

PhDr. Leona Běhounková Ph.D., absolventka PdF MU v Brně (výtvarná výchova a speciální pedagogika). Tamtéž získala doktorát v oboru etopedie (2011).

Aktuálně pracuje jako arteterapeutka v PPP Praha 4, koterapeutka v Centru následné péče Drop-in a speciální pedagog-etoped v Národním ústavu pro vzdělávání. Dále spolupracuje s Klinikou adiktologie, 1. LF UK a VFN. Věnuje se především tematice náhradní výchovné péče, arteterapie a artefietiky.

Leona Běhounková

Fenomén odchodu do samostatného života dítěte vyrůstajícího v náhradní výchovné péči



Fenomén odchodu do samostatného života dítěte vyrůstajícího v náhradní výchovné péči

PŘEHLEDOVÁ STUDIE

Leona Běhounková



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

ISBN 978-80-87652-87-9



9 788087 652879

NEPRODEJNÉ



FENOMÉN ODCHODU DO SAMOSTATNÉHO ŽIVOTA DÍTĚTE VYRŮSTAJÍCÍHO V NÁHRADNÍ VÝCHOVNÉ PÉČI

Národní ústav pro vzdělávání,
školské poradenské zařízení
a zařízení pro další vzdělávání
pedagogických pracovníků
a Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta v Praze
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Klinika adiktologie

**FENOMÉN ODCHODU
DO SAMOSTATNÉHO ŽIVOTA
DÍTĚTE VYRŮSTAJÍCÍHO
V NÁHRADNÍ VÝCHOVNÉ PÉČI**

Autor

Leona Běhounková

FENOMÉN ODCHODU DO SAMOSTATNÉHO ŽIVOTA DÍTĚTE VYRŮSTAJÍCÍHO V NÁHRADNÍ VÝCHOVNÉ PÉČI

Autorka: PhDr. Leona Běhounková, Ph.D.

Vydal Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, Weilova 1271/6, 102 00, Praha 10, a Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, Praha 2, ve vydavatelství TOGGA, spol. s r. o., Volutová 2524, Praha 5.

© Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zřízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2012

© Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, Praha 2, 2012

© Togga, 2012

Jazyková korektura: Světlana Pavlíková

Foto na obálce: Lucas Ross

Obálka, typografie a sazba z písma Baskerville a John Sans: Jaroslav Průka

Tisk: Tiskárna Protisk, s. r. o., České Budějovice

Vydání první, Praha 2012

ISBN 978-80-87652-87-9 (NÚV)

ISBN 978-80-7476-020-4 (TOGGA)

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její části nesmějí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu vydavatele.

Obsah

Úvod	9
1 VÝCHODISKA PROBLEMATIKY NÁHRADNÍ VÝCHOVNÉ PÉČE	13
1.1 Vymezení pojmů a diskuze nad nimi	15
1.1.1 Ohrožení dítěte versus ohrožení společnosti	15
1.1.2 Ohrožené dítě a dítě v riziku vzniku poruchy chování	16
1.1.3 Sociálně patologické jevy versus rizikové chování	17
1.1.4 Prevence	21
1.1.5 Péče versus výchova	22
1.2 Podpora ohrožených dětí a jejich rodin v ČR	23
1.2.1 Aktuální stav institucionální výchovy v ČR – školský legislativní rámec	23
1.2.2 Statistika zařízení ÚV, OV z hlediska umístěných dětí	27
1.2.3 Transformace systému péče o ohrožené děti v ČR – slabé stránky NVP	32
1.2.3.1 <i>Aspekt systému a jeho funkčnosti</i>	34
1.2.3.2 <i>Aspekt dítěte a jeho charakteristik</i>	37
1.2.4 Navrhovaná opatření	40
1.3 Standardy kvality péče o děti mimo domov v mezinárodním kontextu	47
1.4 Typologie osobnosti dítěte v zařízení pro výkon ÚV, OV	50
1.4.1 Emocionální insuficience	52
1.4.2 Kognitivní insuficience	53
1.4.3 Sociální insuficience	54
2 SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA A VČASNÁ INTERVENCE	59
2.1 Etiologické přístupy v historiografickém kontextu	59
2.1.1 Monofaktoriální teorie kauzalit	60
2.1.1.1 <i>Nativistické teorie</i>	60
2.1.1.2 <i>Environmentalistické teorie</i>	61
2.1.2 Multifaktoriální teorie kauzalit a teorie resilience	61
2.1.2.1 <i>Protektivní faktory</i>	62
2.1.2.2 <i>Rizikové faktory</i>	65
2.1.2.3 <i>Bio-psycho-sociálně-spirituální model</i>	73

2.2	Prediktivní a prognostické teorie vývoje poruch chování	74
2.2.1	Teze prediktivních teorií	74
2.2.2	Mechanismy rozvoje poruch chování	75
2.2.2.1	<i>Teorie životní cesty</i>	76
2.2.2.2	<i>Teorie sociálních deviací</i>	77
2.3	Vývoj poruch chování v dětském věku	80
2.4	Screening a diagnostika chování	83
2.4.1	Včasná identifikace problému – screening	84
2.4.1.1	<i>Sledování životní linie – kazuistika</i>	86
2.4.1.2	<i>Diagnostické nástroje</i>	87
3	PROCES SOCIALIZACE V KONTEXTU SOCIÁLNÍ REHABILITACE	91
3.1	Člověk jako sociální bytost	91
3.2	Mechanismy procesu socializace	94
3.2.1	Raná symbiotická vazba (attachment)	94
3.2.2	Sociální učení	100
3.2.3	Jazykový kód	104
3.3	Produkty socializace	105
3.3.1	Konstrukt sociální kompetence	105
3.3.1.1	<i>Sociální kompetence jako souhrn dílčích dovedností</i>	106
3.3.1.2	<i>Sociální kompetence jako konstrukt sociálních způsobilostí</i>	108
3.3.1.3	<i>Koncept sociální validity (sociální funkčnosti)</i>	109
3.3.1.4	<i>Sociální kompetence jako funkce kognitivního zpracování sociálních informací</i>	109
3.3.1.5	<i>Sociální kompetence jako element konceptu klíčových kompetencí</i>	111
3.4	Determinanty sociálně kompetentního jednání a možnosti preventivních aktivit	112
3.5	Diagnostika aktuální úrovně sociální kompetence	114
3.5.1	Indikátory sociální kompetentnosti	115
3.5.2	Situační analýza problému	118
3.5.3	Metody a nástroje evaluace sociální kompetence	119
4	VÝCHOVNĚ TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY ZAMĚŘENÉ NA ROZVOJ SOCIÁLNÍ KOMPETENCE DĚTÍ V ZAŘÍZENÍCH PRO VÝKON ÚV, OV	123
4.1	Východiska rozvoje sociální kompetence v zařízeních NVP	124
4.1.1	Limity NVP pro rozvoj sociální kompetence	125

4.1.2	Princip podpory a kontroly	127
4.1.3	Neformální a cílený rozvoj sociální kompetence	130
4.2	Metody tréninku sociálních dovedností	133
4.2.1	Vybrané příklady zahraničních programů rozvoje sociálních dovedností	136
4.2.1.1	<i>Přípravný program rozvoje prosociálních dovedností</i>	136
4.2.1.2	<i>Systém cíleného intervenčního tréninku sociálních dovedností (TSD)</i>	140
4.3	Komunitní a skupinové principy práce	141
4.4	Formativní hodnocení	145
4.5	Individuální plánování (case management)	147
5	PŘÍPRAVA NA ODCHOD DÍTĚTE Z NVP DO SAMOSTATNÉHO ŽIVOTA	151
5.1	Charakteristika procesu přípravy na odchod dítěte z NVP do samostatného života	152
5.1.1	Legislativní rámec procesu přípravy na vstup do života	153
5.1.2	Fáze procesu přípravy na vstup do života	155
5.1.3	Proces přípravy na vstup do života jako výzkumný problém	157
5.1.3.1	<i>Úspěšnost integrace do společnosti po odchodu ze zařízení</i>	157
5.1.3.2	<i>Identifikace problematických stránek systému</i>	158
5.1.3.3	<i>Postoje dětí a mladistvých k přípravě na vstup do života</i>	159
5.2	Následná podpora	164
5.2.1	Typy služeb následné podpory a péče	165
5.2.2	Klíčové nedostatky v oblasti následné podpory	166
5.2.3	Doporučení k následné podpoře dětí a mladistvých vychovávaných mimo vlastní rodinu	167
5.3	Práce s rodinným systémem	168
5.3.1	Sociální terapie	169
5.3.2	Sanace rodiny	172
5.3.3	Případová konference (case conference)	172
	<i>Závěr</i>	175
	<i>Seznam tabulek a schémat</i>	179
	<i>Seznam použitých zkratk</i>	181
	<i>Použité a doporučené zdroje</i>	183
	<i>Přílohy</i>	205

Publikace vznikla a byla vydána pod odbornou záštitou a koordinací:

Národního ústavu pro vzdělávání

a

Kliniky adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

Díky finanční podpoře:

projektu Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů
pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni
CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

Úvod

Ohrožené děti, vyrůstající v nepříznivých podmínkách pro svůj vývoj, jež vedou k jejich (často opakované) traumatizaci, potřebují dlouhodobou a cílenou výchovně terapeutickou podporu. Jejich emocionální, sociální i kognitivní vývoj doznává vlivem traumatu narušení, které je třeba vhodnými přístupy a metodami rozvoje vyrovnávat. Na prožitek traumatu každá osobnost reaguje svébytně a také se s těmito prožitky svébytně vyrovnává dle míry resilienčních mechanismů vůči rizikovým faktorům (Šolcová, I., 2009) či dostupnosti sociální opory (Kebza, V., 2005). Odborníci i pracovníci v zařízeních institucionální výchovy si kladou stále aktuální otázky: Jak je možné rané trauma léčit? Jak mohou podpořit zdravý vývoj dítěte? Stačí ke zpracování traumatu dítěte „pouze“ láskyplné přijetí? Nebo je potřeba využívat specifické intervenční metody? Dnes je již zřejmé, že péče ve smyslu zajištění základních potřeb dítěte a především možnost konzistentního pozitivního citového vztahu k náhradní, klíčové osobě, je základním stavebním kamenem pro veškerou další cílenou podporu, intervenci a výchovně terapeutickou práci s dítětem. Smysl má především individualizovaná a diferencovaná podpora směřovaná ke konkrétnímu dítěti, ale i celé jeho rodině.

Tyto principy však v současné síti zařízení náhradní výchovy nejsou naplňovány systémově. Vycházejí především z osobní angažovanosti jednotlivých pracovníků. Proto je systém podpory a péče o ohrožené děti v České republice podrobován kritice českých i zahraničních odborníků (Výbor pro práva dítěte OSN, 2003; Rada Evropy, 2005; UNICEF, 2006; MV ČR, 2007a; Folda, J., ed., 2009), a to i přestože podmínky v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy procházejí v posledním dvacetiletí kontinuálním procesem pozitivních změn. Ty však nevedou v dostatečné míře ke zlepšení pomoci ohroženým dětem a jejich rodinám, což se např. promítá do stále se zvyšujícího počtu dětí umístovaných v náhradní výchovné péči (dále jen NVP). Daný stav je odrazem nízkého podílu preventivních aktivit zamezujících odebrání dítěte z rodiny, tj. absence sanace rodiny. Aktuální situace je dále zapříčiněna nesystémovostí zaváděných změn, neexistencí mechanismů spolupráce a informovanosti rozhodujících orgánů (OSPOD, soudy, policie, zařízení institucionální výchovy) a v neposlední řadě také absencí kariérního růstu a celoživotního vzdělávání zainteresovaných pracovníků (Usnesení vlády č. 882/2010). Proces transformace systému péče a podpory o ohrožené děti, který byl na politické úrovni zahájen v letech 2007 až 2009, se snaží reagovat na tuto kritiku a vytvářet vhodné podmínky pro naplňování deklarovaných změn (MPSV, 2009a; MŠMT, 2009b). Opatření by měla být realizována na úrovni legislativy, vzdělávání, metodic-

kých opor, včetně nastavení systému kontroly kvality (tj. tvorby Standardů kvality práce v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče).

Předkládaná studie se úžeji věnuje specifické fázi péče v NVP, kterou je odchod dítěte do samostatného života. Upozorňuje na systémové nedostatky v této fázi, na nízkou pozornost vědecké i pedagogické veřejnosti věnovanou přípravě dětí na odchod z NVP a jejich následné podpoře při integraci do společnosti. Odchod dítěte do samostatného života je zatěžkávací zkouškou především pro samotné dítě, ale je také odrazem možností a limitů výchovy v náhradním prostředí. Dle OSN (2009) by organizace a zařízení měly mít jasnou politiku a schválené postupy, které by v případě plánovaného i neplánovaného ukončení práce s dětmi zaručily odpovídající následnou podporu, péči nebo dohled. Po celou dobu poskytování služeb by měly systematicky usilovat o přípravu dítěte na jeho soběstačný život, rozvíjet jeho sociální a životní dovednosti. Je tedy nezbytné přípravu na odchod do samostatného života nevnímat jako završující fázi podpory a péče o ohrožené dítě, ale realizovat ji průběžně, respektive ihned po přijetí dítěte do zařízení náhradní výchovy. Její stěžejní součástí je pak rozvoj a intervence sociálních dovedností dětí, jejichž míra zvládnutí zásadně predikuje úspěšnost integrace dítěte do samostatného života.

Častou příčinou problémů mladistvých po odchodu ze zařízení pro výkon ÚV, OV jsou nedostatečné zkušenosti se životem mimo zařízení, v jejichž důsledku mají nereálné představy o „*životě za branami zařízení*“ i očekávání od něj (Kmoníčková, N., Vojtová, V., 2010), vliv má také nízké dosažené vzdělání a nedostatečná sociální kompetence (Matoušek, O., Pazlarová, H., Baldová, L., 2008), stejně jako opojení svobodou (Tichý, J., Vojtová, V., 2010). Další zásadní příčinou selhávání dítěte při integraci do společnosti je absence kontinuální práce s rodinným systémem dítěte (Folda, J., ed., 2009). Dokládají to šetření Gjuričové (2007), která udává, že 70,5 % dětí a mladistvých se po ukončení nařízení ústavní nebo uložení ochranné výchovy vrací zpět do původní, nesanované rodiny. V drtivé většině případů je odebrání dítěte z rodiny traumatizujícím zážitkem pro všechny členy rodiny. Aby docházelo k eliminaci jeho negativních důsledků a rodiče začali pracovat na rozvoji svých rodičovských kompetencí a přijímání rodičovské zodpovědnosti, je třeba udržovat přirozené vztahy a kontakt s rodinou, pokud to není v rozporu se zájmy dítěte (Bechyňová, V., Konvičková, M., 2008). Potřebu práce s rodinou dokládá i série amerických longitudinálních studií, v nichž se potvrzuje, že stálý kontakt s rodiči a jejich podpora souvisí s vysokou motivací dětí pro učení ve škole, s jejich dobrou schopností komunikovat, dobrou úrovní duševního zdraví, nízkým výskytem delikventního chování i nízkým výskytem závislostí na návykových látkách (Eccles, J., Gootman, J. A., 2002).

V předkládané studii jsme se snažili shromáždit dostupná data (do roku 2011), která by problematiku odcházejících mladých lidí představila v celko-

vém kontextu problematiky náhradní výchovné péče. Téma odcházení a následné péče je uváděna do souvislostí právních dokumentů ČR, ale i do odborného a výzkumného kontextu. Studie je založena na metodologii *teoretického kvalitativního výzkumu*, při jehož realizaci byl využit holistický přístup. Pro tyto účely byly analyzovány a komparovány české i zahraniční odborné prameny, zejména angloamerické provenience, a to s akcentem na nejaktuálnější zdroje. Poznatky byly doplňovány a konfrontovány s odbornou diskusí vedenou v rámci tematických pracovních skupin organizovaných MŠMT a IPPP ČR (dnešní NÚV). Cílem naší práce bylo:

- Popsat současný stav systému péče o ohrožené děti v České republice a identifikovat jeho silné a slabé stránky.
- Analyzovat proces socializace dětí v zařízeních institucionální výchovy.
- Mapovat vědecky verifikované i v praxi osvědčené přístupy k rozvoji sociálních dovedností a nástrojů k jejich měření.
- Vymezit proces přípravy dětí na odchod ze zařízení NVP do samostatného života.

V závěru studie formulujeme doporučení pro speciálně pedagogickou praxi, vzdělávání i legislativu. Zároveň byly navrženy náměty pro další návazné výzkumy.

1 Východiska problematiky náhradní výchovné péče

V centru pozornosti speciálně pedagogické i občanské veřejnosti stojí konceptní paradigma zaměřené na *téma inkluzivního přístupu ke vzdělávání* žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.¹ Co si pod tím ale představit? Prosazování myšlenky inkluzivního vzdělávání přináší důležitý obrat k otázce *rovných příležitostí ve vzdělávání* pro všechny děti, a to nejenom v otázkách vzdělávání dětí se zdravotním handicapem, ale i v otázce vzdělávání dětí ze sociálně znevýhodněného či kulturně odlišného prostředí, dětí z jazykových, kulturních, etnických menšin či z jiných marginalizovaných skupin a dětí s rizikovým chováním (UNESCO, 1994; Matějů, P., Straková, J., 2006; Lisabonská deklarace, 2007; Národní akční plán inkluzivního vzdělávání, 2010). Konkrétně pak jsou rovné příležitosti podle Lisabonské deklarace (2007) definované respektem k odlišnosti, právem na svobodné rozhodování, podporou lepších životních podmínek, garancí otevřených vzdělávacích příležitostí, získáním pracovní kvalifikace a zaměstnání, možností založit rodinu. V tomto zaostření se nám již obraz dětí vyrůstajících v náhradní výchovné péči více přibližuje. Můžeme si představit, že prosazování principů inkluzivního vzdělávání je konstantní, nikdy nekončící proces, který vyplývá z dlouholeté práce a diskuze odborníků i potřeb praxe. Avšak aby princip inkluzivního vzdělávání a sociální inkluze, založené na plnohodnotném přijetí v komunitě, byl naplňován i vůči dětem s rizikovým chováním, je třeba dosáhnout hlubší změny v postojích pedagogické i široké veřejnosti (Běhouňková, L., 2010a). Přijetí odlišnosti dítěte se zjevným tělesným handicapem je stále pro širokou pedagogickou veřejnost snazší než u dětí se sociálním handicapem či handicapem v chování. Tento typ handicapu je spojován s osobní volbou a vůlí. Dítě, které svým chováním ohrožuje sebe samo a své okolí, je vnímáno jako viník dané situace (Pokorná, V., 1993). Změna takového postoje vyžaduje dostatečnou odbornou informovanost. Prvotním krokem, který předjímá akceptaci jinakosti jako pozitivního

1 Vycházíme z definice žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, tak, jak ji uvádí § 16 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění.

fenoménu, je přijetí deficitů v chování dítěte jako handicapu, který není založen na osobní volbě dítěte, ale vzniká v kontextu bio-psycho-sociálně-spirituálních vlivů (WHO, 2002, 2007). To znamená pochopení, že za projeveným problematickým chováním dítěte nestojí ani tak jeho rozhodnutí nebo tzv. „chuť škodit“ (alespoň ne na primární úrovni), ale zejména jeho zkušenost se světem a sebou samým, kterou v průběhu života zažilo a která je vede, nebo může vést k pocitu, že jsem „jiný“ a „špatný“ a svět je pro mě ohrožující. Druhým krokem je uvědomění si negativního dopadu stigmatizující terminologie, nálepkování (labellingu) a preferování soft terminologie (Vojtová, V., 2008a, 2008b). To, jaké terminologické názvy užíváme pro označení dětí s rizikovým chováním a jejich projevů (či jakékoliv entity), ovlivňuje to, jak o dětech nakonec přemýšlíme, a to se zpětně promítá do způsobů zacházení s dětmi (Vygotskij, L. S., 2004). Třetím preinkluzivním předpokladem v oboru etopedie je příklon k preventivním strategiím, jako je screening, poradenství a včasná intervence. Využívání inkluzivního přístupu při práci s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami probíhá v různé míře, která osciluje mezi čtyřmi krajními póly – inkluze, integrace, segregace a exkluze (tab. 1). Překonávání stále existujících bariér při naplňování inkluzivních přístupů na poli etopedie bude probíhat v dlouhodobém horizontu a je možné tyto bariéry vnímat jako výzvu k vývoji, k dalším krokům, nikoli (jak se s tím v diskuzích mnohdy můžeme setkat) jako výtku nebo problém.

