do osobní péče jiného člověka (dále jen „pečující osoba“). Toto rozhodnutí soudu musí být v zájmu dítěte. Pečující osoba musí poskytovat řádnou péči, musí bydlet v České republice a musí udělit souhlas se svěřením dítěte do své péče (Hrušáková, Králíčková, Westphalová a kol., 2014). Svěření do péče jiné osoby neumožňuje orgán sociálně právní ochrany dětí, jelikož se předpokládá, že pečující osobou se stane blízká osoba dítěte. Tato skutečnost musí být v souladu se zájmy dítěte, není-li tomu tak, soud určí jinou vhodnou osobu (Trnková, 2018). Orgán sociálně právní ochrany vykonává dohled nad dítětem, které bylo svěřeno do péče jiné osoby, stejně tak jako tomu je u **pěstounské péče**.

Základní právní úpravu pěstounské péče nalezneme v § 958 až 970, zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Podrobnější informace o pěstounské péči, jako je například zprostředkování této péče nebo pěstounská péče na přechodnou dobu, nalezneme v §47a – z, zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí.

Pokud o dítě nemůže pečovat biologický rodič ani poručník, soud může dítě umístit do péče pěstouna. Pěstounská péče má přednost před ústavní péčí a soud má za úkol prozkoumat, jestli jsou splněny určité podmínky pro svěření dítěte do pěstounské péče. Například jestli nebude vhodnější možností jmenovat dítěti poručníka, z jakých důvodů nebyla zajištěna výchova dítěte a jestli tyto důvody mají dlouhodobé trvání apod. Rozlišujeme dvě formy pěstounské péče. V prvním případě se jedná o pěstounskou péči „klasickou“, kdy se pěstoun o dítě stará dlouhodobě, až do té doby, než dítě dosáhne plnoletosti. V druhém případě se jedná o pěstounskou péči na přechodnou dobu, která je také někdy nazývána jako profesionální pěstounská péče. Tato forma pěstounské péče trvá nejdéle jeden rok. Při svěřením dítěte do pěstounské péče zůstávají všechny vztahy dítěte a jeho biologické rodiny, a to i vyživovací povinnost rodičů. (Novotný a kol., 2017).

Tuto skutečnost můžeme považovat za rozdíl mezi pěstounskou péčí a **osvojením** jehož proces je podrobně popsán v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí a dalšími vyhláškami, které na tento zákon navazují (Trnková, 2018).

Další legislativou, která upravuje osvojení je zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 794–854 (Hrušáková, Králíčková, Westphalová a kol., 2014). Osvojení není podle zákona zařazeno do forem náhradní rodinné péče z toho důvodu, že dochází právě ke statusové změně, kdy se osvojením ruší všechny vztahy mezi biologickými rodiči a dítětem. Jak uvádí § 833, odst. 1, zákona č. 89/2012 Sb. *osvojením zaniká příbuzenský poměr mezi osvojencem*

a původní rodinou, jakož i práva a povinnosti z tohoto poměru vyplývající. Zanikají také práva a povinnosti opatrovníka, popřípadě poručníka, který byl jmenován, aby za rodiče tato práva a povinnosti vykonával. Cílem osvojení je vytvoření nejvhodnějších podmínek pro dítě, které nemůže z různých závažných důvodů vyrůstat ve své biologické rodině. Osvojitelem se může stát pouze fyzická osoba, která je zletilá a svéprávná (Janků a kol., 2014).

Osvojiteli mohou být také manželé nebo pouze jeden z nich. Mezi osvojitelem a osvojencem musí být určitý věkový rozdíl, a to 16 let a více. Pokud je věkový rozdíl mezi osvojitelem a osvojencem menší než 16 let a osvojení je v souladu se zájmy dítěte, může být osvojení umožněno. Dle § 804 zákona č. 89/2012 je *osvojení vyloučeno mezi osobami spolu příbuznými v přímé linii a mezi sourozenci. To neplatí v případě náhradního mateřství.* Pokud dojde k osvojení, vzniká mezi osvojitelem a osvojencem právní vztah jako mezi rodičem a dítětem (zákon č. 89/2012). K osvojení je potřebný souhlas biologických rodičů, v případě, že žijí a nebyli zbavení rodičovské odpovědnosti. Matka dítěte může udělit souhlas k adopci, jakmile uplyne doba šesti týdnů od narození. Pokud rodiče neprojevili o dítě zájem po dobu nejméně tří měsíců, je dítě právně volné a souhlas není vyžadován, dále pokud neprojevili zájem do dvou měsíců od jeho narození.

Poslední formou náhradní rodinné péče je ústavní výchova, které se budeme podrobněji věnovat v následující kapitole.

2 SYSTÉM ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVY

Legislativou, která zabezpečuje ústavní a ochrannou výchovu, je § 971 až 975, zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, dále zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů (dále jen „zákon o výkonu ústavní a ochranné výchovy“) a § 28 až 30, zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník udává, že svěřeni dítěte do osobní péče má přednost před péčí ústavního typu. Právo nařídit ústavní výchovu má pouze soud a ústavní výchova je nařizována tehdy, je-li výchova, duševní, rozumový nebo tělesný stav dítěte vážně ohrožen či narušen tak, že se neshoduje se zájmem dítěte nebo existují závažné důvody a rodiče nemohou zabezpečit výchovu dítěte (Vávrová, Hrbáčková, Hladík, 2015).

Do ústavní péče jsou umísťovány děti jak zdravé, tak nemocné nebo děti se závažným postižením. Dále se jedná o děti nízkého věku, novorozence či děti staršího věku. V ústavní péči jsou umístěny bezproblémové děti, ale i děti s poruchami chování. Některé děti jsou umístěny v ústavu pouze na krátký čas, jiné zase dlouhodobě, přičemž ústavní výchova může být nařízena nejdéle po dobu tří let (Sychrová, 2015).

2.1 Formy ústavní péče

Dle zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní a ochranné výchovy jsou zařízení pro výkon ústavní výchovy následující: *diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav*. Zřizovatelem těchto zařízení jsou kraje, v rámci diagnostického ústavu je to Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, ale i soukromé subjekty.

Náplní všech těchto zařízení je poskytovat řádnou výchovu a vzdělávání v zájmu zdravého vývoje dítěte, pokud došlo k nařízení výkonu ústavní či ochranné výchovy nebo předběžnému opatření. Tato zařízení mohou přijímat do své péče nezletilé děti ve věku od 3 do 18 let, případně děti do 26 let. Všechna zařízení spolupracují s rodinou dětí, dochází k poskytování pomoci, například ve formě rodinné terapie, nácviku rodičovských dovedností apod. Výše uvedená zařízení se od sebe liší následovně.

Diagnostický ústav zabezpečuje úplné vyšetření dítěte, a to většinou formou pedagogických a psychologických vyšetření, která udávají souhrnnou diagnostickou zprávu s plánem různých specifických výchovných či vzdělávacích potřeb. Účelem diagnostického vyšetření je také zjistit, jestli dítě trpí poruchou chování, pokud tomu tak je, diagnostika dále zkoumá,

jaká je závažnost této poruchy, za účelem dalšího umístění dítěte a nastavení výchovného režimu. Děti jsou do diagnostického ústavu přijímány na základě předběžného opatření soudu či rozsudku o nařízení ústavní nebo ochranné výchovy. Děti jsou do diagnostického ústavu umisťovány zpravidla na dobu osmi týdnů (Trnková 2018).

Dětský domov se stará o děti, které z různých důvodů nemohou vyrůstat ve své biologické rodině a ani v jiné formě náhradní rodinné péče. Děti vyrůstající v dětských domovech nemají zpravidla závažné poruchy chování, a mohou se tak vzdělávat ve škole, která není součástí dětského domova. Do dětského domova jsou přijímány děti ve věku od 3 do 18 let (popřípadě do 26 let), v tomto typu zařízení mohou být umístěny i nezletilé matky s jejich dětmi. Dětský domov uspokojuje sociální a výchovné zázemí dítěte, značné procento dětí přichází do dětského domova z rozpadlých rodin jako nechtěné nebo z kojeneckých ústavů. Ačkoli hlavním podnětem umístění dítěte do dětského domova jsou sociální důvody, setkáváme se s dětmi, které mají problémy buď osobnostní, zdravotní či výchovné (Jánský, 2014).

Děti a mladiství s nařízenou ústavní výchovou či ochrannou výchovou, trpící závažnými poruchami chování, jsou umisťováni do **dětského domova se školou**. Tento typ zařízení je určen pro děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Posledním typem zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy je **výchovný ústav**, který pečuje o děti se závažnými poruchami chování starší 15 let, u kterých byla rovněž rozhodnutím soudu nařízena ústavní či ochranná výchova. V případě, že dítě starší dvanácti let, které má uloženou ústavní výchovu, projevuje tak závažné poruchy chování, že dítě nelze umístit do dětského domova se školou, může být také umístěno do výchovného ústavu bez ohledu na to, že nedovršilo 15 let. Ve výchovném ústavu se můžeme výjimečně setkat i s dítětem, které má nařízenou pouze ústavní výchovu, je starší dvanácti let a vyskytují se u něho závažné poruchy chování (Trnková, 2018).

Dalšími zařízeními, kam může být dítě umístěno, je-li ohrožen jeho vývoj nebo se ocitlo-li se bez jakékoliv péče, jsou **zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc**. Jsou upravena v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, zřizovatelem těchto zařízení může být kraj, obec ale i osoba, která je pověřena výkonem sociálně-právní ochrany dětí. Mezi nejznámější zařízení můžeme jmenovat Klokánek, který je zřizován Fondem ohrožených dětí. Úkolem těchto zařízení je poskytovat ochranu dětem, jejichž nepříznivý vývoj byl vážně ohrožen nebo se ocitly bez jakékoliv péče. Dále dětem, které byly tělesně nebo duševně týrány a těm, u kterých byla vážně ohrožena jejich práva (Trnková, 2018).

Dle Trnkové (2018, s. 119) může být dítě umístěno do tohoto typu zařízení na základě:

- *Rozhodnutí soudu,*
- *žádosti zákonného zástupce dítěte,*
- *žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností,*
- *žádosti samotného dítěte.*

Jestliže dojde k podání žádosti ze strany obecního úřadu nebo dítěte, je potřeba souhlas zákonných zástupců. Pokud to není možné, musí obecní úřad bezprostředně podat návrh na nařízení předběžného opatření. Podmínky, dle kterých rozhoduje soud o svěřeni dítěte do péče výše uvedeného zařízení, upravuje zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, dále zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí. Dítě může být do zařízení umístěno nejdéle na 6 měsíců. V zařízení nesmí být více než 28 dětí soudobě, výjimkou je umístění sourozenců do zařízení. V tomto případě může být limit překročen. Každý zaměstnanec zařízení může zprostředkovávat péči maximálně čtyřem dětem. Rodiče jsou povinni platit příspěvek na úhradu pobytu a péči poskytovanou dětem. Na každé jedno dítě umístěné v zařízení pobírá zřizovatel příspěvek 22 800 Kč měsíčně (Trnková, 2018).

Podle statistické ročenky školství Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy (dále jen „MŠMT“) bylo ve školním roce 2019/2020 v České republice přijato do zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy celkem 6 553 dětí z toho 4 345 dětí do dětského domova (viz graf 1), kdy zřizovatelem nejvíce dětských domovů je kraj, jedná se o 127 dětských domovů, dále pak 6 dětských domovů, které zřizuje privátní sektor, 3 dětské domovy zřizuje církev a 1 dětský domov MŠMT (Statistická ročenka školství, © 2020).



Obrázek

Zdroj: vlastní, údaje použity ze statistické ročenky MŠMT, © 2020

2.2 Průběh ústavní a ochranné výchovy

V dětském domově jsou děti rozděleny do tzv. rodinných skupin, kdy počet dětí v jedné skupině je maximálně 8, takových skupin může v zařízení existovat nejvíce šest. Tyto skupiny jsou tvořeny většinou dětmi různého pohlaví i věku, sourozenci jsou umístováni společně, pokud tomu nebrání určité výchovné důvody. V jednom pokoji bydlí dvě až tři děti, vychovatelé se u dětí střídají a starají se o uklízení, vaření, praní, a to společně s dětmi, dále probíhá příprava do školy a ukládání ke spánku. Vychovatelé se snaží vytvářet obvyklou rodinnou domácnost. Děti mají právo například na všestranný rozvoj jejich schopností a dovedností, dále na to, aby byly umístěny společně se sourozenci. Právo na udržování kontaktu s biologickými rodiči (nemůže být zakázána v rámci opatření), právo na návštěvy a vycházky. Povinností dítěte, které se nachází v ústavní péči, je dodržování pravidel, kázně a pořádku, plnění pokynů ze strany zaměstnanců v zařízení, udržování pořádku, dodržení zásad slušného chování, při výzvě se podrobit vyšetření, jedná-li se o ovlivnění dítěte alkoholem či jinou návykovou látkou atd. Pokud dojde k porušení povinností, je dítěti udělen trest v podobě snížení kapesného, zákaz vycházek, účast na akci apod. Za dobré výsledky při plnění svých povinností může být dítěti poskytnuta odměna (zvýšení kapesného, dárek ...). Do zařízení může být přijato i dítě, které trpí mentálním, tělesným nebo smyslovým postižením a postižení není závažné natolik, aby dítě muselo být umístěno do zdravotnického zařízení. Děti, které potřebují odbornou péči zdravotníků, se do zařízení nepřijímají. Můžeme uvést například děti trpící schizofrenií, těžkými stavy depresí a úzkostí. Ústavní výchova končí zletilostí. Děti mohou v zařízení zůstat do 26 let, jedná-li se o dítě nezaopatřené, připravující se stále na své budoucí povolání. Zařízení plně zaopatřuje dítě čili, dítěti se dostává ošacení, ubytování, pomůcky do školy a další nutné náklady spojené se vzděláváním, léky, zdravotní péče, kapesné atd. Ze strany zařízení jsou dětem hrazeny i potřeby pro využívání volného času. Povinností rodičů, jejichž děti jsou umístěny v tomto typu zařízení, je přispívat finanční částkou, kterou stanoví ředitel zařízení. Jestliže rodič doloží potvrzení o tom, že pobírá dávky hmotné nouze, je této povinnosti zbaven (Trnková, 2018).

Pokud se dítě ocitne v situaci, kdy není vykonávána jeho řádná péče nebo je jeho život, vývoj či jiný podstatný zájem narušen či ohrožen, orgán sociálně právní ochrany je oprávněn podat návrh na **předběžné opatření**. Stěžejní legislativou předběžného opatření je zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, dále zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, kdy procesní rovinu předběžného opatření nalezneme konkrétně v § 452. Orgán

sociálně právní ochrany dětí musí ve vydání předběžného opatření popsat rezolutní skutečnosti, které budou důvodem k jeho vydání. Dále má povinnost určit osobu nebo zařízení, kam má být dítě dočasně umístěno. O návrhu rozhoduje okresní soud, příslušného obvodu navrhovatele a je povinen rozhodnout neprodleně, nejvýše do 24 hodin od podání. Soud dále určuje vhodné prostředí, kam má být dítě umístěno. Může se jednat o druhého rodiče či příbuzného. Pokud se nenajde vhodná osoba pro umístění dítěte nebo jeho stav požaduje specializovanou péči, bude vybráno vhodné zařízení, jako jsou například zařízení pro výkon ústavní výchovy či zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. V tomto případě je doba předběžného opatření jeden měsíc od jeho vydání. Tato skutečnost může být prodlužována opakovaně, vždy o jeden měsíc, ale nesmí přesáhnout šest měsíců (Trnková, 2018).

3 PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ

Poruchy chování patří k nejfrekventovanějším diagnózám u dětí. Poruchy chování mohou mít různé příčiny a tyto příčiny mohou být ovlivněny mnoha faktory. Abychom mohli diagnózu nazvat jako poruchou chování, musí být splněno několik podmínek. První podmínkou je doba trvání poruchy, a to je minimálně 6 měsíců. Další podmínkou je, že porucha nějakým způsobem poškozuje přizpůsobivost dítěte v některém z jeho prostředí, jako příklad můžeme zmínit rodinu, vrstevníky či školu. Poslední podmínkou je to, že poruchu nelze odstranit obvyklými pedagogickými přístupy a musí se přistoupit k léčbě nebo k určitému speciálnímu přístupu, který tyto projevy chování vyžadují. Při dalším posuzování, zda se jedná o poruchu chování, by se měl brát ohled na vývojový stupeň dítěte. Jako příklad můžeme uvést tříleté dítě, které prochází obdobím vzdoru a vykazuje výbuchy zlosti, jejichž přítomnost by neměla být podnětem pro určení diagnózy (Kříž, 2004).

Vágnerová (2014) definuje poruchu chování jako *odchylku v oblasti socializace*, jde o takové chování, kdy jednatel odmítá respektovat obvyklá pravidla, která odpovídají jeho věku či jeho intelektuálním dispozicím.

Jedná-li se o poruchu, chování výrazně zhoršuje školní, sociální nebo pracovní fungování jedince. Příznaky poruch chování se mohou týkat nejrůznějších oblastí. Jedinec projevuje například časté a těžké výbuchy zlosti, zlobí se a rozčiluje, je agresivní ke zvířatům, šikanuje a zastrašuje druhé, zakládá požáry, krade hodnotné věci apod. (Hosák a kol., 2015).

3.1 Diagnostické kategorie podle MKN-10

Diagnostické kategorie podle MKN-10¹ jsou následující, *poruchy chování (F91)*, *poruchy přizpůsobení (F43.24, 25)*, *poruchy sociálních vztahů (F94.1, 2)* a *hyperkinetické poruchy (F90)* (Hort a kol., 2008).

Dle Traina (2001, s. 188) *Diagnóza Poruchy chování zahrnuje:*

- *F91.0 Porucha chování ve vztahu k rodině.*
- *F91.1 Nesocializovaná porucha chování.*
- *F91.2 Socializovaná porucha chování.*

¹ Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, jedná se o klasifikaci lidských poruch, nemocí a diagnostických vodítek.

- *F91.3 Porucha opozičního vzdoru.*
- *F91.8 Jiné poruchy chování.*
- *F91.9 Porucha chování nespecifikovaná.*

Porucha chování ve vztahu k rodině může plnit veškeré faktory poruch chování, jako například agrese, destrukce či násilí. Podstatným bodem je to, že chování je směřováno do domácího prostředí, vztahuje se ke členům rodiny a často bývá velmi zřetelně narušený vztah s jedním z rodičů. Nesocializovaná porucha chování může stejně tak, jako porucha chování ve vztahu k rodině, plnit všechny faktory poruch chování. Rozhodujícím a určujícím znakem je značně narušená socializace jedince, která se projevuje nedostatečným zapojením mezi své vrstevníky. Jedinec ve skupině vrstevníků bývá většinou odmítán a není oblíbený. Tyto projevy jsou znatelné i ve škole a v rámci jiného prostředí (Jánský, 2014).

U jedince, který páchá přestupky všeho druhu a realizuje je s partou, mluvíme o socializované poruše chování, která je dále také charakteristická schopností jedince navazovat „stálé“ přátelství se svými vrstevníky (Kříž, 2004).

Neposlušné, vzdorovité či provokativní chování je charakteristické pro poruchu opozičního vzdoru. U této poruchy nedochází k závažným antisociálním projevům a agresi ani k porušení práv jiných. Projevuje se mezi šestým až desátým rokem dítěte a je doprovázeno přecitlivělostí, podrážděností či nízkou frustrační tolerancí vzhledem k rodině nebo vrstevníkům.

Dostáváme se k další diagnostické kategorii, kterou jsou *poruchy přizpůsobení (F43.2)*, tyto poruchy představují diagnostickou jednotku. Ta je úzce spojena se stresem a také se životními událostmi, které stres navozují. Začíná jako reakce na důležitou životní změnu nebo stresový zážitek či stresovou událost. Důležitou roli zde hraje individuální zranitelnost. Projevy této poruchy zahrnují úzkost, depresivní náladu, pocit bezmoci apod. Nepřizpůsobivé chování musí být natolik zřetelné, že omezuje dítě ve fungování v rodině, ve škole nebo omezuje schopnost dítěte udržovat běžné vztahy s vrstevníky (Hort a kol., 2008). Mezi tuto diagnostickou kategorii, v rámci poruch chování řadíme následující poruchy, a to *S převládající poruchou chování (F43.24)*, kdy se hlavní porucha vztahuje k chování, jako příklad můžeme uvést reakci adolescenta na smutek, která se projevuje agresivním či disociálním chováním, dále *Se smíšenou poruchou emocí a chování (F43.25)*, kdy hlavními rysy je jak porucha chování, tak i emoční projevy (MKN, 10. revize, 2000).

Diagnostická kategorie *poruchy sociálních vztahů* zahrnuje *Reaktivní poruchu přichylnosti v dětství (F94.1)*, která se objevuje v dětství či v útlém věku. Je charakteristická trvalými odchylkami v sociálních vztazích jedince. Tyto odchylky pojíme s citovou poruchou a jsou zároveň odezvou na transformaci v životních podmínkách. Typické pro tuto poruchu je slabá interakce s vrstevníky, velmi často se vyskytuje agrese vůči jiným, ale i vůči sobě. Zpravidla je dítě nešťastné a ojediněle může dojít i ke zpomalenému tělesnému růstu. Tento syndrom patrně vzniká jako dopad na špatné zacházení s dítětem ze strany rodičů, zneužívání nebo zanedbávání. Existence tohoto typu chování je dobře známa, nejistota je v diagnostických kritériích, dále v hranicích syndromu a také v tom, jestli představuje platnou nozologickou jednotku (MKN, 10. revize, 2000).

Při léčení této poruchy je v první řadě důležité zajistit bezpečnost dítěte, mnohdy je nejlepším východiskem hospitalizace dítěte a zahájení dlouhodobé psychoterapeutické péče. Nevyhnutelným bodem je také zapojení státních orgánů v péči o dítě. Pokud rodiče spolupracují, je nezbytné s nimi zahájit edukační práci. Je nutné změnit vzorce zraňujícího chování, které rodiče dítěte vykazovali. Jedná-li se o nespolečenskou stranu rodičů, je nutné, aby došlo k zásadním opatřením, jako například odebrání dítěte a umístění do systému náhradní rodinné péče (adopce, pěstounská péče, dětský domov...) (Hosák a kol., 2015).

Další poruchou z diagnostické kategorie poruch sociálních vztahů je *Disinhibovaná přichylnost v dětství (F94.2)*, která je propracovanější možností ze skupiny poruch attachmantu. Do této skupiny řadíme i výše zmíněnou reaktivní poruchu přichylnosti v dětství. Porucha se objevuje většinou u dětí, které vystřídalily několik pěstounů, vychovatelů nebo dětských domovů. Tato porucha bývá také nazývána jako tzv. „syndrom ústavního dítěte“. Jedná-li se o tuto poruchu, dítě se chová povrchně přátelsky i k cizím lidem a domáhá se jejich pozornosti. Tuto náklonost snadno přesune k další osobě. S odchodem osoby, na kterou se dítě zaměřilo, se rychle smíří. Charakteristické pro tuto poruchu bývají i špatné vztahy s vrstevníky. Pokud je dítě umístěno do vhodného prostředí, abnormální sociální projevy mají tendenci přetrvávat (Hosák a kol., 2015).

Poslední diagnostickou kategorií jsou *hyperkinetické poruchy (F90)*, pod kterou řadíme *poruchu aktivity a pozornosti (F90.0)* a *hyperkinetickou poruchu chování (F90.1)* (Hort a kol., 2008). Hyperkinetické poruchy začínají obvykle v raném stádiu vývoje, zpravidla v prvních pěti letech života jedince. Mezi hlavní rysy patří ztráta vytrvalosti při činnosti, která požaduje přítomnost kognitivních funkcí, dále tendence jedince přecházet od jedné činnosti ke druhé, aniž by došlo k dokončení první činnosti. Děti, které trpí touto poruchou,

bývají často nedbalé a vznětlivé, často se dostávají do kázeňských problémů, většinou z důvodu konání neúmyslných přestupků. Vztah k dospělým se projevuje bez společenských zábran, chybí obezřetnost a kázeň. Ve vztahu k ostatním dětem nejsou oblíbené a mohou se dostat do izolace. Hyperkinetické poruchy se projevují častěji u chlapců než u dívek. Hlavními atributy jsou narušená pozornost a hyperaktivita. Hyperaktivní dítě projevuje enormní neklid, převážně v klidných situacích. Tento znak chování je nejvíce zřetelný v organizovaných situacích, které vyžadují vysokou míru sebekontroly v chování. *Porucha aktivity a pozornosti (F90.0)* by se měla kódovat pouze v případě, že jsou splněny všechny podmínky pro *hyperkinetickou poruchu (F90.-)*, ale zároveň nejsou splněny podmínky pro *poruchy chování (F91.-)*. Kódování pro *hyperkinetickou poruchu chování (F90.1)* by se měla používat pouze v případě, jsou-li splněna všechna kritéria pro *Hyperkinetickou poruchu (F90.-)* i pro *poruchu chování (F91.-)*.

Poruchy chování dále dělíme na poruchy chování s dobrou prognózou a se špatnou prognózou. Poruchy se špatnou prognózou jsou vcelku trvalé a souvislé. Přetrvávající agresivní chování u dětí často směřuje k poruše osobnosti v dospělém věku nebo také psychóze. Do této skupiny poruch řadíme *dezinhibovanou poruchu přichylnosti v dětství (F94.2)*, *nesocializovanou poruchu chování (F91.1)* a *poruchu opozičního vzdoru (F91.3)*. Naopak poruchy s lepší prognózou vznikají při skupinových aktivitách nebo jsou určitou reakcí na konkrétní prostředí. Zde řadíme *poruchu chování ve vztahu k rodině (F91.0)* a *socializovanou poruchu chování (F91.2)* (MKN, 10. revize, 2000).

3.2 Výskyt a příčiny vzniku poruch chování

Vágnerová (2014, s. 716) uvádí, že *závažnější a trvalejší poruchy chování se vyskytují u 5–10 % dětí a dospívajících*, přičemž častější výskyt je u chlapců než u dívek. Příčinou poruchy chování je většinou spojení a ovlivňování sociálních a biologických faktorů (Vágnerová, 2014).

Jánský (2014) uvádí, že u biologických faktorů jde především o vliv genetiky, která se projevuje na úrovni temperamentu, ten může mít vztah k odlišné funkci autonomního systému. Může se tedy jednat o poškození centrální nervové soustavy, která se může projevit impulzivitou, také emoční labilitou nebo nedostačující seberegulací.

Dle van Beijsterveldt (in Vágnerová, 2014, s. 716) je *tendence k problematickému chování geneticky podmíněná z 50–60 %*. Vliv genetických faktorů může ovlivnit rozličné životní

zkušenosti. Jako příklad můžeme uvést chování rodičů, které může upravovat dědičné riziko vývoje asociálního chování. Problematické chování bývá také často spojeno s problémy ve škole, ale s těmito problémy se také pojí zanedbanost v oblasti sociokulturní nebo souhra různých zátěžových faktorů.

Z hlediska sociálních faktorů je nejdůležitějším sociálním prostředím rodina. Vliv rodiny je základní a velmi důležitý v raném vývoji dítěte (Jánský, 2014). Rodina poskytuje dítěti primární sociální zkušenost, která nemusí být vždy pozitivní. Děti, které trpí poruchami chování, mohou vyrůstat například v neúplné rodině, kdy jejich výchovu rodič nezvládá. Těmto dětem může chybět autorita otce, rodiče mohou mít nízkou úroveň vzdělání, s tímto se pojí i nízké socio-ekonomické postavení rodiny. Rodiče ve výchově nebývají důslední, může se vyskytovat zanedbávání dítěte, dítě nechávají často bez dozoru nebo naopak jsou až příliš přísní a používají fyzické tresty, které jsou nepřiměřené (Vágnerová, 2014).

Dle statistické ročenky školství bylo v České republice v roce 2019/2020 umístěno do zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy celkem 279 dětí se závažnými vývojovými poruchami chování, z toho 81 dětí bylo umístěno do dětského domova, 87 dětí do dětského domova se školou, 67 do výchovného ústavu a 44 do diagnostického ústavu MŠMT (Statistická ročenka školství, © 2020).

4 VAZBA MEZI MATKOU A DÍTĚTEM

Bezpečná a oboustranná vazba matky s dítětem je nejvýznamnějším prvkem ve vývoji normální osobnosti. Je základem lidství, a to biologickým, psychologickým i sociálním. Pokud dojde k jejímu narušení, následují těžké nebo celoživotní následky ve vývoji jedince. Anglický psychiatr John Bowlby vycházel z obvykle vypadajícího sledování. Pokud dojde k oddělení malého dítěte od matky (například umístění dítěte v cizí rodině), dojde k projevům všech známek stresu v chování dítěte. Proč se děti v takových situacích chovají tímto způsobem, nám přibližuje teorie vazby, jejímž autorem je již zmiňovaný anglický psychiatr John Bowlby. Jedná se o vědeckou teorii, ze které plynou předpovědi, které jsou ověřitelné. Teorie vazby spojuje „biologický“ a „psychologický“ svět. Má vliv na psychoterapii a sociální psychologii. Citová vazba mezi matkou a dítětem má a vždy měla primární význam pro přežití. Jeden z výzkumů dokládá, že vazba matky, která je označována jako jistá či bezpečná, je vzhledem k citovým potřebám dítěte tzv. více „vyladěná“. Rodiče, jejichž vazba k dítěti je nejistá, se o dítě pečlivě starají – dobře ho oblékají, krmí, dodržují hygienu, ale na potřebu doteků a pozornosti příliš nereagují. Zasahují do hry dítěte ve chvílích, kdy je dítě soustředěné a vlídně si hraje, obratem potom nereagují na to, když dítě žádá o pomoc ve chvílích, kdy ji potřebuje. 70 % matek, u kterých se objevila nejistota k vlastnímu dítěti, měly nejistou citovou vazbu i ke své vlastní matce. Tímto způsobem se přenáší eventualita transgenerační deprivace (Koukolík, Drtinová, 2006).

4.1 Psychická deprivace v dětství

Deprivace představuje strádání, jehož důsledkem je nedostatečné uspokojování objektivně zásadních potřeb, jedná se především o potřeby bezpečí a citové jistoty. Pokud dojde k deprivaci, je poškozen vývoj dětské osobnosti, mění se způsob prožívání různých situací a událostí, i těch situací, které jsou zcela běžné, a ovlivňují chování jednotlivce.

Od narození do tří let mluvíme o tzv. raném dětství, kdy se zanedbávání dítěte může projevit buď celkovou podnětovou deprivací nebo citovým strádáním. Matky, které zanedbávají své děti, se jimi dostatečně nezabývají, děti nedostávají dostatek potřebné péče, a to jak psychické, tak somatické. To v dítěti vyvolává stálou nejistotu a také pocit ohrožení. Zanedbání a nezáměr rodičů snižuje pravděpodobnost, že si dítě vytvořilo důvěrnou či spolehlivou vazbu ke člověku. Čím je dítě mladší, tím větší je riziko poškození psychického vývoje dítěte, podstatnou roli hraje i délka citového strádání a jeho závažnost. Pokud jde o dítě, které je zanedbávané nebo i týrané, dochází k porušení vývoje funkčních okruhů

centrální nervové soustavy. Tyto děti nedokáží rozkódovat komunikaci jiných lidí, kteří jim něco sdělují svým chováním a výrazem. Důsledkem je pocit nejistoty, který se projevuje nevhodným či nepřiměřeným jednáním nebo reakcí dítěte. Děti, které mají nedostatečně uspokojenou citovou potřebu, mají zpravidla problémy v sociálním přizpůsobení. Vzhledem k tomu, že tyto děti mají často nedostatečně rozvinutou sebekontrolu, jejich reakce jsou často impulzivní a bez zábran. Jisté problémy se mohou projevit až v dospělosti. Příčinou může být také projev stejné bezohlednosti, s jakou se chovali rodiče dětí k nim. U dětí, jež jsou psychicky deprivované, se může rozvinout tzv. „dezinhibovaná přichylnost“, kterou také můžeme označit jako poruchu citové vazby. Charakteristickým znakem je například porucha řeči, nadměrná aktivita a také výraznost v sociálním chování, tato porucha je pouze jednou z mnoha důsledků. Mírnější podobou psychické deprivace je citová subdeprivace, která se objevuje mnohem častěji a je hůře odhalována. Citová subdeprivace se objevuje nejčastěji v dysfunkčních rodinách, které dokážou plnit alespoň některé povinnosti. Děti mohou mít řádně zajištěné vzdělání, bydlet v dobrých bytových podmínkách, ale nemají možnost si utvořit bezpečnou či spolehlivou citovou vazbu s rodičem. V chování rodičů, kteří nejsou dostatečně schopni uspokojit citovou náklonost k dítěti, můžeme sledovat viditelné nápadnosti. Jedná se především o to, že rodiče mluví o svých dětech nadměrně kriticky, nerozumí jejich potřebám a pocitům, tráví s nimi málo času a projevují nezáměr (Vágnerová, 2014).

4.2 Příčiny psychické deprivace a typologie deprivovaných dětí

Jedním z vnějších faktorů psychické deprivace může být extrémní sociální izolace, kdy dítě není v kontaktu s lidskou společností. V literatuře jsou popsány případy, jako je například „Divoký hoch aveyronský“, který vyrůstal v divočině, dalším příkladem můžeme uvést Amalu a Kamalu – tzv. „vlčí děti“. Velmi výjimečně se v současnosti vyskytují i situace, kdy rodina izoluje dítě od společnosti nebo se straní jako celek. Schopnost běžného vývoje je většinou konstantně poškozena, závisí zpravidla na tom, jak dlouho bylo dítě či rodina sociálně izolované (Miňhová, 2018).