1. Inkluze	2. Integrace	3. Segregace	4. Exkluze
■ Fyzická dostupnost	■ Integrace zdravých i handicapovaných	■ Speciální podmínky	■ Nerespektování speciálních potřeb
■ Sociální inkluzivita	■ Dohromady	■ Kolektivy handicapovaných	■ Negativní postoje
■ Plnohodnotné přijetí v komunitě	■ Fyzická integrace	■ Bez sociální inkluze zvlášť	■ Komunitní, institucionální stigma

Tabulka 1 | Míra inkluzivního uspořádání ve společnosti (volně převzato, in: GAC, 2009a)

Označujeme-li ohrožené děti jako skupinu, pak o ní nesmýšlíme jako o skupině s homogenními charakteristikami (Běhouňková, L., 2007). To je důležitý moment, který nakonec nacházíme mimo jiné také v popředí inkluzivních evropských trendů na poli podpory a péče o ohrožené děti. Pokud se blíže zamyslíme nad inkluzí, jak o ní v této kapitole hovoříme, dostáváme se ještě dále, a to především k principům deinstitucionalizace, individualizace a specializace institucionální péče, ve smyslu přibližování se podmínkám v rodině (Matoušek, O., 1999; OSN, 2009). Etopedie v ČR prošla v průběhu posledních dvou desetiletí významným posunem směrem k dítěti, tj. k pojetí zaměřenému na dítě, akcentujícímu jeho životní linii, celistvost, perspektivní orientaci, po-

tenciality aj. (Labáth, V. a kol., 2001; Helus, Z., 2004; Říčan, P., 2004). Zaznamenali jsme např. prostorové i organizační změny s cílem přiblížení se chodu rodinné buňky, změny ve snižování počtu dětí ve výchovných skupinách apod. Je také třeba nepřehlédnout fakt, že změny probíhají a probíhaly i přes existující bariéry v jejich naplňování (Peters, McMahon, 1996; Farrington, D. P., 2007; Vojtová, V., 2010), ať už máme na mysli bariéry legislativní, finanční, rozložení systémové odpovědnosti a další. Tyto principy jsou aktuálně reflektovány a implementovány do procesu transformace institucionální péče v ČR (MPSV, 2009a; MŠMT, 2009b).

1.1 Vymezení pojmů a diskuze nad nimi

Terminologie užívaná v etopedii reflektuje aktuální společenský vývoj a odráží změny v přístupech k dětem s deficitem v chování, tj. usiluje o snížení rizik stigmatizace (Miovský, M., Zapletalová, J., 2006), pracuje s pozitivním postojem ke změně v chování, k prevenci a efektivitě etopedické intervence (Běhouňková, L., 2007, 2010a), zdůrazňuje souvislost vzniku poruchy chování v bio-psycho-sociální triádě (Bandura, A., 1977, 1986). Následkem těchto snah můžeme dané změny vnímat jako pouhou manýru tolik zdůrazňované politické korektnosti. V této kapitole se pokusíme dostat blíže k současné terminologii, nahlédnout její vývoj, souvislosti a stávající diskuzi o pojmovém vymezení.

V současnosti užívanou terminologii můžeme často vnímat jako velmi různorodou, což implikuje mezirezortní i vnitrozortní neshody (MV ČR, 2007a), založené na významovém nepochopení. Příkladem této různorodosti a také určité tajemnosti může být např. pojem sociálního znevýhodnění, ale jistě najdeme celou řadu dalších pojmů. V následujícím textu tedy nastíníme vybrané termíny, které někteří autoři užívají v ekvivalentní pozici, jiní je staví do opozice a další je podrobují jemnější významové specifikaci. Vybrali jsme pojmy, jejichž deskripci považujeme za stěžejní vzhledem k tématu této práce.

1.1.1 Ohrožení dítěte versus ohrožení společnosti

Pro označení dítěte či mladistvého s deficitem v chování je užíváno různých termínů, měnících se v časovém, historickém kontextu. Jejich přehledný popis poskytuje Vojtová (2008a). V zahraniční i české odborné literatuře se můžeme setkat jak s pojmy zdůrazňujícími *ohrožující aspekt chování dítěte vůči společnosti*, tak také s pojmy, v jejichž centru pozornosti stojí *ohrožení samotného dítěte*. Mezi první skupinu řadíme pojmy *delikventní mládež* (MV ČR), *poruchy řízeného chování* (ovládání chování, conduct disorder, DSM – IV, 2000), *porucha chování* (Vojtová, V. 2008a; Kauffman, J. M., 2007; Elliot, J., Place, M., 2002), *problémové chování* (Vágnerová, M., 2001, 2005), *děti se závažnými poruchami cho-*

vaní (vyhláška č. 438/2006 Sb.), *děti s extrémními poruchami chování* (vyhláška č. 438/2006 Sb.). Mezi pojmy, které v různé míře obecnosti akcentují dítě a jeho ohrožení, řadíme *deficity chování* (Müller, O., 2002), *problémy v chování* (Vojtová, V., 2008a, 2008b), *poruchy chování a emoce* (Kauffman, J. M., 2007), *dispozice k poruchám chování* (Pokorná, V., 1993), *riziková mládež* (Labáth, V. a kol., 2001), *děti v riziku poruch chování* (Jahnukainen, 2001 in Vojtová, V., 2008a), *ohrožená mládež* (MPSV, 2006, 2007), *specifické poruchy chování* (Pokorná, V. 2001), *internalizační a externalizační problémy* (Lane, K. L., Gresham, F. M., O'Shaughnessy, T. E. et al., 2002), *rizikové chování* (Miovský, M., Zapletalová, J., 2006; Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová J., eds., 2010).

Ať už je pro odborné účely užívána první, nebo druhá skupina termínů, považujeme za důležité zdůraznit, že pokud se chceme dívat na dítě jako na osobnost a jeho potřeby, a tedy směřovat k principům inkluze, mělo by na prioritním místě definic i postojů vždy stát dítě, jeho osobnost a životní linie a až poté jeho projevy chování. Zohledňováním tohoto jednoduchého pravidla zabráníme odosobněnému a na změnu rezignujícímu postoji vůči těmto dětem.

Dále v textu budeme užívat pojmy dítě v riziku (vzniku poruch chování), s problémy v chování, s poruchou chování, anebo zastřešující pojem rizikové chování či ohrožené dítě (viz níže).

Pro dosažení konsenzu a vyvarování se nepochopení považujeme za důležité vymezit užívané pojmy *dítě*, *mladistvý* a *mladý dospělý* (blízký věku mladistvého). Pojem dítě je používán a vymezen v různých právních normách různě. Pro potřeby naší studie chápeme pojem *dítě* v kontextu zákona č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže, jako osobu ve věku do patnácti let. *Mladistvým* rozumíme osobu, která již dovršila patnáctý rok věku, avšak nepřekročila osmnáctý rok věku, a je tedy relativně trestně odpovědná. *Věk blízký věku mladistvého* či pojem *mladý dospělý* vnímáme synonymně a vymezujeme jej věkem 18 až 21 let (MV ČR, 1999; Gajdoš, R., 2006).

1.1.2 Ohrožené dítě a dítě v riziku vzniku poruchy chování

Současné koncepční dokumenty využívají zastřešující označení *ohrožené děti* (MPSV, 2006, 2007), jehož předností je komplexnost i dostatečná míra obecnosti. Z hlediska sociálně-právní ochrany dětí jsou za ohrožené považovány všechny děti, které se dostaly nebo měly dostat do souvislosti se sociálně právní ochranou dětí, tj. byl u nich detekován náznak negativních jevů a jejich potřeby nebyly v plné míře naplňovány (MPSV, 2008a). V obecném pojetí lze říci, že do skupiny ohrožených dětí spadají ty děti, které jsou ohrožované svým okolím, ale i samy sebou (Běhounková, L., Vojtová, V., 2004). Za ohrožené jsou pokládány jak děti s nedelikventním chováním, tak děti s delikventními rysy chování. Pojem delikvence zahrnuje jakékoliv protispoločenské jednání

dětí, mladistvých a osob blízkých věku mladistvého (MV ČR, 1999, 2007a). MV ČR (2007a) diferencuje skupiny ohrožených dětí:

- děti týrané, zneužívané a zanedbávané,
- děti, které se ocitly mimo vlastní rodinu,
- děti cizinci bez doprovodu dospělé osoby,
- děti vyžadující zvýšenou pozornost,
- delikventní a predelikventní děti, přičemž za delikventní děti jsou pokládány:
 - děti zneužívané k páčání trestné činnosti, kdy je dítě k takové činnosti donuceno aktivním nebo pasivním nátlakem (nepřímé pachatelství),
 - děti páčající trestnou činnost pro zajištění základních životních potřeb (dítě na útěku, dítě bez domova, dítě v pozici živitele rodiny),
 - děti páčající trestnou činnost účelově.

Pojem ohrožené děti koresponduje s konceptem *At-risk Youth*, tj. děti v riziku *vzniku poruchy chování* (Vojtová, V., 2008a, 2008b). Tento koncept popisuje dítě v riziku jako každé dítě, které musí na cestě k dospělosti překonávat překážky a úskalí (blokace, bariéry), tj. v procesu socializace se jeho osobnostní a sociální rovina rozvoje vyvíjí rizikově. Koncept At-risk Youth se zabývá riziky, se kterými se dítě ve svém vývoji střetává. Vnímá je jako potenciální bariéry v jeho socializaci a procesu vzdělávání. Ekvivalentním termínem, užívaným v české a slovenské odborné literatuře, je pojem *riziková mládež* (Labáth, V. a kol., 2001), jenž označuje jedince s rizikovým vývojem, znevýhodněné na prahu dospělosti ať už vlivem výchovy nebo genetické zátěže (Matoušek, O., Kroftová, A., 2003).

1.1.3 Sociálně patologické jevy versus rizikové chování

Termín *sociálně patologické jevy*² je ukotven v základních školských legislativních a normativních dokumentech MŠMT (např. zákon č. 561/2004 Sb.,³ zákon č. 109/2002 Sb.,⁴ apod.), ale z preventivního pohledu současné etopedie

2 Autorem tohoto pojmu je sociolog Herbert Spencer, který se zabýval otázkou funkčnosti jednotlivých společenských jevů. Přičemž stanovil jevy patologické jako ty, které ohrožují společnost a její normy (Munková, G., 2004).

3 Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

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

se jeho užití na poli školství jeví jako nevyhovující. Tendence k jeho nahrazení pojmem rizikové chování vyústila v roce 2010 v dokumentu *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže* č. j.: 21291/2010-28. Pro přehlednost uvádíme výsledky analýzy veřejných a odborných diskusí a polemik pracovních skupin a kulatých stolů vedených k tématu vhodnosti využívání pojmu sociálně patologické jevy, které jsme kategorizovali do tří argumentačních oblastí (trsů).

První trs souvisí se sociologickým původem tohoto termínu. Sociálně patologické jevy byly chápány jako souhrnné označení *chorobných, abnormálních, všeobecně nežádoucích společenských jevů* (např. chudoba, nezaměstnanost, vysoká rozvodovost apod.), ale také *společnosti nebezpečných jevů a negativně sankcionovaných forem deviantního chování*, jako je šikana, kriminalita, vandalismus, násilí, terorismus, rasismus, alkoholismus, gamblerství, prostituce, pornografie atd. (Mühlpachr, P., 2008; Kohoutek, R., 2007). První problém, kterého si v definici můžeme povšimnout, je fakt, že termín vychází z pojetí normality, která má četné dimenze (subjektivní, sociokulturní, antropologickou, historickou, statistickou atd.). Je tedy *obtížné normalitu* vědecky postihnout a měřit, tj. *operacionalizovat* a empiricky ověřit, a tedy i určit, co je a co už není v normě. V návaznosti na to se jako problematické jeví i to, že samotný pojem zahrnuje onu *patologizaci* označeného chování. Ze samotného pojmu se dozvídáme, že chování nese „sociálně patologický“ charakter. Je tak vyjádřen negativní význam chování nebo jeho příčin, či obecněji „jevů“, a vytváří tak zřetelné a na první pohled viditelné negativní hodnocení. Pojem sociálně patologické jevy není emocionálně zcela neutrální, cítíme, že je-li jev označován za patologický, negativní, je tedy také jeho nositel vnímán jako špatný, nežádoucí, nemocný. Bez vědomého záměru se tak může nakonec vytvářet obraz „*patologického dítěte*“, nikoliv pouze jeho chování. Současně se v kontextu patologizace chování dítěte/mladistvého vyskytuje v praxi nebezpečí nálepkování (labellingu), které se může stát relativně stabilním aspektem v celkovém přístupu k dítěti. Dítě se „sociálně patologickým chováním“ tedy nemá velkou šanci vytvářet si vlastní pozitivní sebehodnotu, identitu. Pokud směřujeme k cestě orientované na dítě, jakékoli užívání pojmů zvyšujících riziko patologizace a stigmatizace není cestou k individualizaci a orientaci na změnu a potenciál dítěte.

Druhým trsem důvodů, který mluví spíše proti užívání pojmu sociálně patologické jevy ve školství, je jeho zúžený a odosobněný (nadindividuální) pohled na dítě a jeho chování. Z výše uvedeného textu vyplývá, že tento pojem poukazuje pouze na negativní (patologickou) oblast chování, která je však zobecněná na celou osobnost dítěte, aniž by bylo chování chápáno v celém svém kontextu (postihuje jevy nezávisle na jedinci), tj. bez kontextu životní linie dítěte, jeho osobního příběhu a zkušeností, příčin, které se na sebe nabalují, individuálního obrazu chování dítěte, jeho vývojového zrání, jeho životní cesty apod. Tato nadindividuálnost se odráží ve *zdůrazňování rizika/ohrožení*

vyplývajícího pro společnost. Není však zohledňována míra ohrožení dítěte vůči sobě samému. Tedy vidíme zde akcentaci jedné polohy „rizikovosti“ onoho problémového, delikventního, sociálně patologického chování. Tím ale, aniž bychom možná zprvu zamýšleli, docházíme ke zdůrazňování práva společnosti na ochranu, aniž by bylo prioritně zdůrazněno právo dítěte na pomoc. Je zřejmé, že se ocitáme pouze na jedné misce vah. Navíc souběžně dochází k přesunu zodpovědnosti za poskytování pomoci a podpory na specializovaná zařízení, ta, která se zaměřují na sociálně patologické chování, a tedy k implicitní podpoře segregujících, vydělujících a vyčleňujících tendencí.

Třetí trs souvisí s problematickým užitím pojmu sociálně patologické jevy v kontextu mezinárodně užívané terminologie ve školství, kde se tento pojem nevyskytuje. V odborné zahraniční literatuře z angloamerické provenience, zaměřené na prevenci poruch chování, převažuje užívání termínu *risk behavior, at-risk youth, at-risk of behavioral disorders* apod. (např. Lane, K. L., Gresham, F. M., O'Shaughnessy, T. E. et al., 2002, Kauffman, J. M., 2007). S kontextem mezinárodní terminologie a hodnotové a emocionální neutrálnosti koreponduje pojem **rizikové chování** (Miovský, M., Zapletalová, J., 2006; Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová J. eds., 2010). Tento termín poodstupuje od společenského hlediska k potřebám jednotlivce (aspekt individuálního přístupu v jeho bio-psycho-sociálně-spirituálním kontextu). Díky tomu umožňuje užití efektivních strategií prevence a intervence, protože efektivita aplikovaných metod a postupů je závislá na míře respektu vůči specifčnosti jednotlivých forem rizikového chování. V co nejvyšší míře minimalizuje riziko stigmatizace a usiluje o předcházení segregace tím, že nepřenáší zodpovědnost za poskytování podpory a pomoci na odborníky a specializovaná pracoviště, ale usiluje o včasné zachycení a řešení problému, tj. podněcuje k aktivitě, a tedy aktivizuje ty dospělé, kteří jsou dítěti nejbližší. Pojem rizikové chování odpovídá konceptu *rizikového jedince, At-risk Youth*, neboť implikuje širí ohrožení dítěte ve smyslu narušení vztahů k sobě, vrstevníkům, příslušníkům rodiny, společnosti, ale i k objektům. Miovský a Zapletalová (2006) zdůrazňují, že v důsledku rizikového chování dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných, právních a dalších rizik pro jedince nebo společnost (srov. Vojtová, V., 2008a). Tedy je zde zřetelný odklon od zjednodušující orientace na „ubližení“ společnosti k orientaci na ztrátu vztahu a hodnot k sobě samému, lidem okolo mne, rodině, ale i věcem, které jsou dítěti v dosahu. Výzkumný tým Knoková, Hloušková a Novotný (2008) poukazuje na komplexitu pojmu rizikového chování, za které považují 1) jednání ohrožující život, zdraví nebo sociální integritu jedince, 2) chování namířené proti zájmům společnosti, jež jsou obsaženy v normách a definovány v zákonech, 3) chování ohrožující integraci jedince do společnosti, tzn. chování ohrožující uplatnění práva na zaměstnání, vzdělávání, sociální ochranu a sociální péči, zdravotní péči,

na zapojení do dění společnosti, právo na ochranu proti chudobě a sociálnímu vyloučení, právo na bydlení.