Dalším faktorem, kvůli kterému vzniká psychická deprivace jsou mimořádné situace, jako například požáry, zemětřesení či dlouhodobá sucha. Tyto situace můžeme popsat jako situace, které mají omezené trvání, dramatický průběh a velký společenský dopad. Většina dětí v těchto situacích strádá nejen po fyzické, ale i psychické stránce (Langmeier, Matějček, 2011).

Dalším faktorem je separace, která v případě její dlouhodobosti může mít stálé následky. Jedná se především o hospitalizaci dítěte nebo umístění dítěte v jeslích (Miňhová, 2018).

Posledním faktorem je ústavní péče, která může mít značný dopad na psychiku jedince. Deprivace však nemá dopad na všechny děti, které vyrůstají v ústavu. Závažnost deprivace záleží na věku dětí a na době, kterou v ústavu stráví. Nejrizikovějším obdobím, kdy dochází ke vzniku citové deprivace je období mezi prvním až třetím rokem života jedince.

Významným činitelem jsou také vnitřní podmínky deprivace, které popisuje ve své knize Langmeir a Matějček (2011). Uvádějí vývojové podmínky, dále rozdílily podle pohlaví a konstituční rozdílly, v této kapitole rozdělili typy deprivovaných dětí následovně:

- a) První skupinou jsou děti sociálně hyperaktivní, které již od útlého věku navazují kontakt bez jakékoliv zábrany, předvádějí se, zajímají se o vše kolem sebe. Tento zájem je nestálý a povrchní. Mají zájem pouze o sociální či jednoduchou hru.
- b) Další skupinou jsou sociálně provokativní děti, které si již v prvních letech života vynucují hračky a nenechají si je nikým vzít. Tyto děti chtějí pozornost, a proto často provokují ostatní. S narůstajícím věkem agresivita těchto dětí graduje. Mnohdy se stane, že takové děti skončí v nápravném zařízení. V těchto zařízeních je kolektiv silnějších jedinců, díky kterým ztrácejí agresivitu a jsou považovány za zbabělé. Agresivita se sice ztratí, ale zůstanou jim určité základní rysy jejich osobnosti, jako je například infantilismus.
- c) Dalším typem jsou útlumové děti, které se vyznačují svou pasivitou, plachostí a mnohdy u nich dochází k sestupu na nižší vývojovou úroveň. Pro tuto skutečnost bývají při psychiatrickém vyšetření posuzovány jako mentálně retardované.
- d) Předposledním typem, který autoři uvádějí, je substitutivní typ nebo také typ náhradního uspokojení. Tyto děti uspokojují potřeby na nižší úrovni, může to být například masturbace či přejídání. Mohou se objevovat i sklony k sadismu (týrání zvířat, ubližování mladším dětem). Tento typ zastupují hlavně děti, u kterých došlo k deprivaci v rámci rodiny během třetího roku, nebo nastoupily do ústavní péče.
- e) Poslední skupinou jsou děti relativně dobře přizpůsobivé. Tento typ můžeme také označit jako typ normativní. Tyto děti se neprojevují žádnými nápadnými odchylkami v chování. Jsou odolné vůči nepříznivým vlivům a mají schopnost dosáhnout dostatečných vývojových stimulů.

Tato práce se týká hlavně dětí, kteří nemohou ze závažných důvodů vyrůstat ve své biologické rodině, následně byly odebrány z péče rodičů a umístěny do náhradní rodinné péče (dále jen „NRP“). Systém NRP je rozsáhlé téma, které obsahuje několik forem a je doprovázené značným množstvím legislativy. Jednou z forem NRP je ústavní výchova, která akcentuje s naší prací. Ústavní péči jsme věnovali větší pozornost a podrobněji jsme ji popsali. Výzkumy psychologů ukazují, že žádné ústavní zařízení (dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav, diagnostický ústav) nedokáže plně uspokojit potřeby dítěte a nahradit dítěti rodinnou péči (Trnková, 2018). Dle statistik bylo do ústavních zařízení ve školním roce 2019/2020 umístěno celkem 6 553 dětí, z toho největší počet dětí byl umístěn právě do dětských domovů. Děti, které se dostanou do tohoto typu zařízení, jsou citově deprivované, je narušen jejich vývoj ve všech oblastech, záleží i na důvodu odebrání dítěte z rodiny. U značné části dětí, které jsou umístěny v dětských domovech, se vyskytují poruchy chování. Příčiny těchto poruch jsou z 50–60 % dědičné (van Beijsterveldt in Vágnerová, 2014, s. 716). Zbylá procenta jsou zapříčiněna nepodnětným sociálním prostředím, ve kterém dítě vyrůstalo a dalšími důsledky, kvůli kterým bylo odebráno z rodiny.

Nejdůležitějším sociálním faktorem v životě dítěte je rodina, její vliv je velmi důležitý, protože dítěti poskytuje první sociální zkušenost. Tato zkušenost nemusí být vždy pozitivní. Vlivem těchto skutečností může u dítěte začít vznikat porucha chování, která může přetrvávat až do dospělého věku v podobě psychózy či poruchy osobnosti.

V praktické části, která následuje, se budeme věnovat samotnému výzkumu této práce, které nám ukáže, u kterých poruch chování je příčinou právě sociální prostředí dítěte, jakým způsobem toto sociální prostředí ovlivnilo vznik poruch chování a v jakých situacích došlo k jejich projevům.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 DESIGN VÝZKUMU

Praktická část této bakalářské práce se věnuje samotnému výzkumu. V této části jsme si zvolili cíle výzkumu, ze kterých následně vychází i výzkumné otázky. Uvedli jsme a popsali výzkumný soubor – tím jsou děti z dětského domova, které byly vybrány záměrným výběrem. Charakterizovali jsme výzkumnou metodu, kterou je kvalitativní výzkum a následně jsme uvedli techniku našeho výzkumu, kterou je analýza spisové dokumentace, která bude následně vyhodnocena.

5.1 Cíle výzkumu

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce je zjistit, u kterých poruch chování je hlavní příčinou sociální prostředí dítěte. Dílčím cílem je zjistit, jakým způsobem ovlivnilo sociální prostředí dítěte vznik poruchy chování a dále zjistit, v jakých situacích či momentech došlo k projevům poruch chování.

5.2 Výzkumné otázky

Z výše uvedených cílů vycházejí i výzkumné otázky:

HVO: U kterých poruch chování je příčinou sociální prostředí dítěte?

DVO1: Jakým způsobem ovlivnilo sociální prostředí dítěte vznik poruchy chování?

DVO2: V jakých situacích či momentech došlo k projevům poruch chování?

5.3 Výzkumný soubor

V rámci výzkumného šetření jsem oslovila dětský domov, kde jsem absolvovala praxi ve druhém ročníku a následně (v rámci výzkumného šetření) i ve třetím ročníku. Pro výzkum bylo z 20 dětí dětského domova vybráno záměrným výběrem sedm dětí, které trpí některou z poruch chování. Respondenti, jimiž jsou chlapci i dívky, se pohybují ve věku od 8 do 16 let. Kvůli ochraně osobních údajů zůstane název dětského domova v anonymitě, stejně jako jména dětí. Pro lepší přehlednost jsme vytvořili tabulku s údaji, které nás informují o věku respondentů, době strávené v ústavní péči a v rodině, v neposlední řadě také o diagnózách. Tato tabulka nám také pomohla k vytvoření závěrů praktické části práce. Jednotlivé kazuistiky jsou znázorněny písmenem K a číslem kazuistiky.

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7
Narození	2010	2008	2007	2012	2009	2004	2006
Současný věk	10 let	12 let	13 let	8 let	11 let	16 let	14 let
Doba umístění v ÚV	2010 - současnost	2009 - současnost	2009–2013 2017 - současnost	2012 - současnost	2010–2012 2017 - současnost	2010 - současnost	2017–2019
Doba strávená v biologické rodině	0	2008–2009	2007–2009 2013–2017	0	2012–2017	2004–2010	2006–2017 2019 – současnost
Diagnóza	ADHD	Hyperkinetická porucha chování	Citová labilita s projevy ADHD Výbuchy vzteku a agrese, negativismus	Smišené poruchy chování a emocí Hyperkinetická porucha chování	Poruchy chování se sociální deprivací	Jiné poruchy psychického vývoje Hyperkinetická porucha pozornosti	Částečně odeznělá ADD Nesocializovaná porucha chování

Obrázek

5.4 Výzkumná metoda a technika

Výzkumná část naší bakalářské práce má kvalitativní charakter. Kvalitativní výzkum je jedním z odborníků popisován následovně: „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Creswell, 1998 in Hendl, 2005). Výzkum bude prováděn pomocí případové studie, která se orientuje na detailní popis a analýzu jednoho nebo několika málo případů (Hendl, 2005). Metodou sběru dat byla analýza osobní spisové dokumentace jednotlivých dětí v dětském domově, u kterých se vyskytuje porucha chování.

Analyzovala jsem osobní spisy dětí, které obsahovaly:

- soudní rozsudky,
- znalecké posudky,
- lékařské zprávy,
- zprávy od vychovatelů dětského domova,
- zprávy z pedagogicko-psychologické poradny,
- zprávy od pedagogů.

Ze spisů jsme vytvořili kazuistiky, které jsme následně analyzovali tak, abychom získali odpovědi na stanovené otázky. Výsledky výzkumného šetření nemůžeme zobecnit, jelikož závěry jednotlivých případů se vztahují pouze k určitému dítěti, které zkoumáme, z tohoto důvodu nemohou být použity na ostatní jednotlivce (Musilová, 2003).

5.5 Metody analýzy dat

Po přečtení spisové dokumentace dětí v dětském domově jsme zredukovali informace a použili jsme pouze ty, které jsou důležité a rozhodující pro náš výzkum. S těmito informacemi jsme dále pracovali tak, že jsme vytvořili sedm kazuistik, které jsme pomocí počítačového programu rozdělili do několika anamnéz. Jedná se o anamnézu osobní, rodinnou, školní a zdravotní. Vzhledem k obsáhlosti kazuistik jsme zahrnuli i shrnutí, které nám pomůže utřídit si informace a shrnout případ. Jednotlivé kazuistiky nalezneme v příloze této práce. Následně jsme jednotlivé kazuistiky analyzovaly tak, abychom získali odpovědi na výše uvedené výzkumné otázky. Data z jednotlivých kazuistik jsme uspořádali do kategorií podle výzkumných otázek, dále jsme seskupili data do tabulky, která nám dodala přehledný popis ohledně doby umístění respondentů v ústavní péči. Po zredukování získaných dat a na základě podobností získaných informací jsme vytvořili závěr našeho výzkumného šetření, který vychází z výše uvedených cílů a výzkumných otázek. V kapitole o shrnutí a doporučení pro praxi jsme se snažili o propojení výsledků výzkumu a teoretického rámce problematiky.

5.6 Analýza a interpretace dat

U kterých poruch chování je příčinou sociální prostředí dítěte?

Jak jsem již výše uvedla, na tvorbě poruchy chování se podílí mnoho faktorů, jeden z nich je i sociální prostředí dítěte. Můžeme tedy říci, že sociální prostředí je příčinou všech poruch chování, které se projevují u našich respondentů. Jedná se tedy o:

- Výbuchy vzteku a agrese, negativismus.
- Smíšené poruchy chování a emocí.
- Poruchy chování se sociální deprivací.
- Jiné poruchy psychického vývoje.
- Nesocializovaná porucha chování.
- V případě hyperkinetické poruchy/ADHD, která se vyskytuje u šesti ze sedmi respondentů, přičemž u sedmého respondenta byla zjištěna odeznělá porucha pozornosti ADD. Jako příčinu těchto poruch můžeme uvést i sociální prostředí, ale značnou roli v tomto případě hrají biologické faktory.

Jakým způsobem ovlivnilo sociální prostředí dítěte vznik poruchy chování?

V případě kazuistiky č. 1, se můžeme domnívat, že porucha, která se u chlapce A projevila (ADHD) byla způsobena předčasným porodem matky, která trpěla závislostí na pervitinu. Dalším faktorem, který ovlivnil vznik poruchy bylo umístění do ústavní péče těsně po porodu chlapce A, o kterého nejevil nikdo zájem. Chlapce A navštěvovala určitou dobu hostitelská rodina, kontakt byl z osobních důvodů rodiny přerušen.

U chlapce B z kazuistiky č. 2 se projevila Hyperkinetická porucha chování a obrovské záchvaty vzteku a agrese. Chlapec B byl umístěn v jednom roce do ústavní péče, oba rodiče jsou v invalidním důchodu a mají nedostatečné vzdělání, chlapec B vyrůstal ve velmi špatných bytových podmínkách. Z kazuistiky také víme, že v rodině byly řešeny opakované konflikty, jako je fyzické napadání matky otcem. Jeho porucha se začala projevovat po změně prostředí, tedy po přemístění chlapce B do dětského domova (dále jen „DD“) a po nástupu do mateřské školy, s nástupem na školu základní jeho nepřiměřené chování neustále gradovalo. U chlapce B se projevovala masivní hyperaktivita, instabilita, zvýšená emoční dráždivost, nepřiměřené reakce vzteku, nezvladatelnost a agresivní projevy, kdy ohrožoval své okolí. V DD se respondent B neprojevuje nezvladatelným a problematickým chováním tak, jako v prostředí školy.

Chlapec C byl v roce a půl umístěn do kojeneckého ústavu, byl odebrán matce, která jeho výchovu nezvládala. Chlapec C je narozen jako dítě s fetálním alkoholovým syndromem, což se z části podílelo na vzniku poruchy ADHD, která byla chlapci diagnostikována. Chlapec C dále trpí výbuchy vzteku, agrese a negativismem, je citově labilní. Jedním z faktorů, který mohl ovlivnit vznik poruchy chování je skutečnost, že si matka vzala chlapce zpět do své péče. Chlapci C bylo v té době šest let a byl v péči matky do svých deseti let. U chlapce se začaly objevovat výchovné problémy a matka výchovu opět přestala zvládat. Dávala chlapci najevo, že ho má ráda, ale upozorňovala ho i na to, že zlobí. Chlapci se narodil mladší bratr a matka začala upřednostňovat výchovu mladšího bratra, uvedla, že chlapec C má povahu po svém biologickém otci, a to nelze změnit. Často používali s druhem fyzické tresty, zákazy a příkazy, křik. Došlo i k vyhrožování, že chlapce C umístí do DD. Po několika situacích se tak v březnu roku 2017 stalo a chlapec byl přemístěn do DD.

Chlapec D se narodil s Muskulární dystrofií – M Duchenne. Byl hned po svém narození umístěn do ústavní péče, jeho matka nebyla po porodu schopna zajistit bytové podmínky a vybavu pro chlapce, nedodržovala základní hygienická pravidla. Matka je simplexní

osobnost, je sociálně nepřizpůsobivá, otec užíval alkohol a drogy. Chlapec D má velké problémy v chování. Byla mu diagnostikována Hyperkinetická porucha chování a smíšená porucha chování a emocí. Ani jeden z rodičů o chlapce nejevil a ani nejeví zájem. Kontakt udržuje s chlapcem D pouze babička, která má k chlapci spíše záporný vztah a větší citovou vazbu má ke staršímu bratrovi chlapce D.

Dívka E byla umístěna do ústavní péče krátce po narození, poté byla svěřena opět do péče matky a nad výchovou byl stanoven dohled, v biologické rodině pobývala do svých 8 let, poté byla opět umístěna do ústavní péče, prošla diagnostickým ústavem a poté byla opět umístěna do DD. Její diagnóza je popsána jako poruchy chování se sociální deprivací, dívka E trpí enurézou a obezitou. Dívka neustále měnila prostředí, a to i tehdy, když byla v péči matky (stěhování z azylového domu do azylového domu, na ubytovnu atd.), tak po přemístění z ústavní péče (dětský domov, péče matky, opět dětský domov, diagnostický ústav, opět dětský domov). Stejně tak jako u chlapce C se dívce E narodila mladší sestra, kterou matka upřednostňovala. Matka dovedla zajistit základní péči, ale výchovu dětí nezvládala, matka nechce na svém chování nic měnit, odmítá spolupracovat se sociálně-aktivizační službou, nechávala dívku bez dozoru, nezajišťovala pro dívku bezpečí, ochranu a citové přijetí. Matka nebyla schopna v rodinném prostředí vytvořit takové zázemí, které by bylo podnětné a motivující pro další vzdělání. Matka je citově oploštělejší, simplexní osobnost, neumí tak moc dávat najevo dětem rodičovskou lásku, radost, pocit bezpečí a uznání.

Dívka F byla do ústavní péče umístěna ve svých šesti letech na základě podezření na sexuální zneužívání. Byla ji diagnostikována hyperkinetická porucha a jiné poruchy psychického vývoje. Vznik poruchy chování ovlivnilo silné zanedbávání dívky a podezření na sexuální zneužívání, dále vrozený deficitní intelekt matky, který odpovídá věku devíti či desetiletého dítěte. Matka dívky pochází z neúspěšných poměrů a nebyli naplněny její citové předpoklady. Matka dívky F řádně nepečovala o své děti, nevychovala je a neuspokojovala jejich základní psychické ani biologické potřeby. Zanedbání dívce způsobilo opožděný psychomotorický vývoj, opožděný emoční a sociální vývoj, poruchu výslovnosti, kterou matka neřešila, intelekt dívky je na úrovni hranice lehké mentální retardace (IQ 52). Osobnost dívky bude navždy poškozena. Znalci se přiklání k závěru, že ke zlepšení může dojít částečně, a to v oblasti intelektových výkonů.

Chlapec G byl do dětského domova přijat ve svých 11 letech, poté co bylo zjištěno, že u chlapce dochází k zvláštní formě týrání, přesněji Münchhausenově syndromu by proxy. Jeho

diagnózy jsou částečně odeznělá porucha pozornosti ADD a nesocializovaná porucha chování. Pečující osobou byla babička, kterou chlapec oslovuje „mami“ (otec uzavřel sňatek s manželkou matky). Tyto skutečnosti vedly k tomu, že měl chlapec velký zmatek v rodinných vztazích. Pečující osoba upozorňovala chlapce G na enurézu – nutila ho nosit pleny, na potřebu helmy (k pádům ani záchvatům nedocházelo), upozorňovala na hubnutí dítěte, nadhodnocovala modřinu, argumentovala poraněním konečníku údajně ze sexuálních praktik vrstevníků. V rodinném prostředí byla znát kumulace napětí, která se v chlapci hromadila a projevovala se agresivním chováním i ve smyslu sebepoškozování. Vývoj chlapce v minulosti stagnoval, dokonce se i vracel zpět v důsledku nepodnětného, slabého, matoucího a nedostatečného výchovného vedení. Vypozorované nápadnosti v chování chlapce nasvědčují nepodnětnému výchovnému domácímu prostředí, kdy se pečující osoby nejvíce zaměřují na zdravotní stav chlapce a všestranný vývoj zanedbávají. U chlapce se nedostatečně rozvíjela motorika, komunikace, socializace, kognitivní funkce, trpěl enurézou (po čase zlepšení), afektivní labilitou, explozivními rapti, sebepoškozováním.

V jakých situacích či momentech došlo k projevům poruch chování?

Pro chlapce A je důležitý řád a pravidla, pokud nejsou nastaveny hranice, dochází k projevům poruchy ADHD. Chlapec A začne být neposlušný a roztržitý s přetrvávajícími projevy dětského negativismu. Objevují se i záchvaty vzteku a pláče – sedne si nebo lehne na zem, kope do dveří. Ve škole nestíhal psát cvičení s ostatními, měl problém s udržení písmen v řádcích. Na písmu je patrný třes rukou, zrcadlově obrací některá písmena – byl mu udělen odklad povinné školní docházky. Pokud je podporován, je schopen dosáhnout až průměrného výsledku v inteligenčních technikách, ale ty nejsou nikdy dokončeny, protože se nedokáže soustředit.

V případě chlapce B, u kterého byla diagnostikována hyperkinetická porucha chování a psychosociální deprivace, se problematické chování objevuje hlavně při práci ve škole a po návštěvě někoho z rodiny. Ve škole velmi často dochází k hrubému porušení školního řádu, jako je neplnění domácích ani školních povinností, vulgární vyjadřování, sexuální narážky na vyučující, posměch vůči spolužákům, agrese vůči spolužákům – kope do aktovky spolužačky. V roce 2016 začal brát chlapec B léky na utlumení agresivity, což mělo za následek, že v hodinách skoro nepracoval, byl utlumený, plačtivý a zlostný. Po jarních prázdninách, které strávil u rodičů, se vrátil do školy neklidný, podrážděný a začal opět vyrušovat ve výuce. Vyhrožoval učitelce smrtí, vulgárně křičel a plival po ostatních dětech, kopal do nábytku se slovy, že všechno rozmlátí. Po víkendu, který chlapec strávil u své babičky, byl opět nevladatelný. Byl agresivní k paní asistentce, kterou fyzicky napadl – bodal ji tužkou a tloukl pěstí do rukou, vulgárně pokřikoval po dětech i zaměstnancích. U chlapce B došlo později ke změně ZŠ a jeho záchvaty se umírnily.

Chlapec C trpí záchvaty vzteku a agrese, negativismem, je citově labilní s projevy ADHD. Problémové chování se začalo objevovat už v péči matky, proto byl umístěn v ústavní péči – matka nezvládala výchovu. Po určité době matka začala o chlapce jevit opět zájem a chlapec byl umístěn zpět do péče matky, kde byl 4 roky. Během této doby, a hlavně po narození jeho mladšího sourozence, se chování chlapce zhoršovalo. V květnu roku 2015 spal chlapec několik nocí s ostrým nožem pod polštářem, neuměl vysvětlit, proč to udělal. Z testů vyplynulo, že touží po projevech lásky a pozornosti matky. V červenci téhož roku si vzal chlapec do postele sirky a zapálil matraci. V březnu roku 2017 chlapec C opakovaně vyhrožoval sebevraždou. Poté byl umístěn do DD. Na začátku pobytu v DD byl chlapec hodně depresivní, velmi fixovaný na matku. Chlapec byl s matkou v telefonickém kontaktu a hovory byly doprovázené pláčem. Chlapec hrozil útekem z DD a dvakrát tento útek

uskutečnil. Projevoval se sebedestruktivním chováním do takové míry (vyhrožoval skokem z balkónu), že mu byla poskytnuta krizová konzultace. Vyskytují se často záchvaty řevu a smíchu doprovázené válením se po zemi. Agrese – jak verbální, tak i fyzická – je v průběhu dne namířena na ostatní děti i vychovatele v DD. Opakovaně vyhrožuje nožem a byly u něj nalezeny nůžky. Stejně jako u chlapce B se nevhodné chování objevuje po návštěvě členů rodiny. Po jedné z návštěv u matky byl chlapec ve velmi špatném psychickém stavu – plačtivý, lítostivý, pořád dokola opakoval, že si něco udělá, skočí pod auto nebo z okna. Při neúspěchu brečí a vzteká se, i malý neúspěch ho vyvede z míry. Vyhrožuje útekem k matce. V DD došlo také k tomu, že si přiložil nůž ke krku a čekal na reakci vychovatele. Odborníci tvrdili, že sebevražedné sklony nemá, vyžaduje si tak pouze pozornost. Pokud nemá dobrou náladu, tak vyvolává konflikty, provokuje, je agresivní, odmlouvá, nerespektuje autoritu, nerad prohrává, těžce nese špatnou známku ve škole a nedbá na pokyny učitele. Potřebuje neustálou dopomoc a pozornost.

U chlapce D byla diagnostikována hyperkinetická porucha chování a smíšené poruchy chování a emocí. V DD i ve škole je chlapec po výchovné stránce nevladatelný. Nerespektuje autority a nastavené hranice, je špatně usměrnitelný, hyperaktivní, nepozorný, konfliktní, odmítá činnosti úkolového typu. Když chce, vydrží si kreslit, baví ho také předškolní aktivity. V projevech chování silně manifestuje ADHD, v průběhu vyšetření školní zralosti se projevoval zvýšený psychomotorický neklid, neschopnost respektovat pokyny a vymezené hranice. Chlapec D docházel na logopedii, ale kvůli nespolupráci byl dohled logopeda ukončen, také jezdí jednou za rok na rehabilitační lázeňské pobyty, z posledního pobytu byl po týdnu poslán zpět do zařízení, za špatnou usměrnitelnost, nevladatelnost a neschopnost spolupracovat.

Diagnóza dívky E byla popsána jako porucha chování se sociální deprivací, dále dívka trpí enurézou a obezitou. Dívka je značně agresivní, nerespektuje dané hranice, sebehodnocení je velmi nízké, přesto dokáže být značně manipulativní. Je urážlivá, vzdorovitá, stačí jedno slovo od jednoho z dětí, nebo jiná představa reality, například v oblékání. Když něco nechce, nebude to dělat, protože ona nemusí. Při společném uklízení radši zaúkoluje ostatní svými povinnostmi. Nejtěžší práce s dívkou je při agresivitě vůči ostatním dětem (především mladším). Nelze to korigovat. Při svém agresivním ataku je schopná vychovatele odstrčit, jen aby mohla znovu udeřit či jinak fyzicky napadnout. Stejně jako u chlapce B a C se dívčino chování po pobytu u matky horší. U dívky přetrvává noční pomočování, nadměrný příjem potravy, krádeže jídla opoziční chování, negace, křik, lhaní, nezájem o osobní

hygienu. Osobnost dívky se celkově vyvíjí disharmonicky i vlivem rodinného prostředí, které bylo nestabilní a nedošlo k žádnému posunu. Dívka si klade za vinu své umístění do DD a došlo i k útěku dívky ze zařízení. V době, kdy byla dívka E v péči matky, matka nedokázala regulovat chování dívky a radši ustoupila, pokud ucítila nátlak či negativní emoce. Tato skutečnost má za následek to, že dívka má naučen model chování k dospělým – myslí si, že když bude křičet, tak jí všichni vyhoví. Odmítá školní docházku a mnohdy se stává, že do vyučování přijde pozdě s odůvodněním, že před vyučováním navštívila matku, která ji obdarovávala sladkostmi. Dívka má ve škole kamarády, ale občas vyvolává konflikty, někdy nechce spolupracovat, což je doprovázeno slovy „nevím, nechci, nebudu, neumím...“

U dívky F byla diagnostikována hyperkinetická porucha chování a jiné poruchy psychického vývoje. Dívka má intelekt na úrovni lehké mentální retardace, její slovní zásoba je malá, při zátěži se objevuje drobný neklid, poruchy pozornosti, které časem narůstají a dále impulzivita. Nedělají jí problém rutinní situace, v nových či komplikovanějších situacích je dívka bezradná.

U Chlapce G byla diagnostikována částečně odezněla porucha pozornosti ADD a nesocializovaná porucha chování. Po umístění v SVP se chlapec projevoval výrazně, hlučně, docházelo často ke střídání nálad, negativně reagoval vždy, když nebylo vše podle jeho představ. Občas reagoval vulgárně a snažil se druhým ublížit. Odmítal si plnit své povinnosti, byl agresivní k pracovníkům, používal nejhrubší vulgarismy. Po umístění v DD se chování projevovalo s výraznými výkyvy, záleželo vždy na jeho náladě, množství a intenzitě zadaných úkolů. Jeho chování se dramaticky mění, pokud po něm někdo z vychovatelů požaduje nějakou činnost nebo ho kárá. Při vyhrocení konfliktů bere telefon do ruky a stěžuje si „mámě“. Často provokuje ostatní děti, což končí mnohdy fyzickou nebo slovní agresí. Před jinými chlapci se občas chová perverzně. Ve škole se jeho negativní chování projevuje v daleko větší míře než v zařízení. Chlapec měl vyhrožovat fyzickým napadením učitelce a slovně ji napadat. Řešila se i šikana, které se měl chlapec dopouštět ke své spolužačce. Chlapec si odmítá zapsat učivo v některých předmětech, nutná neustálá motivace a kontrola. Chlapec byl nějaký čas umístěn v domácnosti otce, škola uvedla, že se situace zlepšila. Ve škole se začal snažit, spolupracoval s asistentem, dokáže uznat chybu, obejde se bez vulgárních slovních ataků, dokáže se omluvit. Chlapci G byla v srpnu roku 2019 zrušena ústavní výchova a byl vrácen zpět do své biologické rodiny.

6 SHRUTÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z výzkumu vyplývá, že sociální prostředí, kterým je dítě obkloповáno, je jedním z nejdůležitějších faktorů, který má zásadní vliv při samotném vývoji dítěte. V návaznosti na výskyt poruch chování připisujeme prostředí značný vliv. Nesmíme však opomenout ani biologické faktory, které se na tvorbě poruchy značně podílí. Můžeme tedy říci, že nepodnětné sociální prostředí může být často příčinou poruch chování, které byly diagnostikovány našim respondentům, což je odpověď na hlavní výzkumnou otázku.

Zásadním vlivem pro vznik těchto poruch je skutečnost, že většina našich zkoumaných respondentů byla umístěna do ústavní péče hned po svém narození. Ve dvou případech nedocházelo k žádnému kontaktu s biologickou rodinou. Ve zbylých případech buď děti rodiče navštěvovaly, nebo byly určitou dobu v jejich péči, a poté opět v ústavní péči.

V případě, že bylo dítě určitou dobu v biologické rodině, na jeho výchově se nepodílel biologický otec. Ve dvou případech, kdy docházelo k syndromu CAN, byla tato skutečnost zjištěna až po 6 a 11 letech, kdy respondenti setrvali v rodině. Z tohoto vyplývá, že umístění dítěte do ústavní péče či odebrání dítěte z rodiny má zásadní vliv na dítě a jeho další vývoj, přičemž je velice důležitá doba odebrání dítěte z rodiny a stabilita prostředí.

U většiny respondentů se objevuje neustálá změna prostředí, a to jak v rodinném prostředí (stěhování se z azylových domů a ubytoven), tak i po přemístění do ústavní péče (diagnostický ústav, prostředí rodiny, dětský domov apod.). Dalším faktorem, který by mohl mít vliv na vznik poruchy je užívání návykových látek rodiči, zejména matkou. Dále můžeme zmínit nedostatečné zabezpečení bytových podmínek nebo také násilí v rodině, používání nepřiměřených trestů a nedostatečné projevy lásky, s kterými se pojí také narození sourozence a upřednostňování jeho výchovy. Mezi vlivy můžeme také zařadit intelektuální dispozice rodičů. Ze znaleckých posudků vyplývá, že matky našich respondentů byly ve většině případů simplexní osobnosti, pocházely z neutěšených poměrů a jejich intelekt byl podprůměrný.

Problematické chování se u většiny respondentů začíná projevovat, pokud není nastaven určitý řád a pravidla. Dále při změně prostředí, a to buď prostředí školy nebo návštěvy rodinných příslušníků či při neúspěchu. U dvou respondentů jsou patrné změny v chování po narození dalšího dítěte, kdy rodič upřednostňoval výchovu mladšího sourozence. U většiny respondentů dochází ke slovní či fyzické agresi, vulgárnímu vyjadřování, afektivnímu chování, které se projevuje převážně předstíranou snahou o sebepoškozování

nebo dítě vykazuje sebevražedné tendence. Tímto chováním si však dítě vyžaduje pouze pozornost. Většina respondentů není schopná respektovat autority.

Úmluva o právech dítěte nám jasně říká, že zájem dítěte je nejdůležitější skutečností, pokud se jedná o jakékoliv činnosti, které jsou prováděny ať už veřejnými nebo soukromými institucemi sociální péče (Úmluva o právech dítěte, článek 3). Jinými slovy můžeme tedy říci, že nikdo dítěti nesmí bránit v rozhodnutí a následném zprostředkování vídání své biologické rodiče nebo s nimi být v jakémkoliv kontaktu. Přesuneme-li se k našemu výzkumu, jak jsem již výše uvedla, k projevům některých poruch chování došlo právě po kontaktu s rodičem a psychický stav dítěte se značně zhoršil. Proto by měla být kontaktu dítěte a rodiny věnována vyšší pozornost od příslušných sociálních pracovníků, a to nejen hned po odebrání dítěte z rodiny, ale také po celou dobu kontaktu a tyto skutečnosti potom náležitě upravovat dle vývoje dítěte a jeho přání, což úzce souvisí s dobrou spoluprací mezi sociálním pracovníkem a vychovatelem v dětském domově.

Velmi problematickou částí při odebrání dítěte z rodiny je hledání rodiny náhradní. Najít náhradní rodinu dětem, kteří z různých důvodů nemohou vyrůstat ve své biologické rodině je už tak velmi problematickým úkolem. Najít náhradní rodinu dítěti, které má podobné diagnózy jako naši respondenti či jiné poruchy nebo postižení, se potom stává nereálným činem. Mělo by se tedy neustále usilovat o posílení institutu pěstounské péče. Měla by být věnována vyšší pozornost kontaktům mezi dětmi a rodiči. Děti trpící poruchami chování by měly být pod pravidelným lékařským dozorem a měla by být věnována vyšší pozornost oblastem, u kterých by mohlo dojít ke zlepšení (například intelekt, řeč apod.). Jako porucha s nejčastějším výskytem se nám jeví porucha ADHD, která je v praxi velmi často zaměňována s poruchou ADD a Hyperkinetickou poruchou. Tato porucha se vyskytuje u všech našich respondentů. Je tedy velmi důležité, aby došlo k objevení poruchy včas a hlavně, aby byla porucha správně diagnostikována.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá výskytem poruch chování u dětí v dětském domově. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsme přiblížili pojmy jako je rodina, náhradní rodinná péče a popsali jsme formy náhradní rodinné péče. Dále jsme se zaměřili na průběh ústavní a ochranné výchovy. Obsáhle jsme se věnovali poruchám chování v dětském věku. Poslední kapitola teoretické části je věnována vazby mezi matkou a dítětem, s tím úzce souvisí i psychická deprivace v dětství, kterou jsme výše popsali.