Koncepce rizikového chování nahlíží na chování dítěte z hlediska formy, oblasti (typu) rizikového chování, jeho hloubky (stupně), a to v kontextu individuality dítěte. Rizikové chování je možné pokládat za maladaptivní copingovou strategii, která má tři formy – externalizující, internalizující a vyhubou (Hurrelmann, K., Richter, M., 2006). Externalizující formy rizikového chování jsou vázané na sociální prostředí a kontext, v němž se jedinec pohybuje a jeho prostřednictvím se snaží jedinec vyrovnat s problematickou situací (např. v rodině). Jedná se o antisociální, delikventní, násilné jednání, probíhající ve skupině. V kategorii těchto forem chování pak můžeme pozorovat jedince s agresivním chováním, násilnými činy, obecně chováním, které jde nějak do útoku vůči druhým, ať už nejbližším, nebo obecně vůči společnosti. Internalizovaná forma rizikového chování je spojována s hledáním sebe sama a řešením vývojových úkolů a je zaměřena spíše proti sobě (svému tělu nebo psychice), jedinec se stahuje do sociální izolace a může se projevovat sebepoškozováním, stahuje se do depresivních stavů, prožívá blokující úzkosti apod. Vyhubavé formy reprezentuje nonkonformní sociální chování v podobě závislostního chování.

Aktuálně probíhají snahy o vymezení oblastí rizikového chování, která by umožnila detailnější zacílení podpory a diferencovaných služeb. Miovský, Skácelová, Zapletalová eds. (2010) řadí mezi oblasti rizikového chování *interpersonální agresivní chování* (zahrnuje násilné chování, šikanu, týrání, rasovou nesnášenlivost, extremismus), delikventní chování ve vztahu k hmotnému majetku (např. vandalismus, krádeže), *rizikové zdravotní návyky* (např. pití alkoholu, kouření, užívání drog, ale i nezdravé stravovací návyky, nedostatečnou nebo nadměrnou pohybovou aktivitu), *rizikové sexuální chování* (předčasné zahájení sexuálního života, promiskuita, nechráněný pohlavní styk, předčasné mateřství a rodičovství, pohlavní styk s rizikovými sexuálními partnery), *rizikové chování ve vztahu ke společenským institucím* (např. záškoláctví, neplnění školních povinností, předčasné odchody ze střední školy – nedokončení studia), *prepatologie hráčství*, *rizikové sportovní aktivity* (provozování adrenalinových a extrémních sportů), *rizikové chování v dopravě a další oblasti* (které mohou vlivem dynamického vývoje společnosti vzniknout). Jednotlivé projevy rizikového chování na sebe často nabalují další formy, vzniká tak „*syndrom problémového chování*“ (Jessor, R., 1991), který nese charakter životního stylu (např. drogová závislost nabaluje kriminalitu, sexuálně rizikové chování apod.). V praxi se pak zaměřujeme na chování jako celek, nejen na jeho jednotlivé projevy.

Jako přínosné shledáváme členění stupně rizikového chování na tři úrovně 1) děti v riziku, 2) děti s problémy v chování a 3) děti s poruchami chování, které se liší záměrem chování, časovou dimenzí výskytu chování a způsobem intervence (Vojtová, V., 2008a). Míra rizika je v přímém vztahu ke stupni vývo-

jového zrání, sociálním rolím, sociálnímu prostředí, časovému hledisku, tj. zda se jedná o přechodné či přetrvávající deficility chování (srov. Miovský, M., Zapletalová, J., 2006; Vojtová, V., 2008a, 2008b). Výzkumy Knotové, Hlouškové a Novotného (2008)⁵ dokládají, že rizikové chování je zastoupeno v celé dětské populaci a může být vázáno na určitá vývojová období, ***nemusí tedy nutně být projevem patologie***. Např. známé sexuální hry v předškolním věku nemusejí (ale nelze vyloučit, že za určitých podmínek a znaků mohou) být sexuálně rizikovým chováním, spíše směřují k vývojově podmíněné potřebě pochopit rozdíl mezi pohlavími a najít si vlastní místo a identitu. Až vlivem specifické kombinace zdrojů rizikového chování se mohou běžné projevy chování dítěte vystupňovat, z hlediska rozsahu a frekvence, do míry patologické (v uvedeném případě výše např. dítě překročí hranici a používá nedobrovolnost či násilí).

Zastáváme názor, že pojem sociálně patologické jevy má své obsahové opodstatnění na poli sociologie, avšak v kontextu speciální pedagogiky a konkrétně v kontextu etopedické prevence a intervence může být užití daného pojmu zavádějící.

1.1.4 Prevence

Etopedie jakožto pedagogická disciplína pracuje se třemi různými skupinami dětí – v riziku vzniku problémového chování (proces preventivních aktivit), s problémy v chování (proces intervenčních aktivit) a poruchami chování (proces rehabilitačních aktivit) (Vojtová, V., 2008a). Ve všech třech skupinách dětí je možná určitá úroveň preventivních opatření. Preventivní koncept zdůrazňuje uplatňování preventivních aktivit ve všech částech etopedického procesu – prevence, intervence, rehabilitace, a to s cílem předcházet výskytu či možnému prohlubování následků spojených s rizikovým chováním.

V preventivní fázi etopedického procesu je uplatňována všeobecná a selektivní primární prevence, jejímž cílem je ***zamezení samotnému vzniku*** rizikového chování (MŠMT, 2009c). S intervenční fází koresponduje indikovaná primární prevence (včasná intervence), která se zaměřuje na jedince vystavené rizikovým faktorům, anebo ty, u nichž se již vyskytly projevy rizikového chování (agrese, šikana, záškoláctví, lhaní, drobné krádeže). Podstatou je podchytit problém co nejdříve, posoudit ho a vyhodnotit potřebnost specifických intervencí a ihned je zahájit (Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. eds., 2010). Indikovaná primární prevence předchází sekundární prevenci, tj. přímé intervenční práci s dětmi/mladistvými, u nichž se již objevují projevy rizikového chování. To je

⁵ Zmiňované výzkumné šetření bylo realizováno v rámci systémového projektu ESF Střediska integrace menšin (SIM), který byl realizován v Institutu pedagogicko-psychologického poradenství České republiky (IPPP ČR) v letech 2006 až 2009. Projekt se zabýval vzdělávací podporou dětí-cizinců, dětí z kulturně odlišného a sociálně znevýhodňujícího prostředí, dětmi s rizikovým chováním. Bližší informace o realizaci projektu naleznete na www.msmt.cz.

významné, neboť podle výzkumů projevy rizikového chování pozitivně korelují s pozdějším delikventním chováním (Matoušek, O., Kroftová, A., 2003). Terciární prevenci je pak možné aplikovat v rámci fáze rehabilitace, s cílem prevence relapsu v chování a prevence selhání po opuštění zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Představíme-li si tedy například dítě, které bylo vystaveno sexuálně rizikovému chování, tak rehabilitační aktivity se mohou soustředit na předávání informací z oblasti lidské sexuality (vč. partnerství, rodičovství), dále na osvojení principů, návyků a postojů pro zdravý a bezpečný partnerský a sexuální život. Preventivní koncept etopedického procesu na všech třech zmíněných rovinách vychází z přístupu orientovaného na dítě a důvěry v možnost změny (Matoušek, O. a kol., 2005).

1.1.5 Péče versus výchova

Pro objasnění pojmů, které užíváme v přehledové studii při popisu samotného systému podpory a péče o ohrožené děti, uvádíme přehled pojmů vyskytujících se v odborné literatuře, koncepčních a legislativních dokumentech a doplníme je o definice, případně naše stanoviska.

Pojem *institucionální (ústavní) péče* vnímáme jako zastřešující termín, shrnující všechny typy zařízení podílejících se na podpoře a rozvoji ohrožených dětí, napříč rezorty. Jsme si vědomi toho, že pojem *péče* evokuje a do značné míry i implikuje odkázanost dítěte na systém, organizaci zajišťující tuto péči (Helus, Z., 2007). Je zřejmé, že terapeutické hledisko v podpoře rozvoje dítěte k jeho samostanosti v životě nás vede spíše od odkázanosti dítěte na systém, „který je k dispozici“ k podpoře jeho prožitku „self-efficacy“, tedy pocitu, že „já sám mohu svůj život držet v rukou a ovlivňovat jej“. Ve snaze snižovat míru odkázanosti ohrožených dětí (alespoň na teoretické úrovni), považujeme za vhodné využívat pojem *podpora*. Oba pojmy, podporu i péči, považujeme za výrazy podobného významu, ale s vyjádřením stupně sociální opory (odkázanosti).

V oblasti školství je preferováno užívání pojmu *institucionální výchova*, který je synonymem pro systém *náhradní výchovné péče* (zákon č. 109/2002 Sb.) realizované v zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy (dětské domovy – DD, dětské domovy se školou – DDŠ, diagnostické ústavy – DÚ, výchovné ústavy – VÚ). Užívání pojmu *institucionální (ústavní) péče* nepovažujeme v oblasti školství za vhodné, vzhledem k jeho nespecifičnosti (může postihovat jak typy zařízení, tak charakter podpory a péče v různých rezortech). *Náhradní rodinná péče* zahrnuje poskytování pěstounské péče, včetně pěstounské péče na přechodnou dobu, osvojení, osobní poručenskou péči a výchovu realizovanou jinou fyzickou osobou než rodičem (zákon č. 359/1999 Sb.). Obě formy péče (náhradní rodinná i výchovná) jsou v praxi často sdružovány pod zobecňující pojem *náhradní péče*, avšak tento pojem nemá žádné legislativní

ukotvení. Nehledě na to, že slučuje dvě zcela svébytné a odlišné formy poskytované péče o dítě žijící mimo vlastní domov.

Doporučujeme proto pro označení náhradní výchovné péče užívat obdobné pojmy *institucionální výchova, zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, zařízení institucionální výchovy nebo zařízení náhradní výchovy*. V zahraničí je používán pojem *rezidenční péče*, který je možné vnímat jako synonymický.

1.2 Podpora ohrožených dětí a jejich rodin v ČR

Systém podpory a péče o ohrožené děti a děti umístěné mimo vlastní domov prochází v České republice v posledních dvou desetiletích kontinuálním procesem změn, a to jak z hlediska legislativy, metodik, tak i z pohledu jednotlivých institucí a poskytované kvality služeb. Od roku 1989 Česká republika ratifikovala všechny zásadní mezinárodní smlouvy týkající se lidských práv a práv dítěte. Po roce 1999 byly v legislativě týkající se systému podpory a péče o ohrožené děti vykonány významné kroky k jejímu zkvalitnění, byly zakotveny specializovanější systémové postupy a zároveň zdůrazněny zájmy a potřeby dítěte v četných novelizacích či nově vzniklých zákonech a prováděcích dokumentech.⁶ Přesto je Česká republika opakovaně kritizována mezinárodními i národními organizacemi za nedostatečné naplňování kodifikovaných dokumentů v praxi a za nedostatečně flexibilní reflexi a nápravu nedostatků (Výbor pro práva dítěte OSN, 2003; Rada Evropy, 2005; UNICEF, 2006). Právními předpisy a metodickými dokumenty jsou sice zajištěny hlavní procedurální principy podpory a péče i jejich provázanost, přesto se zdá, že v praxi na některých místech přetrvává stav, kdy jednotlivé instituce pracují s dítětem izolovaně a nekoordinovaně, bez využití možností, které systém umožňuje.

1.2.1 Aktuální stav institucionální výchovy v ČR – školský legislativní rámec

V následujícím textu nebudeme vzhledem k rozsahu a cílům této studie mapovat celkový školský legislativní rámec ÚV, OV, jeho možnosti naplňování a skutečný stav, ale pokusíme se na dvou vybraných problémech systému demonstrovat jeho aktuální stav z pohledu legislativních možností a koncepčního rozvoje v kontextu praxe.

6 Např. zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 257/2000 Sb., o probační a mediační službě, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže.

Jedním příkladem je naplňování principu nejvyššího zájmu dítěte a druhým je prosazování principu inkluze a prevence. Tedy konkrétně:

Česká legislativa i jurisdikce je zastřešena dokumenty a úmluvami s mezinárodní platností. Ratifikací mezinárodních dokumentů se Česká republika zavázala k zajištění ochrany, podpory a péče dítěti, a to v jeho nejlepším zájmu, přičemž musí být brán ohled na práva a povinnosti rodičů, zákonných zástupců nebo jiných jednotlivců právně za něho odpovědných (Úmluva o právech dítěte, 1991). *Nejvyšší zájem dítěte* je vnímán jako nařízení, jímž jsou povinni se řídit všichni pracovníci pečující o ohrožené děti. Je však různými subjekty různě chápána a vykládána. Priorita zájmu dítěte musí být postavena nad zájmy na péči participujících institucí, včetně rodiny. Legislativní pojem nejvyšší zájem dítěte je v mezinárodních listinách charakterizován jako *možnost dítěte za účelem svého plného a harmonického rozvoje osobnosti a schopností vyrůstat v rodinném prostředí a v atmosféře štěstí, lásky a porozumění, a to přednostně v péči své původní rodiny*. V českých dokumentech je nejvyšší zájem dítěte reflektován jako životní úroveň a *podmínky, nezbytné pro zdravý tělesný, duševní, duchovní, mravní a sociální vývoj dítěte a jeho plnohodnotné dětství*. Přičemž *osobní potenciál dítěte je plně vyvinut v rámci rodiny. Cizí péče a podpora je dítěti poskytována jen v nezbytně nutné míře* (MPSV, 2009a). Podle §1 zákona 109/2002 Sb., musí být „*vytvořeny podmínky podporující sebedůvěru dítěte, rozvíjející citovou stránku jeho osobnosti a umožňující aktivní účast dítěte ve společnosti. S dítětem musí být zacházeno v zájmu plného a harmonického rozvoje jeho osobnosti s ohledem na potřeby osoby jeho věku*“. Podle těchto definic se naplňování nejvyššího zájmu dítěte mimo jiné odráží v právu dítěte na život ve vlastní rodině a v právu na kontakt s rodiči. Obě tato práva jsou v české legislativě kromě mezinárodních smluv zabezpečena zákonem o rodině (94/1963 Sb., v platném znění) a zákonem o sociálně-právní ochraně (359/1999 Sb., v platném znění) a jsou považována za ústřední motiv všech rozhodnutí učiněných v zájmu dítěte. Jak je to ale nakonec v praxi? Je to, co je zákonem dané a možné, také realizované? Z koncepčních materiálů a veřejných diskusí vyplývá, že samotná realizace obou práv u rodin, v nichž je některá z jejich funkcí významně narušena, není v praxi dostatečně zabezpečována. Příčinou je nedostatečné zajištění práce s rodinným systémem v rámci sociální prevence (založené na přijetí a porozumění) a zároveň sanace rodiny, postavené na posilování rodičovských kompetencí.

Zdá se, že pokud se podíváme na praxi v umísťování dětí do zařízení ÚV, OV, zejména vzdálenost umístění dítěte od původního bydliště (které není opodstatnitelné z hlediska bezpečí a ochrany dítěte), můžeme zároveň s tím vidět určité nedostatečné zohledňování práva dítěte na jeho přirozený kontakt s rodinou. Tím dochází k prohlubování narušení citových a rodinných vazeb. Umístění dítěte co nejblíže k jeho obvyklému bydlišti je také opodstatněné usnadněním opětovné integrace do jeho rodiny a komunity z hlediska vzdělávacího, kulturního a společenského života (OSN, 2009).

V praxi je diskutována možnost rozhodování kompetentních osob (ředitelé zařízení ÚV, OV, OSPOD) o uvolňování dětí na víkendy do původních rodin. Povolení či zákaz kontaktu s rodinou se může snadno stát *nástrojem manipulace/hodnocení/nástroje motivace s dítětem ve snaze jej motivovat k pozitivnímu výkonu v oblasti chování*. Se zřetelem k účelu pobytu dítěte v náhradní výchovné péči pak samozřejmě vyvstává otázka, zdali takovéto zasazení práce s rodinou je konečným, nikoli instatníním účinku prospěšné či nikoli. OSN (2003) upozorňuje, že kontakt s rodiči je někdy podmíněn chováním umístěného dítěte. V potaz je třeba brát i to, že se s rodinami nepracuje na sanaci jejích problémů, proto se objektivně může pobyt dítěte v původní rodině jevit jako kontraproduktivní. Zde je třeba opět zvážit nastavení personálního zajištění našich zařízení NVP, tedy kapacity pro cílenou a specifickou práci s rodinou. Přetíženost v každodenních činnostech v zařízeních často mohou vést ke zjednodušenému pojetí práce s rodinou, tedy pouze jako formy odměny/trestu, a nikoli jako podstaty terapeutické práce. Nakonec alarmující může být fakt, že práci s rodinou je v zařízeních ÚV, OV podle aktuálních výzkumů věnováno pouze 0,42–2 % profesního času vychovatelů (Sekera, O., 2009). Jak tedy může být naplněn jeden ze základních cílů náhradní výchovné péče – tedy možnost návratu dítěte do původní rodiny? Daná otázka je myšlena spíše jako dotaz na tvůrce politik než na pěší vychovatelský sbor. Jak současný systém podporuje, ukotvuje vytváření podmínek pro návrat dítěte do původní rodiny? Platné legislativní dokumenty deklarují, že v případě umístění dítěte v zařízení mimo domov je nutno toto opatření vnímat jako dočasné a *usilovat o perspektivu návratu dítěte* do rodiny, případně do náhradní rodinné péče, a to v co nejkratším časovém horizontu. Současné vysoké počty dětí umístěných v zařízeních ÚV, OV však vypovídají o opaku. Způsob financování zařízení ÚV, OV je nastaven v rozporu s tímto požadavkem, neboť zařízení získávají finance podle počtu dětí, tj. čím více dětí, tím více zdrojů. Také síť poskytovatelů náhradní rodinné péče je ve stávajících podmínkách nedostatečná, je tedy třeba ji rozšířit a profesionalizovat, tj. zajistit kontrolu její kvality.

Na tomto příkladu je patrné, jak obtížně se naplnění zjevně logického, nicméně nejednoznačně formulovaného principu daří. Vznikají tak zásadní rozpory v procesuálních krocích s významným dopadem na dítě a jeho rodinný systém. V zájmu docílení např. dobrého chování tak může být dítě (a to s konečným důsledkem zcela kontraproduktivně) oddělováno od své rodiny a naopak. Druhým příkladem je naplňování inkluzivních a preventivních principů práce.

Ž pohledu inkluzivních snah na poli etopedie je legislativa o krok napřed oproti praxi. Legislativní a koncepční dokumenty reflektují potřebu zajištění rovných příležitostí ke vzdělávání pro všechny žáky. Z tohoto důvodu Vláda ČR schválila usnesením č. 206/2010 Národní akční plán inkluzivního vzdělávání a připustila tak nutnost dlouhodobého a postupného zvyšování kompetenčního prostředí z hlediska organizačních, materiálních a personálních podmínek škol, školských zařízení a poradenského systému. K naplňování

rovných příležitostí ve vzdělávání, předcházení selhávání ve škole a tím i prevalence rizikového chování u těchto dětí, bylo z hlediska koncepčního a teoretického učiněno již několik předchozích kroků, např. byl schválen Návrh Koncepce (projektu) včasné péče o děti ze sociokulturně znevýhodňujícího prostředí v oblasti vzdělávání (MŠMT, 2005) a Národní akční plán realizace Koncepce včasné péče o děti ze sociálně znevýhodňujícího prostředí (MŠMT, 2009a) aj. Inkluzivní pojetí vzdělávání dětí v riziku nebo s rizikovým chováním by mělo směřovat k tomu, aby ani tyto děti nebyly vylučovány ze svého přirozeného vzdělávacího prostředí, aby se jim dostávalo přímo ve škole systematické podpory jejich osobnostního vývoje i nácviku žádoucího sociálního chování (Vojtová, V., 2006). Opět je třeba podotknout, že realizace inkluzivních principů v prostředí škol dosahuje různorodé úrovně (Knotová, D., Hloušková, L., Novotný, P., 2008; GAC, 2009b). Otázkou však zůstává, zda v případě, že je dítě s rizikem vzniku poruch chování či rizikovým chováním včas identifikováno, se mu dostane adekvátní pomoci. Výzkum Holase a kol. (2009), v jehož rámci byly analyzovány osobní spisy – „zprávy“ o mladistvých v zařízeních ÚV, OV, udává, že mladiství procházejí různými institucemi (OSPOD, PPP, SVP, dětské psychiatrické léčebny, různé neziskové organizace nízkoprahového charakteru), avšak zpravidla bez adekvátní pomoci. Příčinu je možné vidět v absenci práce s celým rodinným systémem.

Preventivní práce s ohroženou mládeží a rodinným systémem je ve školské legislativě ukotvena v zákoně 109/2002 Sb. Činnost preventivně výchovných zařízení, tj. středisek výchovné péče (SVP), je dále upravována zvláštními předpisy.⁷ Přestože jsou SVP ukotvena v legislativě, tak v praxi chybí jejich ukotvení v systému školských poradenských zařízení. SVP jsou tak v některých oblastech výkonu (např. doporučení k integraci) plně závislá na PPP. Funkčnost spolupráce mezi oběma poradenskými zařízeními nepodléhá žádným legislativním úpravám ani kontrolním mechanismům, plně závisí na profesionalitě jednotlivých pedagogických pracovníků. Selhání lidského faktoru pak může vést k systémovému selhání v pomoci konkrétnímu dítěti a jeho rodině. Druhým rozporuplným faktem je, že organizačně SVP spadají pod diagnostické ústavy (DÚ), což v praxi naráží na rozdíly ve stanovovaných cílech podpory a péče a způsobech jejich dosahování. Prostorová provázanost SVP a DÚ může vzbuzovat v klientech, kteří přicházejí do SVP na bázi dobrovolnosti, nedůvěru vzhledem k provázanosti s institucí represivního charakteru.

Na závěr této části kapitoly chceme zdůraznit, že v oblasti institucionální výchovy existuje rozpor mezi tím, co je deklarováno na úrovni politických a koncepčních materiálů a tím, jak je to naplňováno na praktické úrovni v rámci jednotlivých složek systému. Příčina je zjevně v nedostatečně jasném

7 Propuštěno bylo během tohoto roku 1948 dětí, tj. 52,5 %, do vlastní rodiny. Necelá polovina propuštěných dětí strávila v ústavu více než půl roku (ÚZIS, 2009).

a konkrétním formulování zákonů a prováděcích materiálů, jejichž výklad je mnohohznačný, a tudíž problematický. Některé legislativní dokumenty umožňují dokonce protichůdný výklad, a proto premisa, že jednotlivé složky systému podpory a péče o ohrožené děti budou jednat ve jménu nejvyššího zájmu dítěte, se neukazuje jako opodstatněná; pod touto formulací lze uplatňovat různé formy pomoci či opatření. Zároveň v praxi schází kontrolní mechanismy zaručující funkčnost systému (standards kvality práce v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy, standardy v oblasti pregraduální přípravy pedagogických pracovníků, systém kariérního růstu pracovníků v ÚV, OV, standardizace činnosti školských poradenských zařízení apod.).

Z tohoto pohledu se jeví česká legislativa spíše jako deskriptivní, vymezuje pouze rámcová opatření, neposkytuje však dostatečně jasné opory pro návazné metodické a procesuální kroky. Její široké výkladové možnosti se ukazují jako neúčelné.

1.2.2 Statistika zařízení ÚV, OV z hlediska umístěných dětí

Aktuálním ukazatelem nedostatečné funkčnosti systému podpory a péče o ohrožené děti v ČR je vysoký počet dětí umístěných v zařízeních ÚV, OV (Rada Evropy, 2005; Veřejný ochránce práv, 2007). Získání dat o skutečných počtech dětí umístěných mimo domov v ČR není jednoduché (UNICEF, 2006). Neexistuje statistická databáze, která by poskytovala srovnatelná data s kontinuálním záznamem. K vytvoření představy o počtech dětí umístěných do zařízení institucionální výchovy jsme tedy použili data z několika zdrojových šetření, s vědomím rizika určitého zkreslení. Jednak byla využita data z pravidelných šetření Ústavu pro informace ve vzdělávání (ÚIV, 2009b) a ta byla v některých případech komparována s daty Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2009). Uvedené statistiky shrnují, případně porovnávají počty dětí a mladistvých vždy v několika následujících školních letech, a poskytují tak orientační přehled o vývojovém trendu umísťování dětí do zařízení ÚV, OV.

Počty dětí v zařízeních ÚV, OV

Následující tabulky zachycují vzrůstající trend v počtech zařízení ústavní a ochranné výchovy (tab. 2) a v počtech dětí umístěných do náhradní výchovné péče (tab. 3, 4 a 5). Počty zařízení institucionální výchovy až do roku 2009 pravidelně vzrůstaly, ale ve školním roce 2009/10 zaznamenáváme mírné snížení. Předpokládáme, že daný trend vyvolala ekonomická opatření spojená s transformačním procesem systému podpory a péče o ohrožené děti, ale také zaviněná hospodářským propadem způsobeným celosvětovou ekonomickou krizí, trvající od počátku roku 2009. MŠMT v roce 2010 přistoupilo v rámci zkvalitňování poskytovaných služeb (deklarované transformačními doku-

menty) k optimalizaci sítě zařízení institucionální výchovy, v jehož rámci došlo ke slučování, případně postupnému utlumení činnosti několika zařízení, která byla vyhodnocena jako dlouhodobě neudržitelná jak z hlediska kvality poskytované podpory a péče, tak z hlediska ekonomického zabezpečení.

Zařízení	99/00	00/01	01/02	02/03	03/04	04/05	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10
DD	120	127	129	131	134	148	149	153	155	155	151
VÚ	53	52	52	52	35	33	34	34	33	34	33
DDŠ	–	–	–	–	17	24	29	28	28	29	31
DÚ	12	12	12	11	12	14	13	14	14	14	14
Celkem	185	191	193	194	198	219	225	229	230	232	229

Tabulka 2 | Počty zařízení pro výkon ÚV, OV ve školních letech 1999/2000 až 2009/2010 (ÚIV, 2009b, 2010)

Počty dětí v zařízeních institucionální výchovy stále rostou, a to i navzdory dlouhodobě klesající (aktuálně stagnující) porodnosti v ČR i snižujícímu se počtu zařízení. Vyrůstající trend ukazuje, že umisťování dětí do náhradní výchovné péče je preferovanější formou péče před ostatními alternativami, např. před náhradní rodinnou péčí, nebo sanací rodiny dítěte. Daný stav je alarmující vzhledem k inkluzivním a transformačním snahám, zdůrazňujícím potřebu sociální prevence, včasné intervence a individualizace podpory a péče.

V dostupných statistikách je možné získat přehled o počtech dětí umístěných v **zařízeních institucionální výchovy**, avšak jejich procentní vyjádření z celkového počtu dětí v populaci nikoliv. Pro vyjádření tohoto údaje jsme proto srovnávali data ze dvou odlišných zdrojových dokumentů, jejichž sběr dat mohl kompatibilitu ovlivnit. Výsledná procentní vyjádření je proto třeba vnímat pouze jako orientační (tab. 3, 4, 5).

Zařízení	99/00	00/01	01/02	02/03	03/04	04/05	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10
DD	4301	4624	4634	4594	4657	4867	4869	4815	4618	4739	4704
VÚ	2123	2240	2143	2201	1544	1479	1420	1404	1430	1546	1534
DDŠ	–	–	–	–	494	501	537	516	705	793	787
DÚ	477	469	445	475	555	743	795	724	674	742	853
Celkem	6901	7333	7222	7270	7250	7590	7621	7459	7427	7820	7878

Tabulka 3 | Počty dětí (dívek i chlapců) v zařízeních pro výkon ÚV, OV ve školním roce 1999/2000 až 2009/2010 (ÚIV, 2009b, 2010; ČSÚ, 2009, 2010)

Populace	1999	2000	2001	2002	2003	2004
3–18 let	1 925 734	1 945 128	1 900 077	1 891 448	1 861 038	1 825 499
%	0,36	0,38	0,38	0,38	0,39	0,42
Populace	2005	2006	2007	2008	2009	
3–18 let	1 727 550	1 693 245	1 664 841	1 644 445	1 623 727	
%	0,44	0,44	0,45	0,48	0,49	

Tabulka 4 | Procentní vyjádření počtu dětí a mladistvých (dívek i chlapců) v zařízeních pro výkon ÚV, OV ve školním roce 1999/2000 až 2009/2010 z celkové populace ve věku 3–18 let (ÚIV, 2009b, 2010; ČSÚ, 2009, 2010)

Zařízení	Rozdíl 03/04 a 08/09	%	Rozdíl 07/08 a 08/09	%
DD	82	1,76	121	2,62
VÚ	2	0,13	116	8,11
DDŠ	187	33,69	68	10,09
DÚ	299	60,53	88	12,48
Celkem	570	7,86	393	5,29

Tabulka 5 | Rozdílové hodnoty v rozmezí školních roků 2003/04 až 2008/09 (ÚIV, 2009b)

Z uvedených tabulek vyplývá, že od roku 1999 se trvale zvyšuje počet dětí umístěných v zařízeních pro výkon ÚV, OV. Ve školním roce 1999/2000 bylo v ČR umístěno celkem 6901 dětí do 185 zařízení, ve školním roce 2008/2009 to je již 7820 dětí ve 232 zařízeních. Tento údaj je ukazatelem zvyšujícího se počtu dětí umístěných v ÚV, OV v zařízeních rezortu MŠMT.

Celkový počet dětí umístěných v zařízeních institucionální péče v jednotlivých rezortech (MZ, MŠMT, MPSV) činí přibližně 22 tisíc dětí (MPSV, 2009). V zařízeních sociálních služeb (tj. rezort MPSV) je umístěno 11–12 tisíc dětí. Ve zdravotnických zařízeních (MZ) je ročně umisťováno téměř 2 tisíce dětí, v roce 2008 to činilo přesně 1981 dětí umístěných ve 33 kojeneckých ústavech a dětských domovech do 3 let, nejčastěji ze sociálních důvodů⁸ (ÚZIS, 2009). Ve školských zařízeních (MŠMT) je v roce 2008/09 umístěno téměř 8 tisíc dětí. Z celkového počtu bylo přibližně 9 269 dětí umístěno v roce 2008 v ústavních

⁸ Propuštěno bylo během tohoto roku 1 948 dětí, 52,5 % do vlastní rodiny. Necelá polovina propuštěných dětí strávila v ústavu více než půl roku (ÚZIS, 2009).

zařízení na základě rozhodnutí soudu (ÚV, OV), zbývajících počet dětí byl v ústavních zařízeních umístěn na základě žádosti zákonných zástupců (většinou děti v zařízeních sociálních služeb).

Statistiky dle pohlaví

Při sledování genderových aspektů v počtu umístěných dětí v zařízeních ÚV, OV zjistíme, že výše počtu umístěných dívek a chlapců se liší v neprospěch chlapců. Počty chlapců jsou ve všech sledovaných typech zařízení vyšší, významně vyšší jsou v zařízeních DDŠ a VÚ, kam jsou děti/mladiství umísťováni na základě zjevných problémů v chování. Celkově bylo dívek ve školním roce 2009/10 v zařízeních institucionální výchovy všech typů o 1678 méně než chlapců (tab. 6 a tab. 7).

Zařízení	03/04	04/05	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10	Rozdíl 03/04 a 08/09	%	Rozdíl 07/08 a 08/09	%
DD	2155	2234	2227	2210	2123	2178	2183	23	1,07	55	2,60
VÚ	404	393	386	387	384	426	435	22	5,45	42	10,94
DDŠ	138	178	196	150	160	186	186	48	34,78	26	16,25
DÚ	212	212	229	233	286	356	406	144	67,92	70	24,48
Celkem	2909	3017	3038	2980	2953	3146	3100	237	8,15	193	6,54

Tabulka 6 | Počty dívek v zařízeních pro výkon ÚV, OV ve školním roce 2003/04 až 2009/10. Komparace školních roků 2003/04 a 2008/09 (ÚIV, 2009b, 2010)

Zařízení	03/04	04/05	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10	Rozdíl 03/04 a 08/09	%	Rozdíl 07/08 a 08/09	%
DD	2502	2633	2642	2605	2495	2561	2521	59	2,36	66	2,65
VÚ	1140	1086	1034	1017	1046	1120	1099	-20	1,74	74	7,07
DDŠ	417	565	599	574	514	556	601	139	33,33	42	8,17
DÚ	282	289	308	283	419	437	477	155	54,96	18	4,30
Celkem	4341	4573	4583	4479	4474	4674	4778	333	7,67	200	4,47

Tabulka 7 | Počty chlapců v zařízeních pro výkon ÚV, OV ve školním roce 2003/04 až 2009/10. Komparace školních roků 2003/04 a 2008/09 (ÚIV, 2009b, 2010)

Statistiky dle školní docházky

Tabulky vypovídají o počtech dětí v jednotlivých typech zařízení ÚV, OV dle stavu plnění povinné školní docházky. Vznikají tak tři skupiny respondentů – před zahájením povinné školní docházky (tab. 8), v průběhu jejího plnění (tab. 9) a po jejím ukončení (tab. 10). Věkové rozložení může být různorodé, ale předpokládáme, že podle legislativních norem, jimiž se zařízení ÚV, OV řídí při přijímání dětí/mladistvých, odpovídá předškolní věk průměrnému věkovému rozpětí 3–6 let, věk povinné školní docházky odpovídá 7 až 15 letům a období po ukončení povinné školní docházky odpovídá rozpětí od 16 do 18 let, případně 19 let věku jedince (či do ukončení přípravy na povolání, maximálně však do věku 26 let). Z uvedené statistiky vyplývá, že nejpočetnější skupinou dětí v zařízeních ÚV, OV je věková skupina dětí plnících povinnou školní docházku, což není s ohledem na nejdelší věkový rozptyl překvapující, ani vzhledem k tomu, že průměrný věk dětí přicházejících do dětských domovů je 9 až 10 let věku dítěte (Solaříková, K., 2008).

Umístění dítěte do zařízení NVP a jeho dlouhodobý pobyt zde je situací mající nesporně zjevné, ale i skryté negativní dopady na další vývoj osobnosti dítěte (viz kapitola 1.4). S ohledem na eliminaci těchto negativních dopadů je v celoevropském měřítku prosazována tendence deinstitucionalizace, specializace a individualizace podpory a služeb. Proto je třeba začít aplikovat konkrétní způsoby a cesty vedoucí ke snižování počtu dětí potřebujících umístění mimo vlastní rodinu.

Zařízení	03/04	04/05	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10	Rozdíl 03/04 a 08/09	%	Rozdíl 07/08 a 08/09	%
DD	386	371	378	371	343	409	426	23	5,96	66	19,24
VÚ	–	21	21	24	26	34	41	34	–	8	–
DDŠ	–	–	–	–	–	1	5	1	–	1	–
DÚ	6	14	16	16	15	18	35	12	–	3	–
Celkem	392	406	415	411	384	462	507	70	17,86	78	20

Tabulka 8 | Počty dětí před zahájením povinné školní docházky v zařízeních pro výkon ÚV, OV ve školním roce 2003/04 až 2009/10. Komparace školních roků 2003/04 a 2008/09 (ÚIV, 2009b)

Zařízení	03/04	04/05	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10	Rozdíl 03/04 a 08/09	%	Rozdíl 07/08 a 08/09	%
DD	3 132	3 262	3 219	3 182	3 000	2 985	2 920	-147	4,69	-15	0,5
VÚ	175	162	79	69	48	56	28	-119	68,00	8	16,67
DDŠ	449	577	655	618	607	667	704	218	48,55	60	9,88
DÚ	246	272	199	239	442	423	429	177	71,95	-19	4,30
Celkem	4 002	4 273	4 152	4 108	4 097	4 131	4 081	129	3,22	34	10,83

Tabulka 9 | Počty dětí v průběhu povinné školní docházky v zařízeních pro výkon ÚV, OV ve školním roce 2003/04 až 2009/10. Komparace školních roků 2003/04 a 2008/09 (ÚIV, 2009b)

Zařízení	03/04	04/05	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10	Rozdíl 03/04 a 08/09	%	Rozdíl 07/08 a 08/09	%
DD	1 139	1 234	1 272	1 262	1 275	1 345	1 358	206	18,06	70	5,49
VÚ	1 369	1 296	1 300	1 311	1 356	1 456	1 465	87	6,36	100	7,37
DDŠ	106	166	160	106	67	74	78	-32	30,19	7	10,48
DÚ	242	215	322	261	248	352	389	110	45,45	104	41,94
Celkem	2 856	2 911	3 054	2 940	2 946	3 227	3 290	371	12,99	281	9,58

Tabulka 10 | Počty dětí po ukončení povinné školní docházky v zařízeních pro výkon ÚV, OV ve školním roce 2003/04 až 2009/10. Komparace školních roků 2003/04 a 2008/09 (ÚIV, 2009b, 2010)

1.2.3 Transformace systému péče o ohrožené děti v ČR – slabé stránky NVP

Přibližně od roku 1999 probíhá cílená mezirezortní diskuse k tématu transformace a sjednocení systému péče o ohrožené děti s cílem jeho zkvalitnění na několika různých úrovních. V roce 2008 vznikla mezirezortní koordinační pracovní skupina hledající společné rámce priorit, její aktivita vyústila v roce 2009 v definování konkrétních kroků a opatření vedoucích ke zkvalitňování fungování systému podpory a péče o ohrožené děti po stránce personální, metodické, organizační, kooperační a kontrolní. Postupné a návazné kroky transformace zachycují následující vládní dokumenty, v nichž jsou definovány problémové

oblasti náhradní výchovné péče v jednotlivých řídicích rezortech a navrhovány cíle, směr rozvoje a konkrétní opatření. Od roku 1999 vznikly tyto transformační dokumenty:

- Návrh systémového přístupu k péči o dětské a mladistvé delikventy (MV ČR, 1999),
- Vyhodnocení účinnosti přijaté legislativy související se systémovým přístupem k péči o delikventní mládež (MV ČR, 2004),
- Koncepce péče o ohrožené děti a děti mimo vlastní domov (MPSV, 2006),
- Hodnocení systému péče o ohrožené děti (MV ČR, 2007a),
- Analýza současného stavu institucionálního zajištění péče o ohrožené děti (MPSV, 2008a),
- Návrh opatření k transformaci a sjednocení péče o ohrožené děti – základní principy (MPSV, 2009a),
- Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011 (MPSV, 2009b),
- Rámcová koncepce MŠMT ČR v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči (MŠMT, 2009b).