Praktická část této práce je věnována kvalitativnímu výzkumu pomocí případových studií. Na základě výše stanovených cílů jsme si zvolili výzkumné otázky, na které se nám pomocí analýzy případových studií, podařilo zodpovědět. Cíle práce tedy byly naplněny. Z této práce vyplývá, že sociální prostředí, v němž se dítě nachází a vyrůstá, je velmi důležité pro jeho další rozvoj. Častá změna prostředí dítěti neprospívá, stejně tak, když je z tohoto prostředí vyjmut. Dalším podstatným bodem či otázkou, je jakým způsobem, by se dal zabezpečit kontakt dětí umístěných v ústavní péči s biologickými rodiči. Dále bychom jako problematický bod mohli zmínit správnou diagnostiku poruch chování, jak jsem již výše uvedla. Děti trpící poruchami chování by měly být pod neustálým lékařským dozorem a mělo by být důkladně ošetřeno to, do jakého typu zařízení budou umístěni. Tyto děti potřebují péči odborníků a pedagogů s patřičným vzděláním.

Práce mi dala mnoho zkušeností, a to i z hlediska přímé práce s těmito dětmi, také hlubší vhled do této problematiky a porozumění těmto dětem, dále orientaci v dokumentech, jako jsou soudní spisy, zprávy z pedagogicko-psychologických poraden, individuální plány na ochranu dítěte nebo záznamy z případových konferencí. Práce by mohla sloužit všem studentům sociální nebo speciální pedagogiky, studentům psychologie, pedagogům, kteří poskytují vzdělávání žákům se speciálními vzdělávacími potřebami. Dále sociálním pracovníkům či pedagogům, kteří pracují v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. V návaznosti na tuto práci bychom se mohli zaměřit na již zmíněný kontakt dítěte žijící v ústavním zařízení a biologických rodičů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 8073670402.

HORT, Vladimír, Milan HRDLIČKA, Jana KOCOURKOVÁ, Eva MALÁ a kol., 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

HRUŠÁKOVÁ, Milana, Zdeňka KRÁLÍČKOVÁ, Lenka WESTPHALOVÁ a kol., 2014. *Občanský zákoník II. Rodinné právo (§655-975). Komentář*. Praha: C. H. Beck. ISBN 978-80-7400-503-9.

JANKŮ, Martin a kol., 2014. *Nové občanské právo v kostce*. Praha: C. H. Beck. ISBN 978-807400-516-9.

JANSKÝ, Pavel, 2014. *Dítě s problémovým chováním a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. Hradec Králové: Gaudeamus. Recenzované monografie. ISBN 978-807-4355-349.

KOUKOLÍK, František a Jana DRTILOVÁ, 2006. *Vzpouora deprivantů: nestvůry, nástroje, obrana*. Nové, přeprac. vyd. Praha: Galén. Makropulos. ISBN 8072624105.

KRAUS, Bohuslav a Věra POLÁČKOVÁ et. al., 2001. *Člověk – prostředí – výchova, K otázkám sociální pedagogiky*. Paido, edice pedagogické literatury, Brno. 8073150042.

KŘÍŽ, Josef, 2004. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. Vyd. 2. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7040-724-7.

LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK, 2011. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum. ISBN 9788024619835.

MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál. ISBN 9788073673680.

Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka, 2000. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-851-2144-1.

MIŇHOVÁ, Jana a Vladimíra LOVASOVÁ, 2018. *Psychoptologie. Pedagogické, právní a sociální aspekty*. Plzeň: Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-721-4.

MUSILOVÁ, Marcela, 2003. *Případová studie jako součást pedagogické praxe. 2., upr. vyd.* Olomouc: Univerzita Palackého, Skripta. ISBN 8024407493.

NOVOTNÝ, Petr a kol., 2017. *Nový občanský zákoník, rodinné právo. Vyd. 2.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0431-4.

PTÁČEK, Radek, 2006. *Poruchy chování v dětském věku*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-869-9181-4.

ROGALEWICZOV, Romana a kol., 2018. *Zákon o sociálně-právní ochraně dětí, Komentář*. Praha: C. K. Beck. ISBN: 978-80-7400-713-2.

SYCHROVÁ, Adriana, 2015. *Pedagogické aspekty náhradní rodinné péče*. Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická. ISBN 978-80-7395-955-5.

TRAIN, Alan, 2003. *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka. Vyd. 2.* Praha: Portál. ISBN 80-717-8503-2.

TRNKOVÁ, Lucie, 2018. *Náhradní péče o dítě*. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7552-864-3.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁVROVÁ, Soňa, Karla HRBÁČKOVÁ a Jakub HLADÍK, 2015. *Porozumění procesu autoregulace u dětí a mladistvých v institucionální péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 9788074545610.

LEGISLATIVA

Zákon č. 109/2002 Sb. ze dne 5. února 2002 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 České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109>

Zákon č. 89/2012 Sb. ze dne 3. února 2012 občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

Úmluva o právech dítěte a související dokumenty, 2016. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, [online]. [cit. 2020-05-11]. ISBN 978-80-7421-120-1. Dostupné také z:

https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Umluva_o_pravech_ditete.pdf/9d45250c-a795-c4f4-872d-550497b0a4d8

INTERNETOVÉ ZDROJE

Statistické ročenky školství výkonové ukazatele. ©2020 MŠMT odbor školské statistiky, analýz a informační strategie. [online]. [cit. 2020-04-06] Dostupné také z: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

NRP Náhradní rodinná péče

DD Dětský domov

IVP Individuální vzdělávací plán

RS Rodinná skupina

PP Pěstounská péče

NP Neznámí pachatelé

PK Případová konference

SVP Středisko výchovné péče

OSPOD Orgán sociálně-právní ochrany dětí

MŠMT Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy

RVP ZV – LMP Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1	19
Obrázek 2	33

SEZNAM PŘÍLOH

- 6.1 PŘÍLOHA P I: KAZUISTIKA 1**
- 6.2 PŘÍLOHA P II: KAZUISTIKA 2**
- 6.3 PŘÍLOHA P III: KAZUSITIKA 3**
- 6.4 PŘÍLOHA P IV: KAZUISTIKA 4**
- 6.5 PŘÍLOHA P V: KAZUISTIKA 5**
- 6.6 PŘÍLOHA P VI: KAZUISTIKA 6**
- 6.7 PŘÍLOHA P VII: KAZUISTIKA 7**

PŘÍLOHA P I: KAZUISTIKA 1

Jméno: Chlapec A

Narození: 2010

Současný věk: 9 let

Osobní anamnéza:

Předčasný porod ve 30. týdnu, pobyt v inkubátoru, nezralost plicní ventilace – kyslík – 4 hod. Adaptace bez komplikací a bez abstinčních příznaků. Matka závislá na pervitinu, nejví o chlapce zájem. Otec neuveden v rodném listu, pravděpodobně ve výkonu trestu odnětí svobody. Po narození neměl chlapec žádné abstinční příznaky. Po porodu byl chlapec přijat do kojeneckého ústavu (2010–2014). Poté přijat do DD (od 2014 do současnosti).

Rodinná anamnéza:

Rodinná anamnéza je neznámá. Chlapec je milý, přátelský, váží si toho, když se mu někdo věnuje a hraje si s ním. Je usměvavý, většinou s dobrou náladou, živý a temperamentní. Občas neuposlechne a musí být několikrát napomínán. Chlapec byl nějaký čas v hostitelské péči. Hostitelská rodina ho navštěvovala v DD a jezdil s nimi na výlety. Rodina měla vlastní dítě, které chlapce nepřijalo. Hostitelská péče musela být přerušena. Kontakt chlapce s hostitelskou rodinou je, ale zřídka. Je šikovný v sebeobsluze, pro chlapce je důležitý řád a pravidla. Pokud nejsou nastaveny nějaké hranice, je divoký a neposlušný. Přetrvávají občasné projevy dětského negativismu. Často je roztržitý, impulzivní, nesoustředění a neposedný. Objevují se záchvaty pláče a vzteku – sedne si nebo lehne na zem, kope nebo tluče do dveří. Dobře navazuje sociální kontakty, je temperamentní, empatický.

Školní anamnéza:

Navštěvoval logopedickou třídu v MŠ. V roce 2016 odklad povinné školní docházky o jeden rok. Ve škole nestíhal psát cvičení s ostatními, měl problém s udržení písmen v řádcích, na písmu byl patrný třes rukou, zrcadlově obracel některá písmena a číslice. Intelektové předpoklady v pásmu lehké mentální retardace, chybí znalosti, kterou jsou běžné pro předškolní děti.

Zdravotní anamnéza:

Dle zprávy z kojeneckého ústavu byl ranný psychomotorický vývoj lehce opožděný, projevy psychomotorického neklidu a hyperaktivity. Po přechodu do DD zjištěna porucha sluchu – sledován na ORL, následně mu byla odstraněna nosní mandle a sluch se zlepšil. Problémy s jemnou a hrubou motorikou a oromotorikou. V roce 2016 se projeví výrazné příznaky ADHD, krátkodobá pozornost. Pokud je podporován, je schopen dosáhnout až průměrných výsledků v inteligenčních testovacích technikách. Ty ale nejsou nikdy dokončeny, protože se nedokáže soustředit. V řeči byly artikulační nedostatky, byl v péči logopeda, slabší slovní zásoba, přetrvávající dyslálie. V péči psychocentra (medikace stratterou).

Shrnutí:

Chlapec A je živé, temperamentní dítě. Od narození je v ústavní péči, ani jeden z rodičů o něho nejeví zájem. Má rád pozornost a rád ji na sebe upoutává. Trpí poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Dříve měl problémy se sluchem a řečí, ale pod dohledem odborníků byly tyto problémy vyřešeny. Je velmi společenský, přátelský a usměvavý. Občas se u něho projevují záchvaty vzteku a agrese. Chlapec je medikován a je pod dohledem odborníků z psychocentra.

PŘÍLOHA P II: KAZUISTIKA 2

Jméno: Chlapec B

Narození: 2008

Současný věk: 11 let

Osobní anamnéza:

Porod spontánní bez adaptačních potíží, plně kojený. V roce 2009 byla rozhodnutím soudu nařízena ústavní výchova – probíhaly krátké návštěvy rodičů a dětí. Chlapec má další dva starší bratry.

Rodinná anamnéza:

Matka v invalidním důchodu, je tělesně postižená (svalová dystrofie), svobodná, dochodila 4. třídu. Otec také v invalidním důchodu, nevidomí, svobodný. Chlapec má dva bratry, nejstarší je mimo rodinu, druhý bratr (starší) je taktéž v ústavní péči. V rodině byly řešeny opakované konflikty, jako fyzické napadání matky a nezletilých dětí otcem. Ústavní výchova byla nařízena z důvodů špatných bytových podmínek, dluhů, sociální nezralosti rodiny. Rodina je nepodnětná, objevují se velké dluhy za nájem, plyn a elektřinu, hrozí vystěhování z bytu. Výchovu dětí nezvládali a nespolupracovali s dětskou lékařkou. Otec je s chlapcem a jeho bratrem v častém telefonickém kontaktu, oba sourozenci mají možnost, aby byli denně v kontaktu s rodiči, ale tuto možnost nevyužívají. Dříve chodili společně na pravidelné návštěvy k rodičům, každý druhý týden. Došlo k omezení návštěv a děti k rodičům chodit nechtějí. Chlapec o Vánocích 2018 nechtěl k rodičům po celou dobu vánočního volna, ale jenom na svátky (nudí se tam, nemá tam kamarády). Chlapec mluvil s pracovnící OSPOD a uvedl, že v domově být nechce a chce jít domů. Uvedl, že bude nakupovat, školu zvládne sám a otce bude všude doprovázet. Má zkreslenou představu o svém návratu k rodičům.

Školní anamnéza:

Ve školním roce 2014/2015 navštěvoval předškolní zařízení, logopedickou třídu v MŠ. V roce 2014 bylo vydáno rozhodnutí o odkladu povinné školní docházky. Po umístění chlapce do DD a MŠ se objevily výrazné výchovné potíže, masivní hyperaktivity, instabilita a zvýšená emoční dráždivost. Nepřiměřené reakce vzteku, nezvladatelnost a agresivní projevy, kdy ohrožoval ostatní děti i pedagogy. Velmi často dochází k hrubému porušení školního řádu – neplní si školní povinnosti, občas nepíše domácí úkoly, vulgárně se vyjadřuje a má sexuální narážky na vyučující. Posmívá se spolužákům, nadává jim, uráží je,

je agresivní (kope do aktovky spolužačky), ignoruje pokyny vyučujícího, odmítá plnit zadané úkoly, je drzý, objevuje se zuřivé chování spojené s házením pomůcek kolem sebe i po třídě. Byla mu udělena důtka třídního učitele a důtka ředitele školy. S žákem pracuje pravidelně školní metodik prevence a byl sepsán individuální výchovný plán (dále jen „IVP“). Dle zprávy ze školy o chování chlapce v lednu 2016 začal brát léky na utlumení agresivity. V hodinách skoro nepracoval, byl utlumený, plačtivý a zlostný. Po jarních prázdninách, **ktelé strávil i rodičů**, se vrátil neklidný, podrážděný a začal opět vyrušovat. Vyhrožoval učitelce, že ji zabije, vulgárně křičel a plival po ostatních dětech, kopal do nábytku slovy, že všechno rozmlátí. Paní vychovatelka musela odvést ostatní žáky do šatny, protože byli vyděšení. Na doporučení psychosociálního centra měl nastoupit do psychiatrické léčebny, ale vzhledem k nesouhlasu zákonných zástupců k léčbě nedošlo. Roce 2017 se objevily další výchovné problémy ve škole. Dle zprávy od učitelky byl chlapec po **víkendu stráveném u babičky** nezvladatelný, byl agresivní k paní asistentce, kterou fyzicky napadl – bodal ji tužkou a tloukl pěstí do rukou, křičel, mlátil kolem sebe rukama, vulgárně pokřikoval po dětech i zaměstnancích. Učitelka ho musela vyvést na chodbu, opět se vzpíral a křičel, musela zasáhnout paní zástupkyně. Došlo ke změně ZŠ, tato skutečnost měla pozitivní dopad. Nemá tak často záchvaty vzteku jako dříve. Léčen na dětské psychiatrii.

Zdravotní anamnéza:

Nebyl sledován v žádné poradně, až v roce 2012. Diagnostikována hyperkinetická porucha, psychosociální deprivace a subnormní intelekt. V péči psychiatra, medikován.

Shrnutí:

Chlapci byla rozhodnutím soudu nařízena ústavní výchova z důvodu nezajištění jeho péče. Rodiče mají oba dva postižení, dluhy, nepřijatelné bytové podmínky. Má další dva starší bratry. Jeden z bratrů je s chlapcem v ústavní péči. Kontakt s rodiči udržují. U chlapce se projevují velké výchovné problémy, nejčastěji v prostředí školy. Byla mu diagnostikována hyperkinetická porucha, psychosociální deprivace a subnormní intelekt. Chlapec je medikován a pod dohledem dětského psychiatra.

PŘÍLOHA P III: KAZUISTIKA 3

Jméno: Chlapec C

Narození: 2007

Současný věk: 12 let

Osobní anamnéza:

Porod chlapce proběhl v termínu bez komplikací, biologický otec neuveden v rodném listě na žádost matky (matka uvedla, že ji bil a byl k ní hrubý), biologický otec nikdy o chlapce neprojevil zájem. Chlapec byl narozen jako dítě s fetálním alkoholovým syndromem. Matka žije s druhem, se kterým vychovává další dva nevlastní sourozence chlapce. Chlapec má ještě sestru, která byla hned po svém narození odebrána z péče matky a přemístěna do pěstounské rodiny. Matka byla zbavena rodičovské odpovědnosti.

Rodinná anamnéza:

Chlapec se narodil jako druhé dítě. První se narodila jeho sestra v roce 2005, která byla matce odebrána z důvodu nedostatečné péče a byla umístěna v náhradní rodinné péči (dále jen „NRP“), v pěstounské rodině. Matka byla zbavena rodičovské odpovědnosti. V době těhotenství z důvodu domácího násilí a nevhodných bytových podmínek se matka přestěhovala do azylového domu, kde žila po narození chlapce. Péče o chlapce byla velmi problematická a pomáhaly jí ostatní matky z azylového domu. Matka nechávala často chlapce samotného na pokoji a nechodila s ním na procházky, neuměla také hospodařit s financemi. Vzhledem k těmto skutečnostem byl ze strany Orgánu sociálně právní ochrany dětí (dále jen „OSPOD“) podán návrh na nařízení ústavní výchovy. Vzhledem k tomu, že se situace vyhrotila (matka nechala opakovaně chlapce bez dozoru a neměla pro něho dostatečnou výživu), byl v roce 2008 podán ze strany OSPOD návrh na nařízení předběžného opatření. Matce bylo nařízeno, aby předala chlapce do péče kojeneckého ústavu, v té době měl chlapec rok a půl. Rozsudkem soudu byla v roce 2009 chlapci nařízena ústavní výchova, chlapec byl v kojeneckém ústavu umístěn až do roku 2013. Z počátku matka o chlapce neprojevovala zájem a zdržovala se neznámo kde. V lednu 2010 projevila první zájem a podařilo se jí postupně navázat s chlapcem kontakt. V roce 2013 si matka chlapce vzala opět do péče a nad výchovou byl stanoven dohled. Matka se starala o výchovu chlapce a jeho mladšího nevlastního bratra společně se svým druhem, kterého chlapec v současné době oslovuje „tati“. Všichni bydleli na ubytovně. Matka i její druh prožili část

dětství v ústavní péči. Po narození druhého syna (nevlastního bratra chlapce) se začaly postupně projevovat výchovné problémy a matka péči o syna nezvládala. Uvedla, že chlapec často zlobí a neposlouchá, více respektuje jejího druha. Matka byla schopná zajistit základní péči chlapce – bydlení, jídlo, hygiena, zdravotní péče. Matce pomáhal její druh, občas se stávalo, že nevyšli s penězi, tak si museli půjčit. Školní přípravu chlapce zvládá matka s pomocí sociálně preventivního dobrovolnického programu, ten jí pomáhal s výchovným působením a s hospodařením. Matka má k chlapci vztah, ale má na něho často vysoké požadavky, dává chlapci občas najevo, že ho má ráda, pochválí ho, ale upozorňuje ho na to, že zlobí. Matka a její druh upřednostňují svého druhého syna (mladšího bratra chlapce). Matka uvedla, že se o chlapce bude starat jen do jeho 18 let, podle ní má chlapec povahu po svém biologickém otci, a to nelze změnit. Snažila se u chlapce rozvíjet samostatnost a více se věnuje druhému synovi. Matka spolupracovala s psychologkou z centra pro rodinu a děti, kam docházela na filiální terapii. Pokud chlapec neposlouchá, používají s druhem různé zákazy, zavrou chlapce do pokoje, zakáží mu dívat se na televizi, objevují se i fyzické tresty a křičení. Vyhrožovali chlapci, že ho dají do dětského domova (dále jen DD). V květnu 2015 se stalo, že chlapec spal několik nocí s ostrým nožem pod polštářem, neuměl vysvětlit, proč to udělal. Situace byla řešena v centru pro rodinu a děti, z testů vyplynulo, že chlapec touží po projevech lásky a pozornosti matky. O dva měsíce později si vzal chlapec do postele sirky a zapálil matraci. Situace se stále nezlepšovala, v březnu roku 2017 chlapec opakovaně vyhrožoval sebevraždou, v návaznosti na tuto skutečnost a další okolnosti nastoupil v květnu 2017 na diagnostický pobyt v SVP. Matka měla obavy, že péči o syna nezvládne, tak podala návrh na nařízení ústavní výchovy. V červnu 2017 byl chlapec umístěn do DD. Ze začátku pobytu v DD byl chlapec hodně depresivní, velmi fixovaný na matku, volal jí, hovory byly doprovázené pláčem chlapce, matka mu lhala a slibovala to, co nemůže nesplnit. Hrozil útekem z DD a dvakrát útek uskutečnil, byl doveden zpět do DD matkou a jeho tetou. Chlapec příliš idealizuje svoji matku, nepřízná špatnou péči o něj. Naznačoval ubližování sobě do takové míry (vyhrožuje, že skočí z okna nebo balkonu), že mu byla poskytnuta krizová konzultace. V době konzultace se nálada chlapce zlepšila, ustaly plačtivé záchvaty a vymizela agrese vůči sobě. Poté se často začaly vyskytovat „záchvaty“ řevu a smíchu a válení se po zemi. Agrese ráno i v průběhu dne je namířena na ostatní děti v DD a vychovatele, opakovaně vyhrožoval nožem a byly u něj nalezeny nůžky. Agrese se objevuje verbální i fyzická. Objevily se krádeže i mimo DD. Po návštěvě matky se objevilo další nevhodné chování, které odeznělo hned po odchodu matky z dohledu. Chlapec má rád, když

má za něco zodpovědnost a velký vliv u něj má pochvala, dostatečný pohyb a pozornost ze strany vychovatelů. Po jedné z návštěv u matky byl chlapec ve velmi špatném psychickém stavu (plačtivý a lítostivý), pořád dokola opakoval, že si něco udělá, skočí z okna nebo pod auto. Nebyl vůbec schopný korigovat své chování. Matka chlapci opět opakovala, že bude v DD až do 18 let, i když byla upozorněna, že tuto skutečnost nemá chlapci sdělovat. Po přemístění chlapce do DD a následné návštěvy matky se chlapec u matky pomočoval.

Chlapec je společenský, kontakt navazuje bez potíží, je sdílný, při neúspěchu brečí a vzteká se, i malý neúspěch ho vyvede z míry. Je hlučný doma i na veřejnosti, bouchá do dveří, vyhrožuje útekem k matce – přiloží si nůž ke krku a čeká na reakci vychovatele. Sebevražedné sklony nemá, vyžaduje pouze pozornost. Lépe respektuje mužskou autoritu, s ženskou autoritou má problémy. Rád pomáhá v kuchyni, kreslí si, hraje florbal a fotbal, rád jezdí na kole, umí být pozorný vůči kamarádům, rád se s nimi rozdělí o sladkosti, má tendenci vše rozdávat a pak sám nic nemá. Někdy si vezme jídlo bez zeptání – jídlo je někoho jiného a děti z rodinné skupiny (dále jen RS) jsou na něho naštvaní. V RS není moc oblíbený pro své chování. Když nemá dobrou náladu, vyvolává konflikty, provokuje, je agresivní, odmlouvá, nerespektuje autoritu. Matku nyní navštěvuje jednou za 14 dní a na noc se vrací do DD. Většinou se vrací v pořádku a včas. Při dotazování, co dělali, jak se měli, není moc sdílný. Sám matku mimo domluvené termíny nenavštěvuje ani ji telefonicky nekontaktuje, matka také ne. Při přípravě na vyučování potřebuje pomoc, samostatně není schopen.

Školní anamnéza:

Chlapec navštěvuje ZŠ speciální, je vzděláván dle IVP, podpůrná opatření 3. stupně. IQ je na úrovni lehké mentální retardace nejvíce je oslabená krátkodobá verbálně – auditivní paměť, vážne numerický úsudek, logické myšlení a schopnost vytvářet slovní generalizace a abstrakce, chlapec má nízký rozsah všeobecných vědomostí. Pracovní tempo je pomalé. Má zájem o výuku, nerad prohrává, těžce nese špatnou známku. Občas provokuje spolužáky a nedbá na pokyny učitele. Ve škole spolupracuje, je velmi vděčný za pochvalu. Pokud má dobrou náladu (je vyrovnaný) je pozorný a v důsledku toho také úspěšný. Potřebuje neustálou dopomoc a pozornost, když ji nemá, dělá „scény“.

Zdravotní anamnéza:

Chlapec užívá psychofarmaka, předepsané lékařkou, ke které pravidelně dochází. Je emočně nestabilní, má časté výbuchy vzteku, doprovázené vulgárními nadávkami, provokacemi apod. Chlapec je dítě se známkami fetálního alkoholového syndromu, v psychomotorickém

vývoji byl hodnocen jako dítě s projevy ADHD, zvýšený psychomotorický neklid, kolísající lehce odklonitelná pozornost, nižší frustrační tolerance a rychle nastupující únava (hyperaktivita, neposednost, nesoustředěnost), je citově deprivovaný, má tendence k impulzivním reakcím, projevuje se u něj negativismus. Sledován v rámci šesti na srdci, podstoupil operaci mandlí, chlapec byl v péči logopeda. Chlapec byl 3 měsíce hospitalizovaný v Psychiatrické léčebně. Celkový výkon v testu kognitivních schopností odpovídá pásmu lehké mentální retardace. Nyní v péči psychiatra a psychologa.

Shrnutí:

Chlapec byl rok po svém narození umístěn do kojeneckého ústavu, z důvodu nedostatečné péče. V kojeneckém ústavu pobýval od roku 2008 do roku 2013. V roce 2013 si matka vzala chlapce zpět do péče a nad výchovou byl stanoven dohled. Po narození sourozence se u chlapce začaly objevovat výchovné problémy, a tak chlapec nastoupil na diagnostický pobyt v SVP. U matky panovala obava, že péči o chlapce nebude zvládat a podala návrh na nařízení ústavní výchovy. V roce 2017 byl chlapec umístěn do DD, kde se postupně adaptoval na pobyt, je v péči psychiatra a navštěvuje matku každý druhý víkend. Matka pečuje o další dva mladší syny. Chlapec byl 3 měsíce hospitalizovaný v Psychiatrické léčebně.

Chlapec je citově labilní, s projevy ADHD, výbuchy vzteku a agrese, je citově deprivovaný, IQ je na úrovni lehké mentální retardace. Požaduje pozornost ze stran autorit, je společenský, rád sportuje. Špatně zvládá neúspěch, prohru, špatnou známku – vzteká se, brečí. Chlapec má ke své matce, druhovi a sourozencům kladný vztah. Potřeboval by od matky více porozumění, přijetí a lásky.

PŘÍLOHA P IV: KAZUISTIKA 4

Jméno: Chlapec D

Narození: 2012

Současný věk: 8 let

Osobní anamnéza:

Dítě z 3. gravidity, 2. porod, spontánní, nekříšen. Sledován pro presymptomatickou fázi svalové dystrofie (náhodný záchyt), počínající pseudohypertrofie lýtek, v červnu 2014 fraktura levého humeru, chlapec pravidelně kontrolován neurologem, kardiologem, ortopedem a psychiatrem, rok byl v péči logopeda. Chlapec byl hned z porodnice přijat do dětského centra, kde mu během pobytu byla diagnostikována vrozená svalová dystrofie – M Duchenne. Následně byla chlapci nařízena ústavní výchova a byl umístěn v DD společně s bratrem, který trpí stejnou diagnózou.

Rodinná anamnéza:

Chlapec má další tři sourozence: bratr (2011), má stejnou diagnózu jako chlapec, tedy progresivní svalovou dystrofii Duchenne typu. Bratr chlapce byl přijat také do dětského centra, poté společně s chlapcem do DD. Dalším sourozencem je bratr (2013), kterému byla prokázána těžká dětská mozková obrna, psychomotorická retardace (PMR) a těžká perinatální asfyxie, v současnosti je mladší bratr v ústavní péči, je připoután na lůžko. Posledním sourozencem je sestra (2014), která je zdravá a je v péči matky. Matka tajila těhotenství, po porodu nebyla schopna zajistit péči o nezletilého – neměla zajištěné bytové podmínky a vybavu pro dítě, nedodržovala základní hygienická pravidla, objevily se dluhy. Matka je zdráva, je přenašečkou genetické mutace, je simplexní osobnost, sociálně nepřizpůsobivá. Matka odmítala spolupráci s OSPOD. Otec není uveden v rodném listě, ale pravděpodobně je stejný jako u sourozenců, užíval alkohol a drogy. Matka bydlí se svým partnerem (otcem dětí) a dcerou na ubytovně. Matka je na rodičovské dovolené, je zajištěna dávkami státní sociální podpory (rodičovský příspěvek, příspěvek na dítě) a pomoci v hmotné nouzi. Partner matky je nezaměstnaný, v evidenci uchazečů o zaměstnání veden není, zřejmě je zcela bez příjmů. Dle vyjádření matky by měl nastoupit do výkonu trestu odnětí svobody na dobu devíti měsíců. Ani jeden z rodičů o chlapce neprojevují zájem. Kontakt udržuje pouze babička chlapců, která si je bere občas na noc domů a chodí s nimi na vycházky a navštěvuje je v DD. Babička má k chlapci spíše záporný vztah, větší citovou

vazbu má ke staršímu bratrovi chlapce. Mezi bratry, kteří jsou spolu umístěni v DD je velká citová vazba, brání sebe navzájem před ostatními dětmi, ale umí také vyvolat konflikty mezi sebou. Pro oba chlapce byla hledána vhodná náhradní rodinná péče, ale vzhledem k jejich diagnózám a problémovému chování bezvýsledně. Jak jsem již výše uvedla, chlapec trpí svalovou dystrofií, zatím bez vážnějších příznaků, ale s nepříznivou perspektivou. Při únavě mívá bolesti nohou, na noc nosí ortopedické dlahy na lýtka, aby nedocházelo ke zkracování šlach. Po výchovné stránce je problematický – poruchy chování typu nerespektování autorit, nerespektování nastavených hranic, je špatně usměrnitelný, hyperaktivní, nepozorný, konfliktní. Odmítá činnosti úkolového typu, když chce, vydrží si kreslit, baví ho také aktivity pro rozvíjení předškoláků (např. hledání rozdílů), rád si hraje s autíčky a legem.

Školní anamnéza:

Chlapci byla odložena povinná školní docházka o jeden rok. Do školy nastoupil v září 2019. Úroveň rozvoje schopností chlapce globálně odpovídá hraničnímu pásmu výrazného podprůměru a lehkého mentálního postižení. Jedná se o žáka se speciálně vzdělávacími potřebami a s potřebou vyššího stupně podpůrných opatření. U chlapce je velice silně narušena pozornost.

Zdravotní anamnéza:

Chlapec je v péči pedopsychiatra s medikací (medikován 3x denně ke zklidnění – Risperdal). Diagnostikovány smíšené poruchy chování a emocí, hyperkinetická porucha chování, raná emoční deprivace. Pro progresivní neurodegenerativní onemocnění (muskulární dystrofie – M Duchenne) je sledován na neurologii a ortopedii. V projevech chování silně manifestuje ADHD. V průběhu vyšetření školní zralosti se projevoval zvýšený PSM neklid, neschopnost respektovat pokyny a vymezené hranice. Vizuomotorická koordinace je nevyzrálá a oslabená. Sluchové vnímání je na lepší úrovni, oslabení zrakového vnímání. Přetrvávající dyslálie (chlapec rok pod dohledem logopeda, kvůli nespolupráci byl dohled logopeda ukončen). Sociální nezralost, oslabení grafomotorických schopností a početních představ. Jednou za rok jezdí na rehabilitační lázeňské pobyty, z posledního pobytu ho po týdnu vrátili za špatnou usměrnitelnost a nespolupráci.

Shrnutí:

Chlapec D se narodil s dědičnou muskulární dystrofií – M Duchenne. Hned po narození byl přijat do kojeneckého ústavu, poté do DD společně se svým starším bratrem. Matka ani otec o chlapce nejeví zájem, jediný kontakt je s babičkou. U chlapce se projevuje nerespektování

autorit, neuposlechnutí pokynů, odmítá plnit zadané úkoly, vyvolává konflikty. V péči logopeda byl pouze rok, z důvodu odmítání spolupráce s logopedem, byl dohled logopeda zrušen. Je v péči pedopsychiatra, byla mu diagnostikována smíšená porucha chování a emocí, hyperkinetická porucha chování, raná emoční deprivace. Je medikován (3x denně Risperdal).

PŘÍLOHA P V: KAZUISTIKA 5

Jméno: Dívka E

Narození: 2009

Současný věk: 11 let

Osobní anamnéza:

Dívka pochází z neúplné rodiny a narodila se mimo manželství. Dívka má pět sourozenců, čtyři sestry a jednoho bratra. Dívka byla do roku 2017 ve své biologické rodině, poté byla rozsudkem soudu nařízena ústavní výchova.

Rodinná anamnéza:

Otec žil na ubytovně pro osoby bez přístřeší, byl evidován na ÚP, vztah dívky a otce byl narušen tím, že došlo k omezení kontaktu, díky zdravotním obtížím otce. V roce 2018 zemřel. Matka je také evidována na ÚP, dívka má k matce ambivalentní vztah. Dívka společně s matkou bydleli v charitativním azylovém domě. Několikrát se stěhovala z azylového domu do jiného azylového domu. Neustále měnila prostředí (azylový dům, DD, DDÚ). Matka měla dluhy a později se přestěhovala na ubytovnu, pro nespolupráci a problémy byl pobyt na ubytovně ukončen. Matka si upravila poměry k dívce rozsudkem o svěření do její péče a výživném, kdy otec měl hradit částku 500 Kč měsíčně. V roce 2010 byla u dívky nařízena ústavní výchova, která byla přes odvolání matky potvrzena soudem. V lednu 2012 si matka podala návrh na zrušení ústavní péče a děti byly svěřeny zpět do péče matky, přičemž byl nad výchovou stanoven dohled. V této době měla matka upravené podmínky a bydlení v bytě (jednalo se o podnájem), kde žila s nezletilou dívkou a ostatními sourozenci. V únoru roku 2012 si matka podala návrh na umístění syna na diagnostický pobyt, v roce 2014 podala návrh na nařízení předběžného opatření k umístění syna do výchovného ústavu. Odmítala spolupráci se sociálně-aktivizační službou. V roce 2014 se matce narodilo další dítě (nejmladší sestra dívky). Po porodu nejmladší sestry nevěnovala dostatek času a péče dívce, nezvládala výchovu a nechtěla na svém chování nic měnit. Matka zajišťovala péči sama bez otce vypomáhala jí její matka (babička), dovedla zajistit základní péči, ale výchovnou péči o dítě (v pozdějším věku) nezvládala. Otec se o dívku nezajímal, ale výživné bylo hrazeno. Dle výpovědí nájemníků z ubytovny matka nechávala dítě bez adekvátního dozoru, nezajišťovala pro dívku bezpečí, ochranu a citové přijetí. Dívka má k matce citový vztah, matka ne vždy reaguje adekvátně k potřebám dívky, neumí ji výchovně

zvládnout, nedává jí jasné hranice a pravidla. Matka má dívku ráda, ale neumí ji to dát najevo. U matky je nedostatek podnětů k rozvoji. S matkou se konala několikrát i případová konference, kde byla poučována o obsahu oblasti rodičovských kompetencí a posilována v jejich zvyšování. Matka sama připouštěla, že není pro nezletilou dostatečnou rodičovskou autoritou. Žije dlouhodobě na ubytovně, kde má v péči mladší sestru dívky. Matka je odkázána na dávky státní sociální podpory a hmotné nouze. Má vyživovací povinnost k dívce a starší sestře, které jsou umístěny v DD. Matka je nemajetná, má drobný dluh na výživném pro děti, dále dluh za ubytování a telefony. Ve prospěch dívky byla podána žádost sirotčího důchodu, neboť otec dívky zemřel.