Transformace systému náhradní výchovné a rodinné péče vyžaduje dlouhodobou investici lidských zdrojů, ale i zdrojů finančních, a to jak na úrovni mezirezortní, tak i vnitrozortní. Zároveň je také nutné počítat s realizací postupných kroků v dlouhodobém časovém horizontu, nelze očekávat okamžité změny.

Na kritické oblasti náhradní výchovné péče v ČR je možné nahlížet z různých úhlů pohledu. Pro potřeby této studie preferujeme dvě hlediska – *aspekt systému* a *aspekt subjektu podpory a péče* (dítěte a jeho rodiny). Z pohledu systému jsme zjišťovali *systémové zabezpečení podpory a péče* (legislativa, rezortní úkoly, soudy, státní zastupitelství a další instituce) a jeho *fungování* (např. personální a materiální zajištění, metodické vedení, organizační a kooperační strategie, kontrola a evaluace kvality, fungování soudů a státních zastupitelství). Z pohledu subjektu péče byla sledována *podpora a péče v kontextu vývojových charakteristik dítěte* (diferenciace péče, podpora potencialit dítěte, poradenství, sociální prevence a včasná intervence atd.).

Detekování a pojmenování přetrvávajících slabých stránek systému institucionální výchovy považujeme za první krok procesu transformace ÚV, OV.

Problematické oblasti jsme identifikovali na základě metaanalýzy⁹ dostupných výzkumných šetření a analýz mezinárodních organizací mapujících stav náhradní výchovné péče v ČR (OSN, 2003; Rady Evropy, 2005; UNICEF, 2006), analýz zadaných vládou ČR (MV ČR, 2004, 2007a; MPSV, 2008a, 2009c), šetření vzniklých v neziskovém sektoru (Svobodová, M., Vrtbovská, P., Bártošová, D., 2002; Gottwaldová M. a kol., 2006; Bittner, P. et al., 2007; Matoušek, O., Pazlarová, H., Baldová, L., 2008; Staněk, M. 2008; Folda, J., ed., 2009) a šetření Veřejného ochránce práv (2007).

1.2.3.1 Aspekt systému a jeho funkčnosti

Pro potřeby této práce se především zaměříme na deskripci funkčnosti systému z pohledu klíčových personálních, metodických, kooperačních a kontrolních kritických faktorů.

Některé studie (OSN, 2003; UNICEF, 2006; Veřejný ochránce práv, 2007) upozorňují na *nízkou míru pozornosti* věnovanou ze strany ministerstev tématu institucionální výchovy z hlediska sběru a shromažďování kvalitativních i kvantitativních údajů (přičemž kvalitativních výzkumů je v důsledku časové náročnosti získávání dat minimální počet). Absentují tak validní informace, indikátory a statistická data (např. nejsou přesně známy počty dětí opouštějících institucionální péči nebo počty dětí, které se staly obětí násilí, vydírání, zanedbávání atd.). Stejně tak schází kontinuita sběru dat, čímž je omezena možnost jejich komparace a sledování vývojových trendů. Získané údaje nejsou dostatečně využívány k evaluaci stávajícího stavu a stanovení efektivních opatření.

Z pohledu funkčnosti systému péče o ohrožené děti se jako prioritní problém ukazuje *nedostatečné využívání možností, které poskytují stávající právní předpisy* (MV ČR, 2004), ale také jejich mnohoznačnost výkladu, případně protichůdnost (viz kapitola 1.2.1).

Jednotlivé studie se shodují na tom, že zásadním problémem je *mezirezortní roztržitost péče*, která kvůli nekoordinovanému řízení vede k izolovanému zdokonalování rezortních aktivit v nejširším slova smyslu, což se odráží v nedjednotnosti podpory a péče. Primárně se na systému péče podílí Ministerstvo zdravotnictví (MZ), Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), Ministerstvo vnitra (MV), Ministerstvo spravedlnosti (MS) a sekundárně na péči participuje Ministerstvo financí (MF) a Ministerstvo pro místní rozvoj (MMR). Navíc je podpora a péče o ohrožené děti nerovnoměrně rozdělena mezi státní správu a samosprávu a mezi státní a nestátní sektor. Je tedy patrné, že v současných podmínkách existuje rezortní roztržitost jak na úrovni vertikální, tak i horizontální. Rozdíly v pojetí institucionální péče mezi jednotlivými rezorty vychází z odlišných

⁹ Metaanalýza je statistická metoda analyzující výsledky většího počtu srovnatelných studií za účelem jejich integrativního kvantitativního vyhodnocení.

filozofických konceptů a přístupů k práci s ohroženými dětmi a z nich vyplývajících principů podpory a péče. To se promítá do nejednotnosti legislativních a metodických dokumentů, v nichž absentuje návaznost a propojenost (jak terminologická, tak koncepční). Naplňování rezortních priorit by nemělo být nadřazeno požadavku komplexní podpory a péče, která však vyžaduje metodické sjednocení postupů, závazné pro všechny pracovníky participující na péči o konkrétní dítě (MPSV, 2008a).

Metodická nejednotnost se odráží v nekontinuitě podpory a péče, která zároveň není dostatečně diferencovaná z hlediska potřeb, typu a míry postižení dětí a mladistvých. Zcela schází standardy kvality práce v zařízeních ÚV, OV, evaluační nástroje a kontrolní mechanismy zjišťující stav výchovně terapeutického procesu vzhledem k potřebám dítěte (kontrola realizovaná ze strany České školní inspekce není v tomto ohledu realizována). Schází metodiky k řešení konkrétních problematických jevů (např. útěků ze zařízení), cílená příprava na ukončení pobytu v NVP atd.

Jednotlivé subjekty participující v systému podpory a péče o ohrožené děti nespoupracují, systém se tak stává nepružným a nedostatečně průchodným, jeho funkčnost je ovlivněna individuálními profesními dispozicemi jednotlivých profesionálů, kteří rozhodují v nejvyšším zájmu dítěte. Dokladem toho je také nízká míra multidisciplinární spolupráce při individuálním plánování (case managementu), která by zajišťovala kontinuitu učiněných rozhodnutí a kroků, a to i napoti tomu, že individuální přístup je základním požadavkem ukotveným v aktuálně platné školské legislativě (Matoušek, O., Pazlarová, H., Baldová, L., 2008).

V oblasti *personálního zajištění* vyplývají problémy zejm. z odlišných kritérií a nároků jednotlivých rezortů na personální zajištění podpory a péče, což se promítá především v kvalifikaci a systému dalšího vzdělávání pracovníků v zařízeních NVP. Zásadním nedostatkem z tohoto pohledu je absence standardů pregraduálního vzdělávání pedagogických pracovníků, absence systému kariérního růstu pedagogických pracovníků v zařízeních ÚV, OV a systém supervize. Domníváme se, že systém vzdělávání, kariérního růstu a supervize by mohl zároveň sloužit jako významná složka prevence syndromu vyhoření (burnout syndrom), kterému jsou pracovníci v ÚV, OV zvýšeně vystaveni (Labáth, V. a kol., 2001; *Metodický pokyn k poskytování supervize ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a ve školských zařízeních preventivně výchovné péče*). V praxi se negativně odráží i kvantitativní podhodnocení některých funkcí či úplná absence některých profesních pozic (zejm. terénní pracovníci).

Efektivita vynakládání finančních prostředků nepodléhá pravidelné ekonomické analýze (MŠMT, 2009b). Zdroje jsou ve vyšší míře uplatňovány na provozní a materiální zajištění oproti podpoře lidských zdrojů (zejm. vzdělávání a supervize). Problém rezortismu se promítá i do rozdílnosti finančních inves-

tic jednotlivých zařízení a jejich aktivit. Statistiky udávají, že nejnákladnější z oblastí péče o ohrožené děti ve všech rezortech je institucionální péče (zejm. velká ústavní zařízení). Nestátní organizace pak nejsou vůbec systematicky financovány a také terénní a sanační práce s rodinou není finančně systematicky ukotvena (MPSV, 2008a). Podle uváděných statistických odhadů různých NNO (např. Střep, Liga lidských práv, Rodina) se pohybují průměrné náklady na jedno dítě v zařízení ÚV, OV kolem 21–24.000 Kč měsíčně (ročně se jedná o přibližnou průměrnou částku 250–280.000 Kč na jedno dítě, záleží na typu zařízení a zřizovateli), naproti tomu průměrné náklady na jedno dítě v pěstounské péči činí přibližně 6.000 Kč měsíčně (tj. 70.000 Kč ročně) a v klasické rodinné péči (rodina se třemi dětmi) v roce 2003 představovaly náklady přibližně kolem 3.160 Kč (ČSÚ, 2003). Při efektivní práci s rodinou by navíc nebylo nutné navyšovat počet a kapacitu zařízení ÚV, OV, jak k tomu v ČR meziročně dochází (viz kapitola 1.2.2). Dosavadní způsob financování ÚV, OV je třeba změnit.

Absence systematicky realizované prevence,¹⁰ poradenství rodinám, jimž bylo odebráno dítě z péče a sanace rodinného systému. V praxi schází posilování rodičovských kompetencí a prevence prohlubování narušení rodinných vazeb a dalšího selhávání rodiny (ať už před odebráním dítěte z rodiny, nebo po ní), chybí sociální poradenství za účelem zkvalitnění péče o dítě, stejně jako příprava podmínek v rodině pro návrat dítěte. Pokud se poradenství vyskytuje, pak se zpravidla jedná o právní či pracovní poradenství poskytované neziskovými organizacemi (NNO). Konkrétní práce s rodinou ve stávajících podmínkách funguje ve formě kruhu – ohrožené dítě umístěné v institucionálním zařízení putuje systémem a pravděpodobnost návratu do rodiny se tak snižuje. Poddimenzovaná terénní práce s rodinou vede v konečném důsledku k poškození zdravého vývoje dítěte, ale i k nešetrnému čerpání veřejného rozpočtu.

Naléhavé je také upozornění kritizujících organizací a institucí na soudní *preferenci umístění dítěte do zařízení ÚV, OV* před dalšími alternativními způsoby péče (příbuzenská péče, náhradní rodinná péče aj.) a práce s rodinou. Sociální problémy a krize rodiny jsou často řešeny umístěním dítěte do zařízení institucionální výchovy, nicméně *sociální nouze rodiny by v žádném případě neměla být jediným důvodem k odebrání dítěte z rodiny* (Bittner, P. et al., 2007; OSN, 2009). Zároveň legislativní nejednotnost vymezení jevu, jakým je „zanedbávání péče“, vede k větší volnosti v rozhodování odborných pracovníků OSPOD o řešení či podhodnocení řešení. Marziali, Damianakis, Smith a Trocmé (2006) hovoří o tzv. „zanedbávání zanedbávání péče“.

Negativní konotace vnímání zařízení ÚV, OV jako represivního zařízení (často užívaného jako hrozby) a charakterizovaného nemožností změny (ná-

10 Včetně primární prevence rizikového chování dětí. Celkově je význam prevence ve školství podceňován, což dokládá i její neukotvení ve školském zákoně.

vratu). Obdobně jsou vnímáni pracovníci Oddělení sociálně-právní ochrany (OSPOD), tj. s obavami a nedůvěrou. Jejich role se tak z terénních podpůrných pracovníků zužuje na kontrolní a represivní orgán. Dobrovolně jejich služby rodina zpravidla vyhledá výjimečně, přičemž převažujícím důvodem je sociálně-právní poradenství v oblasti sociálního zabezpečení (Poradna pro občanství, občanská a lidská práva, 2003).

1.2.3.2 Aspekt dítěte a jeho charakteristik

Nahlížíme-li na slabé stránky NVP z pohledu dítěte, jeho charakteristik a toho, co je pro ně vývojově žádoucí, pak zjišťujeme, že jsou akcentovány obdobné kritické oblasti, ale jiné jejich aspekty než ty, které jsou důležité z pohledu funkčnosti systému.

V následující části textu se zaměříme na hodnocení kritických oblastí podpory a péče v zařízeních ÚV, OV z hlediska naplňování vývojových úkolů, individuálních potřeb a charakteristik dítěte, v konkrétní podobě se budeme věnovat sledování míry naplňování principů *odkázanosti, vývojového směřování a potenciality dítěte* v přístupech uplatňovaných směrem k dítěti (Helus, Z., 2004).

Odkázanost dítěte na své pečovatele je do určité doby a míry přirozeným stavem s ohledem k jeho biologickým, emočním, sociálním, kognitivním a edukačním možnostem a potřebám (blíže kapitola 1.4). Pokud nejsou bazální potřeby dítěte citlivě naplňovány, dítě strádá a vzniká deprivace. Ta se prohlubuje, jestliže je dítě udržováno v umělé závislosti (odkázanosti) bez ohledu na své rozvojové potenciality, které v důsledku toho ustrnou (Langmeier, J., Matějček, Z., 1968; Helus, Z., 2004; Říčan, P., 2004).

K odkázanosti směřují některá konkrétní systémová opatření v zařízeních ÚV, OV, která zabraňují naplňování potřeb dítěte. V první řadě jmenujme samotné *vytržení dítěte z biologické rodiny* (která je neohrožuje na životě) a jeho umístění v zařízení náhradní výchovy. Odloučení dítěte od navykklého způsobu života predikuje sekundární deprivaci. Dítě je navíc často umístěno do ústavního zařízení daleko od bydliště původní rodiny (Svobodová, M., Vrtbovská, P., Bártová, D. 2002). O tom, kam bude dítě umístěno, rozhodují diagnostické ústavy často spíše pod tlakem naplněnosti ústavů, než na základě hlediska zachování a podpory citových vazeb a kontaktu dítěte s biologickou rodinou.

K dalším mechanismům odkázanosti přispívá *separace sourozenců dle věku a zdravotního stavu*, opakované změny zařízení (zdravotnická, školská, sociální), narušující potřebu stability sociálního prostředí (UNICEF, 2006). U dětí mladších 3 let věku vyrůstajících v ústavním zařízení od raného věku (kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let) je patrná nedostatečná stimulace způsobená *neadekvátní náhradou pečující klíčové osoby*, zapříčiněná mimo jiné nedostatečným počtem pracovníků a jejich častým střídáním (Langmeier, J., Matějček, Z., 1968). Veškerá rozhodnutí o umístění dítěte by měla být učiněna

s ohledem na zajištění stabilního domova a uspokojení základní potřeby dítěte na bezpečnou a nepřetržitou vazbu k pečovateli (OSN, 2009).

Odkázanost je také způsobována nízkou mírou *zapojování dítěte do režimových a organizačních prací* v zařízení, jako je příprava pokrmů, úklid, nakupování, praní, zacházení s penězi apod. Tím se snižuje samostatnost dítěte v sebeobslužnosti, v péči o domácnost, při jednání s lidmi mimo zařízení atd. (Gottwaldová, M. a kol., 2006). Toto ve svém důsledku sehrává negativní roli při odchodu dítěte do samostatného života. Dále míru odkázanosti ovlivňuje počet dětí ve výchovné skupině i celkově v zařízení a především vysoký počet dětí na jednoho pracovníka. To se promítá do problematického zacházení s intimitou, soukromým prostorem a přispívá k problematickému navazování vztahů.

Směřování vývoje k separaci od závislosti na pečující osobě (k nezávislosti), k naplňování vývojových úkolů a k naplňování vlastních potencialit, sebepojetí a autentickému sebevyjádření (Rufo, M., 2009). Citová distancovanost pečující osoby (kterou institucionální péče predikuje) způsobuje problémy v osamostatňování i uvědomování si sebe sama, své životní linie a reálného plánování budoucnosti (aspirací, snů). Veškeré směřování podpory a péče v ÚV, OV by tedy mělo být zacíleno na přípravu dítěte na odchod ze zařízení, tj. vybavení dovednostmi a znalostmi uplatnitelnými v sociální síti mimo zařízení, posilování osobnostních potencialit, spolupráce, kdy by měla souběžně probíhat příprava rodinného systému, pokud je do ní návrat možný. Nicméně se ukazuje, že v některých zařízeních není cílené přípravě dětí a mladistvých na odchod do samostatného života věnován dostatek pozornosti (Gottwaldová, M. a kol., 2006). Zároveň absentují metodiky, které by rozpracovávaly výchovné a speciálně pedagogické postupy.

Přirozený proces směřování dítěte narušuje časoprostorová organizovanost a řízenost činností v zařízeních NVP a stálá míra dohledu (Helus, Z., 2004). Některé děti obtížně prožívají nedostatek soukromí (zejm. při potřebě si „zalezt“, poplakat, schovat se před světem a ostatními). Nicméně na nedostatek soukromí a neustálou míru řízenosti si děti v zařízení natolik navyknu, že v samostatném životě mohou prožívat neschopnost sebeřízení a zvládání samoty. Zároveň hraje významnou roli i samotné nepřirozené shromáždění dětí ve výchovných skupinách, které se „musí“ naučit společně žít, tolerovat se, sdílet prostor a čas. Zejména je problematické soužití dětí bez rizikového chování a s rizikovým chováním, absence zařízení specializujících se na výchovně terapeutickou péči o děti vyžadující výchovně léčebný režim a děti s extrémními poruchami chování, stejně jako nedostatečně oddělená ústavní a ochranná výchova probíhající v jednom zařízení (UNICEF, 2006). Nedostatečná diferenciací podpory a péče podle potřeb dětí ovlivňuje jejich směřování tím, že se děti setkávají s rizikovými projevy chování, které vlivem preferování vrstevnických vzorů v prepubescenci a pubescenci mohou sehrát negativní roli při utváření sebepojetí a aspirací dítěte.

Nedostatek podpory vzdělávání a volnočasových aktivit mimo institucionální zařízení může způsobovat nízkou míru sociální integrace dítěte do komunity vně zařízení a pocity ohrožení způsobené nedostatečnou orientací v sociálních sítích a vztazích vnějšího světa (vzniká tzv. skleníkový efekt). Dítě si navyká na obvyklé způsoby života uvnitř zařízení a příležitosti k samostatnému objevování světa mimo tento prostor se mu dostává sporadicky. Naučené vzorce chování jsou často neuplatnitelné za zdmi zařízení. Zařízení institucionální výchovy definuje Matoušek (1999) jako svět sám pro sebe (do jisté míry), v němž je život předvídatelnější (strukturovanější) a jednodušší než v okolním sociálním prostředí.

Rozvoj vývojových potencialit dítěte, tj. jeho vzdělávacích možností v rámci formálního i neformálního vzdělávání, nadání a zájmů je vlivem sociálních podmínek buď podporován, nebo blokován. U dětí umístěných v ÚV, OV je nutné předpokládat negativní vliv nežádoucích sociálních podmínek, traumatizujících a deprivacních zkušeností při naplňování vývojových potencialit a jejich vliv na kumulaci dalších obtíží ve vzdělávacím procesu. Jednou z bariér může být nedostatečná vnímavost a flexibilita reagování pečující osoby vůči potřebám dítěte. K aktualizaci a využívání potencialit vede zejm. pozorná vstřícnost a tělesný kontakt, verbální podněcování, materiální a smyslová podnětnost prostředí, důvěra ve schopnosti dítěte vytvářející sebezhdnocující sebepojetí, kdy dítě vnímá samo sebe jako schopné (Helus, Z., 1979), formování rozvinutého jazykového kódu (Bernstein, 1975, in: Průcha, J., 2005) a posilování perspektivní orientace do budoucnosti (představa o kvalifikaci, aspiracích). Častým zdrojem blokování potencialit je strach ze selhání, implicitně (nevědomě) z odmítnutí („když nesplním požadavek, nebudu milován“) a zacyklení v syndromu naučené bezmocnosti (Helus, Z., 2004; Vágnerová, M., 2005).

Bloky v naplňování vývojových potencialit dětí na úrovni zařízení NVP jsou četné a mnohé byly jmenovány v předchozím textu. Protektivně působí především příležitost pro formální i neformální vzdělávání a naplňování speciálních vzdělávacích potřeb, docházení do zájmových organizací mimo zařízení, podnětnost prostředí vzhledem k individuálnímu nadání. To je ovlivněno nabídkou služeb v regionu a její dostupností. Míra zapojení dětí se speciálními vzdělávacími potřebami do zájmového a neformálního vzdělávání je obecně velmi nízká a nahodilá (GAC, 2009a). Příčiny jsou udávány na úrovni společnosti, na straně organizace poskytující vzdělávání a na straně dítěte a jeho pečujícího systému. Na straně společnosti se jedná o celospolečenské klima nepřívýklé na inkluzivní principy, nerovnoměrně rozvinutá regionální infrastruktura dostupnosti nabídky, podpůrných a asistentských služeb a v neposlední řadě specifika handicapu. Na straně organizace, která poskytuje zájmové a neformální vzdělávání, hraje významnou roli přesvědčení o smyslu sociální inkluze, informovanost a příprava pedagogických pracovníků, dostatek finančních zdrojů na

snížení počtu dětí ve skupině, zabezpečení materiálního a personálního zajištění a podpůrných služeb. Na straně dítěte a zařízení ÚV, OV hraje roli důvěra v dítě a jeho připravenost na širší kolektiv, přesvědčení o významu sociální integrace do komunity, zájem na straně dítěte a jeho další specifika, finanční zdroje (GAC, 2009a). Podstatnou roli dále hraje charakter a formy sociálních vazeb v zařízení ÚV, OV (způsoby oslovování mezi pedagogickými pracovníky a dětmi/mladistvými, vzájemné vztahy mezi pracovníky, existence klíčového pracovníka, který je jakýmsi patronem dítěte a zajišťuje kontinuitu podpory a péče v zařízení) a způsoby zvyšování výkonové motivace.

Odkázanost, směřování a potencialita jsou základní charakteristiky dětství, které je třeba v jakékoliv fázi přemýšlení o pomoci ohroženým dětem v zařízeních institucionální výchovy zohledňovat. Vnímáme je jako leitmotiv veškeré podpory a péče i transformačních snah.

1.2.4 Navrhovaná opatření

Opatření směřujících ke zkvalitnění podpory a péče v zařízeních NVP je nespočetné množství, je možné na ně nahlížet z pohledu dlouhodobosti cílů, z hlediska různých rezortů nebo z úhlu objektů vstupujících do systému péče. Mnohá opatření zazněla již v předchozím textu, proto se nezaměříme na vytvoření uceleného seznamu možných opatření, ale pokusíme se formulovat zejména ta, která považujeme za stěžejní na úrovni *změn legislativy a řízení, nabídky služeb, zařízení ÚV, OV, a z pohledu dětí umístěných v ÚV, OV a jejich rodin*. Vycházeli jsme z dostupných dokumentů a analýz (Gotwaldová a kol., 2006; Bittner, P. et al., 2007; Veřejný ochránce práv, 2007; MPSV, 2009a, 2009b, 2009c; MŠMT, 2009b; OSN, 2009).

Legislativa a řízení

Bazálním opatřením transformace a sjednocení podpory a péče je mezirezortní revize legislativních dokumentů. Novelizace by měla zajistit provázanost a jednotnost přístupu k ohroženým dětem (MPSV, 2009b; MŠMT, 2009b). Terminologické sjednocení se jeví jako nemožné vzhledem k různým filozoficko-teoretickým koncepčním paradigmatům, nicméně hledání konsenzu chápeme jako základní stavební kámen pro zahájení koordinované spolupráce a metodického sjednocení postupu jednotlivých pracovníků různých rezortů.

Je nezbytné legislativně ošetřit opatření zabráňující odebrání dětí z rodin ze sociálních důvodů. Na základě rozumných odborných hledisek je třeba vytvořit a důsledně aplikovat vhodná kritéria na posuzování situace dítěte a rodiny, včetně jejích skutečných nebo potenciálních schopností poskytnout dítěti péči (OSN, 2009).

Zvýšit informovanost soudců pro mládež a státních zastupitelů o legislativních deficitech v kontextu praxe a dopadu jejich rozhodnutí na dítě/mladistvého (např. nenařizovat ÚV pouze ze sociálních důvodů, nařizovat ÚV na dobu určitou, pokud jsou rodiče ve výkonu trestu odnětí svobody, sjednotit důvody pro ukládání OV, neukládat dítěti mladšímu 15 let, které spáchalo trestný čin opatření podle § 93, odstavce b) zákona 218/2003 Sb., „zařazení do terapeutického, psychologického nebo jiného vhodného výchovného programu ve středisku výchovné péče“ apod.).

Nabídka služeb

K prioritním opatřením na straně systému a jeho funkčnosti patří posílení preventivních složek práce s ohroženými dětmi a jejich rodinami. Z tohoto důvodu je navrhováno posílení funkce SVP a jejich spolupráce se školami a PPP. Zároveň by měla být změněna funkce pracovníků OSPOD, jejichž činnost je v současné době více méně omezena na výkon kontrolních a represivních opatření (MPSV, 2009c). V budoucnu by měli sehrávat klíčovou roli koordináčnických pracovníků multidisciplinárních týmů, které se budou realizovat při screeningu, prevenci a poskytování podpory ohroženým dětem a jejich rodinám. S tímto předpokladem však souvisí zvýšení počtu pracovníků na jednoho klienta (klientem je myšleno dítě a jeho rodina).

Dále je požadován rozvoj komplexní a zároveň dostatečně diferencované sítě služeb vzhledem ke specifickým potřebám dítěte a jeho rodiny. Tato síť by měla být provázaná a dostupná na komunitní úrovni v jakékoliv fázi práce s dítětem a měla by být tvořena specializovanými, ambulantními a následnými službami s těžištěm v profesionální péči orientované na potřeby dítěte a práci s celým rodinným systémem (např. kurzy rodičovství a podpůrné rodičovské skupiny, rozvoj dovedností potřebných pro řešení konfliktů, podpora pozitivních vztahů mezi rodiči a dítětem). Podpůrné sociální služby musí nabývat integrované povahy, minimalizovat zásah do soukromí rodin a v nejvyšší míře aktivizovat a mobilizovat vlastní zdroje rodiny a komunity. Ideální forma fungování poskytované podpory a péče ohroženému dítěti a jeho rodině by měla nabývat tvaru hvězdice, tj. dítě a jeho rodina stojí v centru pozornosti provázané sítě podpůrných zařízení nabízejících adekvátní formu podpory a péče. Přičemž v každém okamžiku péče je prioritním zájmem možnost života dítěte v rodině, ať už v původní či náhradní (schéma 1). Schéma hvězdice jsme sestavili na základě analýzy systému péče o ohrožené děti v ČR. Možnosti poskytované podpory a péče by měly být využívány postupně, každá další forma by měla být flexibilně aplikována při selhání předchozí, a to při zachování okamžité pomoci dítěti v situaci ohrožení (schéma 2).

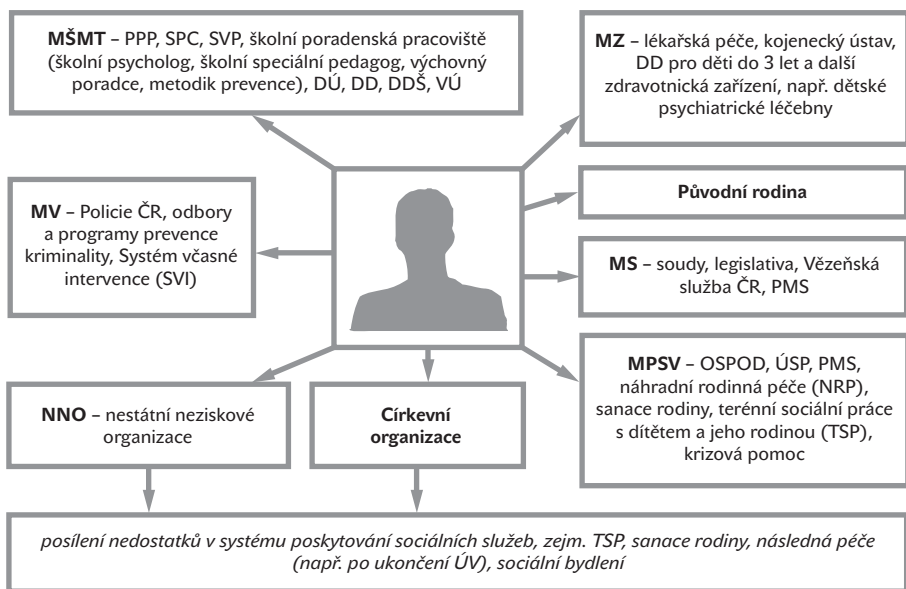


Schéma 1 | Hvězdice – ideální forma fungování poskytované podpory a péče o ohrožené děti – dostupnost a provázanost podpory a péče v jakémkoliv okamžiku života dítěte (schéma vytváříme na základě analýzy systému péče o ohrožené děti v ČR)

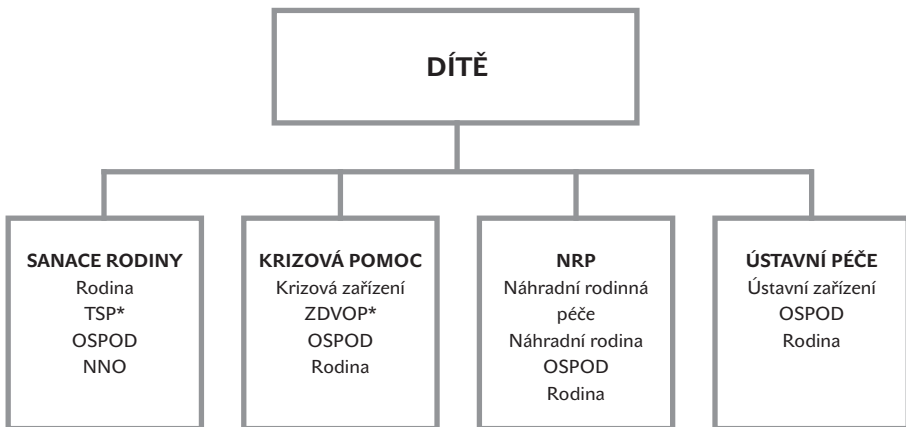


Schéma 2 | Systém okamžité pomoci dítěti v ohrožení (podle Laurenčíková, K., 2009)

* TSP je zkratka pro terénní sociální práci, ZDVOP znamená zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, další zkratky viz seznam použitých zkratk.

Nutné je propracování systému následné péče a podpory jedincům, kteří opustili zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy (sociální bydlení, individuální plán podpory po ukončení péče apod.). Tyto služby v současném systému téměř absentují.

Zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy

Zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy (dále také zařízení pro výkon ÚV, OV) by měla být individualizována, počty dětí na jednoho pracovníka by se měly významně snížit. Z tohoto hlediska je třeba, aby byly posilovány *alternativní modely péče* (přeměna zařízení pro výkon ÚV, OV do méně institucionalizované a decentralizované podoby – „byty“ v běžné zástavbě, profesionalizace a supervize pěstounské péče apod.).

Ke zkvalitnění podpory a péče by měly napomoci *Standardy kvality práce v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče (dále také jako Standardy)*,¹¹ na jejichž tvorbě začalo MŠMT v roce 2009 pracovat. Standardy představují klíčový nástroj pro nastavení podmínek v zařízeních tak, aby byla naplňována práva dětí vyrůstajících v systému náhradní výchovné péče a zároveň se zvýšila kvalita poskytovaných speciálně pedagogických, psychologických, terapeutických a sociálních služeb. Standardy by měly definovat požadavky na pracovníky, na samotné zařízení a poskytovanou podporu a péči. Zejména by měly stanovit požadavky na roli profesionála v zařízeních pro výkon ÚV, OV z hlediska kvalifikačních předpokladů, systému kariérního růstu a supervize, požadavky na zařízení, jeho součinnost s dalšími institucemi participujícími na péči o konkrétní dítě a kontrolní mechanismy. Z hlediska poskytované podpory a péče by měly být rozpracovány konkrétní fáze péče (tj. včetně přípravy na vstup do samostatného života a následná podpora a péče) a její cíle vzhledem k charakteristikám dítěte (MŠMT, 2009b).

Současně by měla být vysoká priorita kladena na *nastavení komplexní a kontinuální metodické podpory* pedagogických pracovníků v zařízeních institucionální výchovy. Cílem je vytvoření a implementace dílčích metodik práce pro jednotlivé typy zařízení a jejich evaluačních nástrojů. Zároveň je stěžejní, aby došlo k provázání kontrolních mechanismů v návaznosti na finanční zdroje.

Děti umístěné v zařízeních institucionální výchovy a jejich rodina

Umístění dítěte v zařízeních pro výkon ÚV, OV by nemělo být vnímáno jako trest pro rodinu (či dítě), ale jako šance na sanaci vzniklých problémů. Pro

11 V průběhu roku 2009 a 2010 MŠMT pracovalo ve spolupráci s Národním fondem vzdělávání a organizací LUMOS na tvorbě Standardů kvality práce v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče, avšak obsah pracovní verze Standardů byl v rámci interního připomínkového řízení MŠMT doporučen k dopracování, neboť nedostály cílům transformace. Další návazné práce na Standardech nebyly realizovány. Pracovní verze nebyla poskytnuta širší odborné veřejnosti k připomínkám.

práci s rodinou by měl být vytvořen *individuální plán pro rodinu*, který by predikoval aktivnější zapojení dítěte a jeho rodiny do řešení vzniklé situace (Rieger, Z., 2009). Tento požadavek však vyžaduje nutnost posílení pozic terénních speciálně pedagogických a sociálních pracovníků, kteří by docházeli do rodin a pomáhali při rozvoji rodičovské kompetence a vytvoření podmínek pro návrat dítěte. Součástí plánu musí být pravidelné přezkoumání a posouzení vhodnosti zajištěné podpory a péče (OSN, 2009).

Je zřejmé, že vždy budou existovat děti, které nemohou být z různých důvodů vychovávány ve vlastní či náhradní rodině. V tomto ohledu je třeba zaujímat *nestigmatizující postoj* vůči zařízením institucionální výchovy a ochraňovat dítě a jeho rodinu před negativním nálepkováním (labellingem) v průběhu diagnostické, preventivní, výchovné, terapeutické a následné podpory. Zařízení pro výkon ÚV, OV by měla být nízkokapacitní a měla by se co nejvíce podobat prostředí rodiny nebo malé skupiny (bytové jednotky v běžné zástavbě). Naplňovat požadavek zákona č. 109/2002 Sb., a realizovat oddělenou péči a ubytování dětem, které potřebují výhradně ochranu a náhradu rodinné péče (ÚV) a zvláště dětem podléhajícím systému trestní justice (OV).

Zařízení musí mít *propracovaný systém následné podpory* (cílená a systematická příprava dítěte, mladistvého či mladého dospělého na vstup do samostatného života, posilování sociálních a životních dovedností umožňujících soběstačnost a integraci do společnosti, vytváření sítě sociálního bydlení v rámci komunitního plánování, poradenství a případně dohled apod.). V procesu přechodu dítěte ze zařízení do života je třeba brát ohled na pohlaví, věk a vyzrálост dítěte a další zvláštní okolnosti.

Dětem umístěným v institucionální výchově je nutné zajistit kvalitní, kvalifikovanou a multidisciplinární podporu a zvyšovat tak kvalitu jejich života. Jsme si vědomi toho, že samotná profesionalizace ve smyslu kvalifikovanosti pracovníků není rozhodující, stejně důležité jsou osobností předpoklady pracovníků a jejich psychická způsobilost. Výběr pracovníků do takto náročných profesních pozic nesmí být otázkou nahodilosti (Rauchfleisch, U., 2000). Na závěr této kapitoly uvádíme shrnující přehled (tab. 11) klíčových kritických oblastí systému podpory a péče o ohrožené děti a stanovení navrhovaných opatření. Při jejich identifikaci jsme vycházeli z dostupných mezinárodních a národních výzkumných šetření a analýz (OSN, 2003; Rady Evropy, 2005; UNICEF, 2006; Gottwaldová, M. a kol., 2006; Bittner, P. et al., 2007; Veřejný ochránce práv, 2007; MV ČR, 2004, 2007a; Staněk, M., 2008; MPSV, 2008a, 2009a, 2009b, 2009c; MŠMT, 2009b; OSN, 2009).