V roce 2017 byla dívce rozhodnutím soudu nařízena ústavní výchova a byla tedy přemístěna do DD. Soud dospěl k závěru, že u dívky byly dány důvody pro nařízení ústavní výchovy, jelikož matka nezvládala výchovu dívky a nebyla schopna zejména v rodinném prostředí vytvořit takové zázemí, které by bylo podnětné a motivující pro další vzdělání, jehož předpokladem je i řádná docházka dívky do školy. Matka svou odpovědnost za chování dívky přenášela na jiné osoby či instituce, jednalo se zejména o školu, postup OSPOD, lékaře atd. V prosinci roku 2018 bylo rozhodnuto o přemístění dívky do diagnostického ústavu, jelikož u dívky přetrvávaly výchovné problémy, které by se v případě neřešení situace mohly razantně zhoršit. V diagnostickém ústavu byl po několikátýdenním pobytu zaznamenán pokrok ve změně chování a viditelné změny v projevu chování např. při kritice. V únoru roku 2019 byla dívka přemístěna z diagnostického ústavu zpět do DD. Dívka je na matku velmi citově vázaná, a to má za příčinu, že i dosavadní vliv matky je ve výchově značně kontraproduktivní. Pro matku je otázka ústavní výchovy a zpochybňování její role jako matky konfliktním tématem. Její spolupráce a ochota se změnit je pouze částečná. Matčin přístup, jak ke škole, tak k ústavnímu zařízení komplikuje výsledky terapie s nezletilou dívkou. Matka nedokáže situaci objektivně zhodnotit. Chování dívky nedokáže regulovat, a proto raději ustoupí, pokud ucítí nátlak či negativní emoce. Rozumové schopnosti matky se pohybují v pásmu subnormy a vzhledem ke struktuře její osobnosti, jsou také sníženy výchovné postoje a schopnosti, nejsou však zcela defektní. Matka je citově oploštělejší, simplexní osobnost. Neumí tak moc dát dětem najevo rodičovskou laskavost, radost, pocit bezpečí a uznání. To může být jeden z více faktorů podmiňující i vznik následných výchovných problémů s dětmi. **Další příčiny lze hledat v osobnostech samotných dětí, v prostředí, ve kterém se pohybují a žijí.** Dívka je značně pasivně a aktivně agresivní,

nerespektuje dané hranice, sebehodnocení je velmi nízké přesto dokáže být značně manipulativní.

Dívka ráda pomáhá v kuchyni při vaření a ráda vyrábí (když má dobrou náladu). Pokud se dívce věnuje autorita (má ji sama pro sebe) je milá a upovídaná. Je urážlivá, vzdorovitá – stačí jedno slovo od jednoho z dětí, nebo jiná představa reality co si obléci. Když něco nechce, nebude to dělat, protože ona nemusí. Např. Společné uklízení, nejraději zaúkoluje ostatní se svými povinnostmi. Když je jí sděleno, že to tak nelze, že to jsou její povinnosti, opět se urazí a rozkřikne, že to dělat nebude. V horším případě je slovně agresivní vůči vychovateli, nerespektuje autority. Nejtěžší práce s dívkou je při agresivitě vůči ostatním dětem (především mladším). Nelze to korigovat. Při svém agresivním ataku je schopna vychovatele odstrčit jen aby mohla opět udeřit či jinak fyzicky napadnout. Nedokáže se ovládat, nedokáže posoudit, že už to přehnal. Dívka je společenská, má však problémy začlenit se mezi vrstevníky. Prospívá jí pochvala, důležitá je také motivace. Je patrná citová zanedbanost, záseky se projevují v rámci samostatné práce. Je potřeba jednotného výchovného přístupu, důležité je neustoupit a dbát na jednotná pravidla a důslednost. **Po pobytu u matky je dívčino chování horší.** Dívka je mírně extrovertní, popudlivá, dlouhodobě citově frustrovaná osobnost bez stabilního rodinného zázemí. Je sociálně méně přizpůsobivá, podléhá emocím, nerespektuje autority. U dívky přetrvává noční pomočování. Osobnost dívky se tak celkově vyvíjí disharmonicky i vlivem rodinného prostředí, které bylo nestabilní a nedošlo k žádnému posunu. Postojově je dívka méně vyspělá. Dívka si klade za vinu své umístění do DD (uvádí, že nechodila do školy, a proto musela do domova). Při pobytu v DD došlo k útěku dívky ze zařízení, tato událost byla hlášena na PČR, dále pořezání strouhátkem. U dívky se objevuje i nadměrný příjem potravy (obezita), nezajímá se o školní přípravu, vyskytuje se denní enuréza, krádeže jídla, opoziční chování, negace, lhaní, křik, nezájem o osobní hygienu po pomočení. Je jí lhostejné, že se pomočuje ve svém věku. Má naučen model chování k dospělým – myslí si, že když bude křičet tak ji všichni vyhoví. Z hlediska dosavadního vývoje dítěte jsou patrné následky poruchy citové vazby a nestabilního výchovného prostředí. U dívky došlo k pozitivnímu vývoji v rámci terapeutické práce směrem k lepší komunikaci a sdílnosti.

V srpnu roku 2019 soud omezil matku v rodičovské odpovědnosti ve vztahu k dívce, tak, že není oprávněna jednat za dívku v souvislosti se zajišťováním lékařské péče, není oprávněna jednat za dívku při zajišťování školní docházky, dále spravovat jmění nezletilé.

Školní anamnéza:

Dívka navštěvuje ZŠ. Největší problémy začaly s nástupem dívky do 1. třídy – odmítání docházky do školy. To samé bylo řešeno u nezletilých sourozenců. Dívka má výkyvy v přípravě do školy, ve školních výsledcích a také v docházce. Mnohdy se stává, že do vyučování přijde pozdě s odůvodněním, že se před vyučováním zastavovala u matky, která ji např. obdarovávala sladkostmi. Tyto skutečnosti se působením vychovatelů v DD postupně zlepšují. Matka se školou vůbec nespolupracuje a nezajímá se o další školní rozvoj dívky, její postoje či vlohy. Aktuální intelektové schopnosti celkově spadají do pásma LMP. Dívka má ve škole kamarády, občas vyvolává konflikty. Někdy nechce spolupracovat, doprovázeno „nevím, nechci, nebudu, neumím ...“

Zdravotní anamnéza:

Dívka je v péči dětské lékařky a psychiatra. Diagnóza: obezita, enuréza, poruchy chování se sociální deprivací. Dívka jezdí na pobyty do lázní a na enuretický tábor. Noční pomočování stále přetrvává, odborníci doposud nepřišli na příčinu.

Shrnutí:

Dívka ve věku 11 let, vyrůstala do roku 2017 ve své biologické rodině. Neustále měnila prostředí, s matkou se stěhovaly z azylového domu do jiného azylového domu, na ubytovnu, dále měla na krátkou dobu zařízení podnájem. Po narození dalšího dítěte, matka nezvládala výchovu dívky v pozdějším věku (dívka odmítala chodit do školy, neposlouchala, matka dívce vše dovolila a koupila, jenom aby měla „pokoj“). Tato skutečnost vedla matku k podání návrhu na ústavní výchovu. Dívka byla tedy umístěna v DD. Při nástupu do DD její výchovné problémy přetrvávaly, měla naučený model chování z domu, který používala i v DD. Situace se řešila a dívka byla umístěna do diagnostického ústavu. Dívka je mírně extrovertní, popudlivá, dlouhodobě citově frustrovaná osobnost bez stabilního rodinného zázemí. Je sociálně méně přizpůsobivá, podléhá emocím, nerespektuje autority. U dívky přetrvává noční pomočování. Osobnost dívky se tak celkově vyvíjí disharmonicky i vlivem rodinného prostředí, které bylo nestabilní a nedošlo k žádnému posunu. Postojově je dívka méně vyspělá. Nyní je nezletilá v péči dětské lékařky a psychiatra. Trpí obezitou a enurézou, která stále přetrvává (je jí lhostejné, že se ve svém věku pomočuje) a odborníci doposud nepřišli na příčinu. Dále se diagnosticky jedná o poruchy chování se sociální deprivací. Dívka jezdí na pobyty do lázní a na enuretický tábor.

PŘÍLOHA P VI: KAZUISTIKA 6

Jméno: Dívka F

Narození: 2004

Současný věk: 16 let

Osobní anamnéza:

Dívka se narodila jako dítě z matčina 1. těhotenství, otec neudán, po narození mírná hypotrofie, plně kojena. V lednu a v prosinci 2004 hospitalizována pro obstrukční bronchitidu. V roce 2005 změna příjmení a uveden otec XY. Dívka má o rok mladšího bratra. V roce 2006 byla rodina intenzivně sledována, kvůli nízké materiální, hygienické a intelektové úrovni. Nejdříve byla dívka odebrána biologické matce (společně se sourozencem), následně probíhala pěstounská péče (dále jen „PP“) u tety a strýce. Od srpna roku 2010 nařízena ústavní výchova oběma dětem, z důvodu podezření na sexuální zneužívání.

Rodinná anamnéza:

Dívka společně s bratrem žila do roku 2010 ve své biologické rodině, poté došlo k odebrání dětí z rodiny kvůli silnému zanedbávání a podezření na sexuální zneužívání. Sourozenci byli krátce umístěni v PP u tety a strýce (bratra otce), tento krok se neosvědčil, dokonce bylo opět podezření na zneužívání dívky strýcem. Děti byly hospitalizovány v Psychiatrické léčebně a zdravotnickým zařízením byl doporučen častý dohled nad pečující rodinou. Od června roku 2010 do července téhož roku jezdily děti za matkou na ubytovnu, kde matka bydlela. Od matky se vracely zaražené a k matce se nechtěly vyjadřovat. *Postupně začala dívka sdělovat zážitky z pobytu u matky, kdy uvedla, že „strejdové mamince čůrají do pusy, jí jsou svazovány ruce gumičkou, maminka jezdí na strejdovi jako na koníčkoví, ukazuje jim prsa. Strejdové od maminky dívce očíhávají zadek.“ Pěstouni si výpověď dívky, kterou potvrdil i mladší bratr, nahráli na video, opětovně vyhledali pomoc psychiatra a informovali o této skutečnosti otce dětí. Z podnětu psychiatra a v rámci žádosti okresního soudu o prošetření poměrů dětí v NRP jednání se sociálními pracovníky, po kterém byly děti odevzdány do ústavní péče. V srpnu roku 2010 zahájil policejní orgán úkony trestního řízení pro podezření matky ze spáchání:*

- **Přečinu ohrožování výchovy dítěte dle § 201 odst. 1 písm. a), zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, kterého se měla dopustit podezřelá matka tím, že v přesně**

nestanovenou dobu na ubytovně před svými dětmi s nezletilou dívkou a jejím bratrem opakovaně souložila s různými dosud nestanovenými muži a svou nečinností umožňovala s oběma nezletilci sexuální styk.

- **Zločinu pohlavní zneužití dle § 187 odst. 1 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník**, kterého se měli dopustit doposud neznámí pachatelé (dále jen „NP“) tím, že v přesně nezjištěné době, jako sexuální partneři matky měli sexuálně zneužívat její nezletilé děti, a to tak, že je osahávali na genitáliích, popř. s nimi prováděli různé orální praktiky.
- **Zločinu pohlavní zneužití dle § 187 odst. 1,2 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník**, kterého se měl dopustit podezřelý XY (otec) tím, že v přesně neustanovenou měl na konečnicku osahávat nezletilé děti a oběma nezletilým, kteří mu byli svěřeni do péče, zasouvat do konečnicku prsty.

Pro provedeném šetření rozšířil policejní orgán výše uvedený záznam o zahájení úkonů trestního řízení o podezření ze spáchání zločinu:

- **Znásilnění dle § 185 odst. 1, odst. 2 písm. a), b), odst. 3 písm. a) zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník**, kterého se měli dopustit doposud NP v přesně nezjištěné době, jako sexuální partneři matky tím, že měli donutit k pohlavnímu styku nezletilou dívkou, přičemž zneužili její bezbrannosti a čin měli spáchat jiným pohlavním stykem (anální souloží s nezletilou) provedeným způsobem srovnatelným se souloží a čin spáchali na dítěti mladším patnácti let.

Usnesením Policie ČR bylo v roce 2011 zahájeno proti matce trestní stíhání pro podezření ze spáchání zločinu týrání svěřené osoby, čehož se měla dopustit tím, že řádně nepečovala o své děti, nevychovávala je a neuspokojovala jejich základní psychické ani biologické potřeby. Dívka je těžce zanedbaná, jedním ze znaků je její opožděný psychomotorický vývoj, opožděný emoční a sociální vývoj, porucha výslovnosti, kterou matka neměla snahu nijak řešit. Intelekt je na úrovni dolní hranice lehké mentální retardace (IQ 52), osobnostní vývoj je patologický. Zanedbáním byla dívce způsobena těžká újma a plná napravitelnost není rozhodně možná. Znalci se přiklání k závěru, že náprava je možná jen částečně, a to spíše v oblasti intelektových výkonů. Osobnost dívky bude výrazně poškozena navždy, tzn. že následky bezpochyby zůstanou.

V listopadu roku 2012 byla matka odsouzena k souhrnnému trestu odnětí svobody v trvání 3 let s podmíněným odkladem na zkušební dobu a trestu odnětí svobody v trvání 4 let za

spáchání zločinu týrání svěřené osoby a přečinu zanedbání povinné výživy, kterým byla uznána vinnou trestním příkazem okresního soudu. V rámci tohoto trestního řízení byl vypracován znalecký posudek, kde znalci uvádějí, že matka netrpí žádnou duševní chorobou. Její intelekt je výrazně subnormní a pohybuje se v horním pásmu lehké mentální retardace. S tím souvisí i osobnostní struktura, která je simplexní. Tento defekt je vrozený, globální a nevratný, tzn. že byl přítomen i v době spáchání trestného činu a stále trvá. Vzhledem k úrovni intelektu a struktuře osobnosti, znalec konstatoval, podstatné snížení rozpoznávacích a ovládacích schopností. O jejich úplné vymizení se však nejedná. Vzhledem k těmto skutečnostem není obviněna schopna plně chápat smysl probíhajícího trestního řízení a náležitě se hájit u soudu. Díky struktuře osobnosti a úrovni rozumových schopností u obviněné je emoční a kognitivní limit v navazování plnohodnotného mateřského výchovného vztahu k dětem. Vzhledem k právní překvalifikaci skutku, byl tento trestní rozsudek zrušen Vrchním soudem, který uložil matce souhrnný trest odnětí svobody v délce 2 let a 6 měsíců s podmíněným odkladem jeho výkonu na zkušební dobu v trvání 3 let, za spáchání zločinu týrání svěřené osoby a přečinu zanedbání povinné výživy. Při rozhodování v přezkumném řízení soud vycházel mimo jiné také z výše uvedených závěrů znaleckého posudku. Bylo zjištěno, že v jednání matky se dohromady komponují dva fenomény. Jednak vrozený deficitní intelekt (intelekt matky odpovídá věku devíti až desetiletého dítěte) a socioekonomické poměry ve kterých vyrůstala (matka pochází z neutěšených poměrů a nebyly naplněny její citové potřeby). Dále byla matka rozsudkem soudu zbavena své rodičovské odpovědnosti k nezletilým dětem.