Kritické oblasti		Návrhy na opatření
Systém	Legislativní nedostatky	■ Revize a reforma legislativy – ošetření chybějících aspektů (např. přezkoumání rozhodnutí o umístění dítěte) a konkretizace pojmů (např. nejvyšší zájem dítěte)
	Rezortní roztříštěnost	■ Mezirezortní koordinační skupina (řídí MPSV) ■ Transformační dokumenty – sjednocení cílů a jejich koordinace
	Terminologická nejednotnost	■ Využívání nestigmatizující terminologie (např. v kontextu školství upustit od termínu sociálně patologické jevy a zavést pojem rizikové chování)¹² ■ Diskuse o terminologickém konsenzu
	Absence standardů kvality práce	■ Ošetření povinného vzdělávacího standardu pracovníka ÚV, OV (kvalifikace, kariérního růstu a supervize) ■ Kontrolní mechanismy
Zařízení	Vysoká nákladovost zařízení institucionální výchovy	■ Změna financování zařízení pro výkon ÚV, OV (ne dle počtu lůžek) ■ Restrukturalizace zařízení pro výkon ÚV, OV z tzv. „velkých útavů“ na individualizované jednotky ■ Transparentnost financování
	Nedostatečná diferenciací zařízení pro výkon ÚV, OV	■ Navýšení specializovaných zařízení poskytujících péči dětem vyžadujícím výchovně léčebný režim (děti s psychiatrickými obtížemi, se závislostním chováním aj.) ■ Aplikace výchovně vzdělávacích a terapeutických metod ■ Důsledné oddělení výkonu OV od ÚV
	Vysoký počet dětí v ÚV, OV a minimální účast dětí (na chodu zařízení i rozhodování o své budoucnosti)	■ Deinstitutionalizace, individualizace zařízení ve smyslu vytváření nízkokapacitních zařízení ■ Zapojení soukromých a nestátních organizací do zřizování a provozování zařízení péče o ohrožené děti ■ Zvýšení funkčnosti a informovanosti judikatury (alternativní formy péče, neukládání ústavní výchovy z bytových či majetkových důvodů) ■ Posílení a profesionalizace pěstounské péče ■ Sanace rodiny dítěte umístěného v institucionální výchově

¹² O legislativní prosazení pojmu rizikové chování, který by nahrazoval aktuálně legislativně ukotvený pojem sociálně patologické jevy, usiluje Centrum adiktologie ve spolupráci s IPPP ČR již od roku 2005. V současné době tuto tendenci deklarovalo také MŠMT a přihlásilo se k zodpovědnosti za aktualizaci terminologie užívané v oblasti péče o ohrožené děti (prezentováno na 6. ročníku mezinárodní konference Primární prevence rizikového chování „Možnosti a cesty primární prevence“, konané 2–3. 11. 2009 Centrem adiktologie 1. LF UK Praha) a zakomponováním pojmu rizikové chování do Metodického doporučení k realizaci primární prevence rizikového chování dětí a mládeže.

Kritické oblasti		Návrhy na opatření
Zařízení	Dlouhodobé až celoživotní umísťování dětí v zařízeních pro výkon ÚV, OV	■ Pravidelné přezkumy vhodnosti podpory a péče pro dítě (metodika) ■ Soudy – ukládat ÚV jako opatření dočasné povahy, na dobu určitou ■ Aktivní sanace původních rodin dětí (OSPOD, pracovníci institucionální výchovy)
	Metodická nejednotnost a nedostatky	■ Aplikace systému včasné intervence (MV ČR, 2007b) ■ Zpracování metodiky řešení útěků ze zařízení institucionální výchovy ■ Metodika přípravy dětí na ukončení pobytu v zařízení a metodika následné podpory
Dítě a jeho rodina	Podceňování preventivní práce	■ Zpracování Standardů prevence rizikového chování ■ Ve školách realizace pouze certifikovaných programů primární prevence rizikového chování ■ Posílení SVP v síti služeb, vč. posílení spolupráce PPP a SVP (legislativní vymezení kompetencí a spolupráce) ■ Posílení terénní preventivní složky OSPOD
	Absence systémového přístupu k práci s rodinou (sociální prevence)	■ Legislativní a metodické ukotvení práce s rodinným systémem (terénní práce, sanace rodiny, posilování rodičovské kompetence, rodičovské skupiny, poradenství)
	Nedostatečná síť služeb a absence následné podpory a péče	■ Zvýšit dostupnost služeb v komunitě ■ Služby komplexní, diferencované, provázané
	Nedostatečný kontakt mezi rodinou a dítětem	■ Umísťování dětí v blízkosti původního bydliště ■ Sanace rodiny
	Nedostatek příležitostí pro rozvoj potenciál dítěte	■ Posilování vzdělávací a volnočasové nabídky v zařízeních pro výkon ÚV, OV i mimo zařízení ■ Zajištění kontinuity vzdělávání

Tabulka 11 | Klíčové kritické oblasti ve funkčnosti systému péče o ohrožené děti

1.3 Standardy kvality péče o děti mimo domov v mezinárodním kontextu

Z předchozího textu vyplývá, že plánovaným klíčovým výstupem transformačních snah v oblasti zvýšení kvality péče o ohrožené děti umístěné v zařízeních pro výkon ÚV, OV v ČR by měly být Standardy kvality práce v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče (dále jen Standardy kvality práce NVP nebo Standardy). Potřeba vytvoření Standardů kvality práce pro náhradní rodinnou a výchovnou péči je naléhavá a reflektuje obdobné a dlouhodobé snahy v Evropě, kde *Standardy pro péči o děti mimo domov* vznikly v roce 2007. Tyto standardy byly ustanoveny na základě rozsáhlého výzkumného šetření tří významných mezinárodních organizací, participujících na péči o ohrožené děti, **FICE** (Fédération Internationale des Communautés Educatives), **IFCO** (International Foster Care Organisation) a **SOS vesničky** (SOS Kinderdorf International). Jmenované organizace se pro účely definování standardů sdružily v projektu Quality4Children (zkratka projektu Q4C), proto jsou *Standardy pro péči o děti mimo domov v Evropě* (2007) nazývané také jako *Standardy Q4C*. Konečná podoba dokumentu je vnímána jako doplněk k doporučení Rady Evropy (2005) ohledně práv dětí žijících v ústavěch v členských státech. V současné době existuje tendence, aby se Standardy Q4C (2007) staly základem *jednotných evropských standardů v oblasti péče o dítě mimo vlastní rodinu*.¹³

Standardy Q4C (2007) byly zpracovány za účelem zajištění a zlepšení situace a možností rozvoje dětí a mladistvých v péči mimo vlastní domov v Evropě. Zaměřují svou pozornost na péči o ohrožené děti jako komplex, tj. definují principy podpory pro samotné děti, ale i jejich biologické rodiny a osoby a instituce participující v péči o ně. Domníváme se, že Standardy Q4C (2007) mohou sloužit jako inspirativní nástroj pro vytvoření metodik práce s dětmi umístěnými v zařízeních NVP. Standardy obsahují tři základní oblasti – přijetí do péče, proces péče a opouštění péče; implikují 18 standardů:

A. Rozhodování a přijímání dětí do péče. Proces rozhodování je diferencován do dvou fází: 1) zhodnocení situace dítěte, jeho rodinné situace, 2) hledání vhodných možností pro dítě a volbu té nejlepší. Průběh procesu umístění (přijetí do péče) ovlivňuje proces adaptace na novou životní situaci.

1. *Dítě a jeho původní rodina získávají podporu během procesu rozhodování.* Je jmenována klíčová osoba odpovědná za poskytování podpory dítěti a jeho rodině v průběhu procesu rozhodování i během celého procesu péče mimo domov. Obdobný požadavek vznáší MPSV (2009b), kde je

13 Zatím byla zahájena jednání s odpovědnými institucemi ve 13 evropských zemích. Česká republika v tomto seznamu zatím nefiguruje.

do pozice klíčového pracovníka delegován sociální pracovník OSPOD. Nejvyšší prioritou je bezpečnost a zájem dítěte.

2. ***Dítě je zmocněno k účasti na procesu rozhodování.*** Dítě je informováno přiměřeným způsobem, odpovídajícím jeho věku a stupni zralosti. Názor dítěte je zjišťován citlivým způsobem.
 3. ***Profesionální proces rozhodování zajišťuje nejlepší péči pro dítě.*** Jsou poskytovány informace o potenciálních důsledcích umístění. Proces je participační a transparentní.
 4. ***O sourozence se pečuje společně.***
 5. ***Přechod do nového domova je dobře připraven a citlivě realizován.*** Profesionální příprava a realizace procesu přijetí. Je k dispozici dostatek zdrojů informací.
 6. ***Proces péče mimo domov se řídí individuálním plánem rozvoje,*** který zohledňuje individuální potřeby dítěte a vychází z multidisciplinárního zhodnocení potenciálu dítěte. Plán je pravidelně vyhodnocován a aktualizován.
- B. Proces péče zahrnuje skutečnou péči, pomoc a podporu od pečovatele.**
7. ***Umístění dítěte vyhovuje jeho potřebám, životní situaci a původnímu sociálnímu prostředí.*** Kvalita podpory a péče je pravidelně prověřována.
 8. ***Dítě udržuje kontakt se svou původní rodinou,*** je-li to v zájmu dítěte. Pečovatelská organizace podporuje původní rodinu v chápání situace dítěte a povzbuzuje rodinu, aby dítěti pomáhala.
 9. ***Pečovatelé jsou kvalifikovaní a mají odpovídající pracovní podmínky.*** Kvalifikační profil musí splňovat všichni pedagogičtí pracovníci.
 10. ***Vztah pečovatele s dítětem je založen na porozumění a úctě,*** což umožňuje vytvoření blízkého, upřímného, důvěrného a stabilního vztahu.
 11. ***Dítě je zmocněno k aktivní účasti na rozhodováních, která se přímo týkají jeho života.*** Musí být vyvinuty a uplatňovány nástroje pro participaci dítěte na procesu rozhodování.
 12. ***Dítěti se dostává podpory a péče ve vhodných životních podmínkách,*** tj. z hlediska životní úrovně a infrastruktury jsou uspokojovány potřeby dítěte vzhledem k pohodlí, bezpečí, zdravým životním podmínkám a neomezenému přístupu ke vzdělání a do komunity.
 13. ***Dětem se speciálními potřebami se dostává vhodné podpory.*** Pečovatelé jsou průběžně proškolení a podporováni odbornou sítí, aby byli schopni dostát tomuto požadavku.

14. *Dítě (každého věku) je průběžně připravováno na samostatný život.* Tato příprava zahrnuje osobnostní rozvoj, získávání znalostí a dovedností potřebných pro samostatný život (zvládání denních povinností, péče o sebe, zacházení s penězi, zvládání právních záležitostí aj.) a integraci do sociální sítě (zapojení se do sociální sítě a udržování kontaktu s lidmi v této síti).

C. Proces opouštění péče je procesem osamostatnění nebo návratu do původní rodiny, zahrnuje podporu poskytovanou dosavadním pečovatelem.

15. *Proces opouštění péče je důkladně plánován a realizován.* Je založen na individuálním plánu rozvoje, jenž definuje stav rozvoje dítěte. Stanovuje cíle a opatření, zdroje potřebné k podpoře celkového rozvoje během procesu opouštění péče. Dítě, mladistvý a mladý dospělý se aktivně účastní procesu příprav a rozhodování. Je poskytována adekvátní následná podpora.
16. *Komunikace v procesu opouštění péče je vedena užitečným a vhodným způsobem.* Všem participujícím stranám jsou poskytovány potřebné informace v souladu s jejich rolí v procesu opouštění péče.
17. *Dítě (každého věku) je zmocněno k účasti na procesu opouštění péče.* Je povzbuzováno při vyjadřování svých očekávání a pochybností. Pečovatelem je zajištěno, aby získalo dostupné informace pro odpovědné rozhodnutí, a je podporováno při přijímání rozhodnutí i při byrokratických a právních procedurách (samozřejmě úměrně svému věku a schopnostem).
18. *Jsou zajištěny možnosti sledování, trvalé podpory a kontaktů.* Měl by být vypracován plán následné podpory, který definuje stav rozvoje dítěte, mladistvého či mladého dospělého, stanovuje cíle, opatření a způsob podpory a udržování kontaktu.

Standardy Q4C (2007) poskytují deskripci jednotlivých fází procesu umístění dítěte mimo jeho původní rodinu. Deklarují, že každá z fází musí být evaluována a v každé z jednotlivých fází musí být možný návrat dítěte do jeho biologické rodiny. Dítě ani jeho původní rodina nejsou stavěni do pozice viníků dané situace, ale jsou vnímáni jako partneři, kteří potřebují informace a odbornou podporu. Standardy Q4C (2007) detailně rozpracovávají fázi přípravy na odchod ze zařízení do samostatného života. Téma přípravy dětí/mladistvých na ukončení umístění v zařízení pro výkon ÚV, OV není v České republice legislativně ani metodicky ošetřeno a rozpracováno, přestože je opakovaně od roku 2003 mnoha studiemi označováno za klíčovou kritickou oblast současného systému péče (OSN, 2003; Rada Evropy, 2005; Veřejný ochránce práv,

2007; Gjuričová, J., 2007). Bohužel však ani materiály k transformaci náhradní výchovné péče, ani aktuální pracovní podoba Standardů kvality práce v zařízeních pro výkon ÚV, OV a preventivně výchovné péče nepřinášejí perspektivu konkrétního řešení tohoto zásadního nedostatku.

1.4 Typologie osobnosti dítěte v zařízení pro výkon ÚV, OV

Osobnost dětí a mladistvých umístěných v zařízeních ústavní a ochranné výchovy nelze typologizovat na základě obecných podobností (Matoušek, O., Kroftová, A., 2003). Koudelková (1995) varuje před homogenizací přístupů ke skupinám dětí a mladistvých s rizikovým chováním, neboť její efektivita je sporná. Odborná veřejnost odmítá pojetí univerzálních rysů osobnosti dítěte v NVP a poukazuje na to, že je pouze možné provádět diferenciaci na základě podobnosti osobnostních znaků, determinujících zkušeností v životní linii jedince a jeho projevů v chování. Tyto znaky je pak možné komparovat, vytvářet podobné skupiny rizikovosti a na podkladě těchto podobností konceptualizovat obecné postupy práce s dětmi a mladistvými v NVP, které následně pracují s dítětem jako jedinečnou individualitou. Považujeme za nezbytně nutné zdůraznit, že je prioritní vyhnout se zobecňujícím soudům a soustředit se na rizikového jedince jako na individualitu s jedinečným osobnostním spektrem, s jedinečnou strukturou souvislostí a příčin vzniku rizikového chování. S vědomím těchto premis je možné definovat společné rysy osobnosti dítěte se zkušeností institucionální péče.

Společným symptomem dětí umístěných v zařízení institucionální výchovy je *zážitek psychické deprivace a subdeprivace* (Langmeier, J., Matějček, Z., 1968). Dlouhodobé odloučení dítěte od pečující klíčové osoby bez potřebné náhrady vede k hlubokému narušení vývoje jeho osobnosti (Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006). Platí, že čím mladší dítě je umístěno do náhradní výchovné péče, tím většímu počtu a rozsahu neuspokojování základních psychických potřeb, plynoucích z absence klíčové pečující osoby, je vystaveno a tím více negativně je ovlivněn jeho budoucí vývoj. Rozsah postižení je přímo úměrný rozsahu traumatizace. K deprivaci dochází, jestliže nejsou konzistentně, smysluplně a trvale uspokojovány potřeby dítěte. Subdeprivace je mírnější, latentní a obtížně identifikovatelná forma deprivace, kterou může způsobovat nedostatečná akceptace dítěte, zvýšená kritičnost, nízká empatie k dítěti. Klinický obraz subdeprivace vykazuje drobné a méně nápadné odchylky, které např. ztěžují adaptaci na školu. Subdeprivační a deprivační zkušenost a její následky vycházejí z působení interních a externích rizikových faktorů a nesou tudíž individuálně typický obraz (Langmeier, J., Matějček, Z., 1968; Vágnerová, M., 2005).

Deprivace se dělí podle druhu neuspokojovaných potřeb na *biologickou, motorickou, senzorickou, sociální, citovou* (potřeby lásky a jistoty). *Absolutní* deprivace je označením pro neuspokojování bazálních existenčních potřeb. Langmeier s Matějčkem (1968) stanovili pět základních oblastí psychických potřeb:

1. **Potřeba náležité stimulace** – její uspokojení umožňuje naladit organizmus na určitou žádoucí úroveň aktivity.
2. **Potřeba smysluplného světa (řád a jeho srozumitelnost)** – uspokojení této potřeby umožňuje, aby chaotické podněty vnějšího světa bylo dítě schopno přetransformovat do podoby zkušenosti, poznatků, důležitých pro jakékoliv učení. Děti umístěné v ústavních zařízeních se adaptují na vnitřní podmínky, toto přizpůsobení však může být pro život mimo ústav kontraproduktivní.
3. **Potřeba životní jistoty založené na stabilním citovém vztahu (attachment), potřeba bezpečí** – je podmínkou pro pocit životní jistoty a žádoucí vnitřní integrace osobnosti dítěte. Citová deprivace je dle Vágnerové (2005) způsobena nedostatkem specifických podnětů, absencí stabilního a spolehlivého vztahu s klíčovou (pečující) osobou a z toho vyplývajícím nedostatkem jistoty a bezpečí (blíže kapitola 2). Dle výzkumů Gottwaldové a kol. (2006) schází mezi dětmi/mladistvými a pedagogickými pracovníky prostor pro důvěrnost a intimitu. Je to dáno jednak fluktuací pedagogických pracovníků, kdy odchod „blízkého“ člověka dítě vnímá jako odmítnutí, tedy bolestivý trest a zklamání, což má za následek budoucí problematické navázání jakýchkoliv blízkých vztahů. Vysoký počet dětí na jednoho pracovníka časově i kapacitně znemožňuje vytvoření bližšího a důvěrnějšího vztahu. Paralelu rizika vysokého počtu dětí ve výchovných skupinách můžeme nalézt také ve výzkumech rizikových faktorů vzniku poruch chování, které udávají, že počty dětí v rodině vyšší než čtyři implikují vyšší riziko vzniku poruch chování (Farrington, D. P., 1994, 2007). Ve výchovných skupinách jednotlivých typů zařízení ÚV, OV přitom může být umístěno dle platné legislativy od 4 až do 8 dětí,¹⁴ přičemž počty dětí se častěji pohybují u vyšší hranice. Kvalita vztahů je tedy přímo úměrná počtu dětí na jednoho pedagogického pracovníka.
4. **Potřeba identity, nalezení vlastního místa ve světě, potřeba sociálního zařazení** – uspokojení této potřeby je podmínkou pro osvojení žádoucích sociálních rolí, životních cílů a sociální integrace do společnosti.