Při příchodu dívky do DD (srpen 2010) se i se svým sourozencem dobře aklimatizovali na nové prostředí a pravidelnou docházku do MŠ. Dívka i se svým mladším bratrem po příchodu do DD byli velmi společenší a bezprostřední, zapojovali se do běžného chodu rodinné skupiny. Nedochozelo k žádným výraznějším konfliktům. Vychovatelé se snažili individuálním a trpělivým přístupem uvést děti do běžných sociálních situací a vztahů a tím komplexněji rozvinout jejich osobnost. Soustředili se hlavně na procvičování logopedických cvičení, grafomotoriky a upevňování hygienických návyků. Kontakt s rodinou udržovala pouze dívka, která občas hovořila s matkou. Mladší bratr rodinu nevzpomíná vůbec. Dívka se při příchodu do DD často pomohla ve dne i v noci, ale poté potíže ustoupily. V roce 2012 dívka podstoupila kontrolní vyšetření, kde odborník udává, že je dívka kontaktní a hovorná, ale má malou slovní zásobu. Při zátěži se objevuje drobný neklid, poruchy pozornosti, které s časem narůstají, dále impulzivita. V DD se jí líbí, až bude velká tak půjde za maminkou a

tatínkem. Do DD za ní jezdí matka (snad 3x do roka dle vychovatelky). Když má nakreslit rodinu – kreslí sebe s mladším bratrem pod schody. Na otázku, kde by chtěla bydlet, odpovídá, že v domově. Na dotaz týkající se adresy jejího domova, říká adresu DD, neví, kde bydlí máma – „doma“ (neví místo). Z vyšetření odborník došel k závěru, že (v té době 8letá) dívka je podnětově a emočně deprivovaná, nelze vyloučit sexuální zneužívání v minulosti, při pobytu v rodině.

2019 – Dívka je k dětem kamarádká, pro hru vyhledává menší děti, ke kterým je milá a pomáhá jim. V kolektivu má své místo, ostatní ji až na výjimky respektují. Je dobrosrdečná, umí se rozdělit, nebojí se hájit své zájmy i před staršími dětmi. Mívá tendence „hrát“ si na vychovatelku – děti poučovat a fyzicky trestat. Mimo domov má pouze jednu kamarádkou, kterou navštěvuje, jinak většinu času tráví doma. S bratrem příliš nekomunikuje, jeho společnost nevyhledává. S matkou udržuje nejčastěji telefonický kontakt. Osobní kontakt probíhá vždy v prostorách DD při narozeninách nebo Vánocích apod. Spolupráce s ní je dobrá, vždy se předem ohlásí, aby nenarušovala činnost skupiny. Kupuje dětem hodnotnější dárky jako mobilní telefon, financuje jim i kredit. S babičkou udržuje dívka kontakt pouze telefonický. V ZŠ navštěvuje kroužek vaření, dříve hodila do knihovny a do sokola, dnes ani o jednu aktivitu nejeví zájem, odmítá tam chodit. Nyní v DD zvažují taneční kroužek. V DD se do činností zapojuje, pokud je pro ni atraktivní a není fyzická a časově náročná. Ve svém volném čase ráda kreslí, poslouchá hudbu, natáčí si krátká videa, hraje si s mladšími dětmi. Má ráda zvířata.

Školní anamnéza:

Dívka byla v květnu roku 2010 vyšetřena v PPP a byl jí doporučen odklad povinné školní docházky (v té době ještě u rodiny strýce). Dívka studuje ZŠ speciální, je vzdělávána dle VP ZV – LMP. IQ dívky se pohybuje v pásmu lehké mentální retardace. Je velmi poctivá, úkoly nezapírá, sklony k záškoláctví nemá. Studium ji nebaví, ale dle pokynů vyučujících se připravuje do školy. Samostudium nezvládá, učí se s pomocí vychovatele. Tempo je pomalé a vyžaduje trpělivost. Ve škol navštěvuje kroužek vaření, který ji baví, mluví o tom, že by chtěla být cukrářkou. Prospěch má dobrý a stabilní. Objevují se konflikty se spolužačkami, které je schopná si sama vyřešit, bez pomoci vychovatele. Je sdílná a o školním prostředí podrobně informuje.

Zdravotní anamnéza:

Těsně po narození byla dívka hospitalizována pro obstrukční bronchitidu. Dívka vyšetřena na alergologii a nasazena trvalá protizánětlivá terapie. V roce 2006 zahájena Vojtova metoda. V roce 2010 hospitalizace v Psychiatrické léčebně. Dívka byla hodnocena jako instabilní (nestálá, nevyrovnaná), místy až afektovaná, vyrůstající v nepodnětném prostředí, zanedbaná. Diagnóza byla stanovena jako jiné poruchy psychického vývoje, hyperkinetická porucha pozornosti, výchovná a citová zanedbanost, strabismus. Je patrná deprivace v běžných sociálních situacích. Užívá Cezeru na alergické obtíže, ne však pravidelně. Nosí dioptrické brýle. Je evidována na popáleninovém oddělení, kde jezdí na pravidelné kontroly, kvůli hemangiomu na bradě. Má sklony jakékoliv malé zranění zveličovat. U dívky je čím dál více patrné její mentální postižení, je pomalá, nesoustředěná, potřebuje vedení a kontrolu. Rutinní situace jí nedělají problém, v nových nebo komplikovanějších situacích je bezradná. Na svůj věk je dětská a o svůj zevnějšek příliš nepečuje.

Shrnutí:

Dívka ve věku 16 let žila do roku 2010 ve své biologické rodině společně se svým o rok mladším bratrem. Dívka byla z rodiny odebrána kvůli silnému zanedbávání dětí a podezření na sexuální zneužívání. Dobře se adaptovala na prostředí dětského domova, je milá a přátelská. U dívky je patrné její mentální postižení, je pomalá a nesoustředěná. Do školy se připravuje pod vedením vychovatele. Rutinní situace jí nedělají problém, v nových situacích je bezradná. U dívky byl velmi vážně narušen vývoj.

PŘÍLOHA P VII: KAZUISTIKA 7

Jméno: Chlapec G

Narození: 2006

Současný věk: 14 let

Osobní anamnéza:

Chlapec se narodil své matce jako první dítě, jako otce uvedla matka tehdejšího partnera. Otec tvrdil, že se nechal do rodného listu zapsat kvůli tomu, aby chlapec neskončil v kojeneckém ústavu. Matka měla v minulosti problém s drogami, necítila se zralá na péči o dítě a neměla o chlapce zájem pečovat, nezajímala se o jeho zdravotní stav ani školní docházku. Chlapec byl rozsudkem soudu svěřen do péče otce, který uzavřel manželství s matkou matky, tedy babičkou. Chlapec má ze strany své biologické matky ještě další dva polorodé sourozence.

Rodinná anamnéza:

V době, kdy byl chlapec svěřen do péče otce, nastoupila babička na rodičovskou dovolenou a přebrala péči o chlapce. V roce 2015 babička uvedla, že s otcem dítěte již nežije a požádala o svěřeni chlapce do své péče. Rodičům bylo stanoveno výživné. Začátkem února roku 2016 manželé (babička a otec chlapce) uvedli, že se jejich vztahy upravili a obnovili soužití. V té době měl chlapec velký zmatek v rodinných vztazích. Svoji biologickou matku oslovuje jménem a považuje ji za „sestru“ nebo „tetu“. Babičku považuje za matku a oslovuje ji „mami“. Předběžné opatření bylo vydáno poté, co byl chlapec na doporučení odborníků z psychiatrie a psychologie hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Odborníci měli podezření na úmyslné poškozování chlapce rodinou a dále bylo stanoveno podezření na Münchhausenův syndrom by proxy a syndrom CAN. Na základě předběžného opatření byla babička povinna odevzdat chlapce do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (středisko sociální prevence). Na základě babičkou uváděné typické autistické symptomatiky a nestandardního vývoje byla u chlapce stanovena diagnóza autismu, která po vymanění dítěte z patologického prostředí, nebyla potvrzena. Babička upozorňovala chlapce na enurézu (nutila ho nosit pleny, i když nebyly třeba), na potřebu helmy, když k pádům a záchvatům nedocházelo, poukazovala na hubnutí dítěte, nadhodnocovala modřiny na nohou, argumentovala poraněním konečníku údajně ze sexuálních praktik vrstevníků. Z výše uvedeného nebylo nic prokázáno. Během pobytu ve středisku sociální prevence se chlapec

projevoval výrazně, občas hlučně, docházelo často ke střídání nálad, negativně reagoval vždy, když nebylo vše podle jeho představ, vždy musel mít poslední slovo. Občas reagoval vulgárně a snažil se druhému ublížit. Od ledna roku 2017 do března téhož roku jeho chování silně negativně gradovalo. Objevilo se nevhodné chování vůči pracovníkům. Při slovní agresii používal ty nejhrubší vulgarismy, odmítal plnit požadavky a respektovat pokyny pracovníků, odmítal si plnit své povinnosti. Od dubna se chování mírně zlepšilo. Vypozorované nápadnosti v chování chlapce nasvědčují nepodnětnému výchovnému prostředí doma, kdy se pečující osoby orientují nejvíce na zdravotní stav chlapce a všestranný vývoj je zanedbaný. Je znát také nedostatek požadavků na fungování v běžném životě, orientace na sociální vztahy a normy je slabá. V rodinném prostředí je znát také kumulace napětí, která se v chlapci hromadí a projevuje se agresivním chováním i ve smyslu sebepoškozování. Z těchto důvodů se tedy diagnosticky uvažovalo o syndromu CAN, popř. Münchhausnově syndromu by proxy. Bylo tedy učiněno trestní oznámení na babičku a otce (v prosinci roku 2018 byli otec a babička zproštěni obžaloby), kdy v rámci této trestní věci byl vypracován znalecký posudek, který dospěl k závěru, že u chlapce skutečně došlo k Münchhausnově syndromu by proxy. Z postupných vyšetření odborníci zjistili, že chlapec trpí částečně již odeznělou poruchou pozornosti, je socioemočně deprivovaný. Jeho patologické projevy chování jsou diagnostikovány jako nesocializovaná porucha chování. Vývoj chlapce v minulosti stagnoval, dokonce se i vracel zpět, v důsledku nepodnětného, slabého, matoucího a nedostatečného výchovného vedení. U chlapce se nedostatečně rozvíjela motorika, komunikace, socializace, kognitivní funkce, trpěl enurézou (po čase zlepšení), afektivní labilitou s explozivními rapti, sebepoškozováním. Zjištěné poruchy u chlapce jsou léčitelné (psychoterapie, psychofarmaka). Nutným předpokladem je zdravé výchovné vedení v rodině nebo zařízení. **U poruchy aktivity a pozornosti nelze přisoudit hlavní podíl pečující osobě, jsou zde důležité i biologické předpoklady nemoci. Socioemoční deprivace a nesocializované poruchy závisí na prostředí, ve kterém se dítě vyvíjí a jsou ovlivněny pečující osobou.**

Během pobytu chlapce v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, podala sestra biologické matky žádost o svěření chlapce do své péče. Po psychologickém posouzení a názorech odborníků soud tuto žádost zamítl. K výše uvedeným skutečnostem a po projednání případu odborníky soud rozhodl o umístění chlapce do ústavní výchovy (2017).

V DD ho pedagogičtí pracovníci vnímali jako rozmazleného, sebestředného narcistu. Dále nesamostatného vzhledem ke svému věku, byl zvyklý dostat vše, co si usmyslí. Není

schopen regulovat své emoce, občas se v jeho chování objevují prvky s negativním sexuálním podtextem. Neunese prohru a ze svých neúspěchů viní ostatní. Má problém s respektem daných pravidel. V zařízení se jeho chování projevuje s výraznými výkyvy. Záleží na jeho náladě, množství a intenzitě zadaných úkolů. Velmi živě dokáže vyprávět o svých zážitcích, klidně komunikuje s dospělými v rámci běžné komunikace, nevdá mu žertování, pokud mu rozumí. Jeho chování se dramaticky mění, pokud po něm někdo z vychovatelů požaduje nějakou činnost nebo ho kárá. Při vyhrocení konfliktů bere telefon do ruky (pokud jej vůbec předtím odloží) a stěžuje si „máme“. Ženy jako autority převážně neuznává, k mužům má poněkud větší respekt. Občas mívá i chvílky, kdy je docela milý, ochoten pomáhat, rozdělit se. Ostatní děti často provokuje, což mnohdy končí slovní i fyzickou agresí. Před jinými chlapci se občas chová perverzně. Velmi výrazně citově vázán na babičku („mámu“), která nejvíce ovlivňuje chování chlapce. Oba rodiče jsou s chlapcem v denním telefonickém kontaktu, o víkendech pak v osobním, kdy si jej přebírají na jednodenní návštěvu nebo na celý víkend. Oba rodiče jsou se zařízením v kontaktu, a to dle potřeby. V rámci jednání s pracovníky DD „rodiče“ kladou řadu požadavků ke sledování a prošetření zdravotního stavu chlapce. Ve škole se jeho negativní chování projevuje v daleko větší míře než v zařízení. Chlapec měl od začátku školní roku problémy s chováním jak k vyučujícím, tak ke spolužákům (viz. Školní anamnéza). Vzhledem k situaci byla svolána případová konference (dále jen „PK“), jejímž cílem bylo přizpůsobit výchovné působení školy, DD, rodiny a dalších složek, které se podílí na péči o chlapce. V průběhu PK bylo domluveno zrušení ÚV za předpokladu, že bude realizovaný pobyt v SVP. Orgán sociálně právní ochrany dětí tuto variantu nepodpořil. Dle učitelky se ve škole chování mírně zlepšilo, o měsíc později se chování zase vrátilo ke starému způsobu. Chlapec sdělil sociální pracovníci, že jedině, co si přeje, je být doma.

Po případové konferenci došlo k prošetření aktuálních poměrů v domácnosti otce a poté k víkendovému pobytu chlapce. V březnu roku 2019 se nacházel v domácnosti otce na základě měsíční povolenky. Otec se o chování a prospěchu svého syna telefonicky informuje ve škole a navštěvuje třídní schůzky. V květnu 2019 škola uvedla, že situace a chování chlapce se zlepšilo. Ve škole se snaží, pracuje nadále s pomocí asistenta, obejde se bez vulgárních slovních ataků, dokáže uznat chybu a omluví se. Otec s chlapcem dochází na rodinnou terapii. Babička, která žije s otcem ve společné domácnosti, uvedla, že u chlapce došlo ke změně, co je doma. Pracují teď i doma, na to nebyl zvyklý. Vyžádá si vždy učení a pak se učí. Tvrdí, že kontaktovala už jisté sdružení, které nabízí judu nebo karate, mají tam

odborníky na zvládání výbuchů vzteku. Chodí na terapie a k psychiatrice každý týden. V srpnu roku 2019 byla zrušena ústavní výchova, chlapec byl svěřen do péče otce, matce byla udělena povinnost přispívat na výživu chlapce a nad jeho výchovou byl stanoven dohled.

Školní anamnéza:

V září roku 2013 nastoupil chlapec do ZŠ. V té době se jednalo o žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, měl asistentku pedagoga, byl vzděláván formou individuální integrace v menším kolektivu žáků.

V době, kdy byl chlapec v péči zařízení, navštěvoval speciální školu. Ve školním roce 2018/2019 byl žákem 6. ročníku a měl od začátku roku velké problémy s chováním. Chlapec měl vyhrožovat fyzickým napadením učitelce a slovně ji napadat. Řešila se i šikana, ke které se měl chlapec dopouštět opakovaně ke své spolužačce. Škola také sdělila informace, že je chlapec nesoustředěný, v některých předmětech si odmítá zapsat učivo, je nutná neustálá motivace a kontrola úkolů. Občas se chlapec jevil jako velmi snaživý, měl zájem spolupracovat. Jedná se o žáka se specifickými poruchami učení a poruchami chování. Od ledna roku 2019 měl na doporučení asistenta. Za měsíc se situace ve výuce zlepšila a za další měsíc se opět vrátila ke starému modelu chování. Docházka do školy byla pravidelná, chlapec chodil včas, čistý, upravený, svačiny nosil a všechny pomůcky měl vždy připravené.

Zdravotní anamnéza:

Vzhledem k situaci byl chlapec pod dohledem mnoha lékařů. Před přijetím do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, mu byly diagnostikovány různá onemocnění jako je porucha autistického spektra, alergie, reflux jícnu, neurologické onemocnění s epileptickými záchvaty, dále se měl pomočovat a trpět nočními děsy. Během pobytu v zařízení nebyly pozorovány žádné projevy z výše uvedených diagnostikovaných onemocnění.

Během prošetřování situace chlapce a vyvrácení výše uvedených diagnóz, byla chlapci diagnostikována částečně odeznělá porucha pozornosti, socioemoční deprivace a nesocializovaná porucha chování.

V současné době je chlapec v péči psychiatra a dochází na terapie.

Shrnutí:

Chlapci G byla diagnostikována částečně odeznělá porucha pozornosti ADD a nesocializovaná porucha chování, dále socioemoční deprivace. U chlapce byla prokázána

zvláštní forma týrání, a to Münchhausenův syndrom by proxy. Byla mu nařízena ústavní výchova. U chlapce se začaly objevovat výchovné problémy nejen v DD, ale i ve škole. Chlapec byl velmi fixovaný na své rodiče a měl velký zmatek v rodinných vztazích otec uzavřel sňatek s matkou matky čili babičkou, kterou chlapec považuje za matku a oslovuje ji „mami“. V srpnu roku 2019 byla chlapci zrušena ústavní výchova a chlapec byl vrácen zpět do své biologické rodiny.