14 Počty dětí umístěných ve výchovných skupinách určuje zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, v platném znění pozdějších předpisů. Ve výchovné skupině v DÚ může být umístěno 4–8 dětí a mladistvých, ve VÚ 5–8 dětí a mladistvých, v DD 6–8 dětí a mladistvých a v DDŠ 5–8 dětí a mladistvých.

5. **Potřeba životní perspektivy – otevřené budoucnosti jako zdroje naděje.** Výzkumný tým Gottwaldové a kol. (2006) dokládá, že děti a mladiství se v otázkách budoucnosti zabývají dvěma ústředními tématy: a) termín ukončení uložené či nařízené ústavní výchovy, b) strach a bezmoc z nejasné budoucnosti. Vize budoucnosti bývá spojována s idealizovanou představou svobody, jejíž reálné obrysy však děti a mladiství nedokážou vyjádřit.

Institucionální deprivace (*skleníkový efekt*) je důsledek dlouhodobého umístění dítěte v NVP. Někteří autoři ji vnímají jako specifickou formu psychické deprivace (např. Langmeier, J., Matějček, Z., 1968; Kovařík, J., 2008; Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006; Gottwaldová, M. a kol., 2006), kdy systém péče určený k ochraně dítěte v konečném důsledku druhotně poškozuje jeho psychický stav. Jedná se o sekundární deprivaci, kdy kromě citového strádání dochází k posilování nežádoucí vazby na institucionální prostředí a k oslabování schopnosti obstat v samostatném životě mimo zařízení. Dochází tedy k adaptaci na umělé ústavní podmínky, což je doprovázeno snižující se schopností adaptace na neústavní život. Zároveň stereotypní prostředí, z něhož se nedá uniknout, snižuje schopnost tolerance a zvyšuje psychickou vulnerabilitu, rizikovost a impulzivitu chování (Helus, Z., 2004).

Následky vyplývající z deprivací zkušenosti dále v textu diferencujeme podle základních deficitních oblastí vývoje dítěte – *emocionální, sociální a kognitivní insuficientní oblasti* (Matějček, Z., 1995, 1997; Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J., 1995, 1997; Večerka K. a kol., 2001; Kovařík, J., 2008; Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006; Gottwaldová, M. a kol., 2006).

1.4.1 Emocionální insuficience

Deprivační zkušenost vyplývající z dlouhodobé absence klíčové osoby se promítá do změn v prožívání i chování dítěte. Objevuje se emoční plochost a labilita, nediferencovanost citů, nedostatek volných vlastností, poruchy chování, potíže v navazování vztahů aj. (Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006). Výzkumné šetření realizované s 464 klienty diagnostického ústavu (Večerka, K., Holas, J., Štěchová, M., Diblíková, S., 2001)¹⁵ dokládá, že téměř u ⅓ respondentů byla diagnosticky zjištěna *emoční labilita*. Výzkum potvrdil, že emoční labilita

15 Autoři zjišťovali osobnostní profil dětí a mladistvých umístěných v diagnostických ústavech. Celkový počet respondentů činil 464 klientů, z toho 320 chlapců (69 %) a 144 dívek (31 %). Autoři dané studie zdůrazňují, že pro poznání osobnostních zvláštností respondentů zkoumali výsledky psychologických vyšetření a dostupná anamnestická data, obsahující následující položky: zájmová sféra, vrstevnické kontakty, školní úspěšnost, pochopení životní dráhy a situačních faktorů vedoucích k současné situaci, rodinné vztahy, zejm. k vlastním rodičům a sourozencům, vliv náhradních vychovatelů a nevlastních sourozenců, charakteristiky ekonomické povahy.

bývá doprovázena sníženou sebekontrolou a zvýšenou pohotovostí k agresivnímu chování, dokládá to přítomnost projevů agresivní impulzivity u 40 % dětí a mladistvých s diagnostikovanou emoční labilitou.

Emoční projevy jsou buď ploché, nebo se projevují nediferencovaně, tedy ke každému stejnou měrou. Buď stejně lačně, nebo stejně lhostejně. U dětí, které neznají nic jiného než institucionální výchovu, dosahuje *citová plochost* markantních rozměrů. Emoce jsou vlivem prožitých traumat a deprivací zkušenosti povrchní, přelétavé a chladné (Vágnerová, M., 2004). Mezi typické malformace dětí a mladistvých dlouhodobě žijících v zařízení pro výkon ÚV, OV patří *egoismus*, *nedostatek empatie* a ohledu k ostatním lidem a jejich potřebám. Je narušena schopnost dítěte navazovat hlubší citové vztahy. Nezřídka může vývoj směřovat až k hraniční poruše osobnosti (Röhr, H. P., 2009) nebo v extrémních případech k poruše osobnosti (Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006; Praško, J. a kol., 2009). Charakteristickým znakem dětí a mladistvých umístěných v zařízeních institucionální výchovy je *oslabená struktura ega*. Příčinou může být vliv obranného systému, výchovného zanedbávání ústíciho do nedostatečné kontroly impulzů a nedostatku pozitivní identifikace. Tyto faktory způsobují oslabení funkce svědomí a absenci internalizovaných norem a hodnot. Symetrické rozložení bylo shledáno u charakteristik hodnotících polaritu *submisivita versus dominance* a *introverze versus extroverze* (Večerka, K., Holas, J., Štěchová, M., Diblíková, S., 2001).

1.4.2 Kognitivní insuficience

Dlouhodobé odloučení od pečující klíčové osoby bez potřebné náhrady vede k opoždění kognitivního i motorického vývoje (Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006). Deprivace snižuje rozvoj spojů mezi mozkovými buňkami, tudíž zásadně zasahuje do mozkové funkce jedince, ale poškozuje i fungování autonomního nervového systému, zejména limbických struktur a hypotalamu, důležitých pro regulaci chování a emocí¹⁶ (Ziegler, D., 2002, Koukolík, F., 1997). Tyto poznatky dokládají longitudinální výzkumná šetření Matějčka, Bubleové a Kovaříka (1997), která poukazují na fakt, že deprivované děti vyrůstající v zařízeních pro výkon ÚV, OV mají prokazatelně horší tělesné i duševní zdraví, horší výsledky ve škole, nižší celkovou úroveň dosaženého vzdělání, horší uplatnění na trhu práce, více delikventního chování než děti vyrůstající v jiné formě náhradní péče.

Aktuální výzkumy uvádí, že *rozumové schopnosti* jsou u 42,4 % až 56 % respondentů diagnostikovány jako podprůměrné nebo výrazně podprůměrné,

16 Na tvorbě, prožívání a vyjadřování emocí se podílejí některé kmenové mozkové struktury (epikritický a protokritický rozměr emocí), limbický systém a bazální ganglia (efektivní a afektivní rozměr emocí) a mozková kůra (etický a estetický rozměr emocí), (Koukolík, F., 1995, 1997).

u přibližně jedné desetiny respondentů byl shledán nadprůměrný intelektový výkon (Matoušek, O., Pazlarová, H., Baldová, L., 2008; Večerka, K., Holas, J., Štěchová, M., Diblíková, S., 2001). Studie Večerky a kol. (2001) dále ukazuje, že u 1/3 dětí jsou přítomny *podprůměrné komunikační dovednosti*, které signalizují buď snížený inteligenční potenciál, nebo vliv výrazně nepodnětného prostředí a vznik nerozvinutého jazykového kódu (viz kapitola 3.2.3). U 1/2 dětí byly doloženy *neurologické obtíže* (zejm. ADHD), které souvisí s agresivitou, psychickou labilitou a sníženou sebekritičností.

Veškeré uváděné charakteristiky se promítají do vztahu ohrožených dětí ke vzdělávání. Ten je u 2/3 dětí a mladistvých zcela záporný (Večerka, K., Holas, J., Štěchová, M., Diblíková, S., 2001). Daný fakt patrně souvisí s prožitky selhání v kontextu školní neúspěšnosti, případně syndromem naučené bezmoci (Vágnerová, M., 2005; Helus, Z., 2004). Dokladem je zjištění Večerky, Holase, Štěchové a Diblíkové (2001), kteří udávají, že 1/2 dětí v mladším školním věku a 3/4 dětí ve starším školním věku měly závažné problémy s prospěchem. Výzkum dále uvádí, že ačkoliv se výrazná většina respondentů (přes 80 %) se školou a učiteli neasociuje, obecnou hodnotu školy jako instituce uznává. Velmi kladnou či spíše kladnou hodnotu školy a učitelům přisuzují téměř 2/3 respondentů (škola – 64,1 %, učitelé – 65,1 %). Anxiozní postoje vůči škole vykazuje necelá 1/4 respondentů. Obecně lze konstatovat, že děti a mladiství s rizikovým chováním nemají žádný vyhraněný emotivní vztah ke škole, což dokládá obrovské rezervy, které školy mají v oblasti prevence a včasné intervence. Postoj k práci, především fyzické, je pozitivnější, pouze 1/4 respondentů odmítá práci jako způsob získávání peněz.

Problematickou oblastí zařízení pro výkon ÚV, OV je poskytování příležitostí ke vzdělávání, na což má vliv nabídka vzdělávacích programů a oborů přímo v zařízení, regionální vzdělávací nabídka, možnost dojíždění mimo zařízení atd. Matoušek, Pazlarová a Baldová (2008) uvádějí, že děti a mladiství opouštějící dětské domovy jsou v oblasti dosaženého vzdělání výrazně znevýhodněni oproti běžné populaci (blíže kapitola 5.1).

1.4.3 Sociální insuficience

Dalším významným důsledkem deprivace je narušení procesu integrace vlastního Já, což se odráží ve způsobech vnímání sebe sama a sebehodnocení. Dochází ke snížení systému sebeúcty a sebedůvěry, je komplikován proces pozitivního vnímání světa, který dítě obklopuje a vnímání sebe sama v něm (Kusý, M., Gúnová, S., Král, P., 2004). U jedinců s podobnou sociální a deprivací zkušeností se vytváří podobné rysy v sebepojetí¹⁷ (Běhounková, L. 2007). *Sebe-*

¹⁷ Sebeпоjetí je terminologický konstrukt, označující proces percepcie sebe samého, je mentální reprezentací Já uloženou v paměti. Sebeпоjetí je struktura generalizací, do níž se integrují nové údaje a subjektivně důležité

hodnocení rizikových jedinců je nízké, což souvisí s negativními schémata představ sebe samého, které se ukládají na nevědomé úrovni a promítají se do mechanismů a vzorců chování. Pocity méněcennosti mohou být sublimovány do slovních projevů působících jako nezdravě vysoké sebevědomí, nebo se naopak projevují sebeznevažováním. Nízké sebepojetí se promítá do nízkého a *negativně orientovaného sebehodnocení* (Blatný, M., 2001; Kauffman, J. M., 2007), což je kauzalitou *menší příležitosti k sociálnímu kontaktu* a tedy i příležitosti pro rozvoj sociálních dovedností. Nereálné sebehodnocení, tj. nepřiměřeně vysoké či nízké, bývá přítomno přibližně u poloviny dětí dětských domovů (Matoušek, O., Pazlarová, H., Baldová, L., 2008). Dle výzkumných výsledků Výrosta a Slaměníka (2008) predikuje kvalita a kvantita vrstevnických vztahů úspěšnost sociální adaptace v pozdějším dospělém životě. Dítě bez přátel bývá ohroženo pocity osamělosti, depresí a sebeodmítáním. Pro rozvoj sociální kompetence jsou důležité jak kooperativní činnosti rozvíjející vztahové rámce, skupinovou dynamiku a pocity sounáležitosti, tak i facilitace uvědomění si hodnoty vlastní osoby (Běhounková, L., 2007). Nižší příležitost k sociálnímu kontaktu je příčinou *snížení schopnosti sebemonitorování, seberegulace a anticipace* svého chování (Blatný, M., Dosedlová, J., Kebza, V., 2005), což koreluje s *oslabením prosociálního chování* (Bornstein, M. H., 2003). Nízké sebepojetí a sebehodnocení implikují *sklony k dysforiím či depresivním náladám*, což ovlivňuje hodnocení reality. Přetrvává-li depresivní kognitivní schéma delší dobu než půl roku, může dojít k jeho fixaci ve vnímání reality i vlastního Já (Smékal, V., Macek, P. 2002). Projevy deprese se odráží v *pocitech životní nespokojenosti a osobní nepohody – personal distress* (APA, 2000; Blatný, M. 2001; Bornstein, M. H., 2003; Lašek, J., 2005a, 2005b). U ohrožených dětí je patrná vysoká *diskrepance mezi požadovaným Já a aktuálním Já*, tj. mezi představou toho, co od jedince očekává okolí a aktuálním stavem Já (Blatný, M., Plháková, A., 2003).

Na základě četných studií a longitudinálních výzkumů byly vymezeny základní formy sociálního chování dětí dlouhodobě umístěných v zařízeních institucionální výchovy (Langmeier, J., Matějček, Z., 1968):

- **Normoaktivní typ** aneb *relativně dobře přizpůsobené chování* se neprojevuje nápadnými zvláštnostmi.
- **Typ hypoaktivní**, tj. *převaha útlumu*, tedy pasivita až apatie v sociálních kontaktech jako reakce na ochuzenou sociální stimulaci v zařízeních pro výkon ÚV, OV. Zájem o věci převažuje nad zájmem sociálním. Projevy těchto dětí jsou plaché, infantilní, i při dostatečné míře intelektového potenciálu nejeví zájem o učení (příčinou je absence citového vztahu).

behaviorální vzorky. Tato zevšeobecnění zahrnují vlastnosti, schopnosti, vědomosti, hodnoty, postoje a sociální role, vše, čím se subjekt zhodnocuje a definuje. Na těchto sebeprofilujících charakteristikách záleží, jak bude se všemi přichozími informacemi naloženo. Sebeipojetí ovlivňuje vnímání jiných i sebe samého. (Papica, 1985, in: Blatný, M., Plháková, A., 2003).

- **Sociální hyperaktivita** neboli *přepjatý sociální zájem*. Dítě navazuje kontakt bez zábrán a rozpaků, kontakt je však nestálý a povrchní, emočně neangažovaný. Nejsou v projevech agresivní ani neprovokují. V sociogramech vycházejí jako oblíbené osoby.
- **Sociální provokace** vyjadřuje typ chování, které se domáhá pozornosti a blízkosti dospělé osoby prostřednictvím provokace, zlostných reakcí, stupňované agresivity a konfliktnosti. Ostatní děti pro ně znamenají konkurenci. V projektivních testech převládají úzkostné tendence.
- **Substitutivní typ** čili typ *náhradního uspokojení*, je charakterizován uspokojováním psychických potřeb na nižší úrovni – přejídáním, masturbací, předčasnými sexuálními aktivitami, soustředěním zájmu na sebe (až narcistické tendence), ale i aktivitami namířenými proti druhým (žalování, pomluvy, trápení druhých – zvířat i vrstevníků, až po sadistické projevy).

V jiném longitudinálním výzkumu Matějček a jeho odborný tým tyto definované formy sociálního chování sledovali a doložili důsledky dlouhodobého pobytu v zařízeních institucionální výchovy, konkrétně v dětském domově, na vývoj chování a socializaci v dospělosti (Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J., 1995, 1997). Soubor participantů čítal na počátku výzkumu 60 dětí umístěných k dlouhodobému pobytu do DD, na konci výzkumu soubor sestával z 56 participantů, s průměrným věkem 37,4 roků. Výzkumníci, na základě výskytu forem sociálního chování dospělých participantů, definovali tyto skupiny jedinců: spolupracující, nespolupracující, vyžadující trvalou péči. Jejich charakteristikám se věnujeme dále v textu, zjištění shrnuje tab. 10.

Jedinci vyžadující trvalou péči se profilují jako osoby s nižší inteligencí, všichni absolvovali základní školu praktickou (nejméně do 5. ročníku). Primární charakteristikou je určitý stupeň mentální retardace, sekundární psychická deprivace pak omezuje praktické využití intelektového potenciálu a navozuje hlubší sociální izolaci. V chování je patrná zhoršující se tendence ve směru k sobectví, nespolupráci, náladovosti, vzdorovitosti, samotářství. Lze se domnívat, že jde o pokračování typu *hypoaktivního chování*.

Nespolupracující jedinci – jedná se o jedince s průměrnou inteligencí, četnými projevy rizikového chování, sociálně izolované, selhávající v manželských a partnerských vztazích, střídající místa pobytu i zaměstnání, mají časté konflikty se zákonem. Příčina těchto projevů je shledána v narušeném vývoji identity, tj. trvale neuspokojené potřebě intimity, práva na lásku, individuálního přijetí druhými. Jejich charakteristiky připomínají typ *sociální provokace* nebo typ *substitutivní*.

Osoby spolupracující jen částečně jsou charakterizovány jako školně neúspěšné (ačkoliv mají inteligenci v pásmu průměru), častěji absolvovaly zá-

kladní školu praktickou, střídaly zaměstnání i místo pobytu, často jsou rozvedeny nebo zůstávají nesezdány a zpravidla byly trestány (krádeže, výtržnictví). Daná skupina odpovídá taktéž typu *sociální provokace* či typu *sociální hyperaktivity*.

Spolupracující jedinci (64 % z celkového souboru), v průměru dosáhli vyššího vzdělání i zaměstnání než ostatní skupiny, avšak v porovnání s běžnou populací vykazují podprůměrné hodnoty. $\frac{1}{3}$ byla trestně stíhána. Danou skupinu je možné diferencovat na dvě podskupiny – participanty žijící v manželství a participanty svobodní či rozvedení. **Podskupina jedinců žijících v manželství** (přibližně $\frac{2}{3}$ participantů z této skupiny, tj. 46 %) – jejich citová vyspělost se nejvíce výrazněji omezená, většina se pokládá za velmi nebo alespoň průměrně šťastné. Mají své děti ve vlastní péči. Tato podskupina je nositelem relativně nejpriznivějších charakteristik. S vědomím relativnosti je možné konstatovat, že její členové prošli deprivací situací nejméně dotčení. Jejich sociální chování lze považovat za pokračování typu *normoaktivního*. **Podskupina svobodných, rozvedených** vykazuje charakteristiky méně příznivé v ukazatelích citové vyspělosti a navazování mezilidských vztahů. Nemají stálé přátele a v kontextu intimních vztahů udávají, že mají strach z dalšího zklamání. Neúspěchy v partnerství hledají v druhých. Jedinci této podskupiny jsou taktéž pokračováním typu *normoaktivního*, avšak od předchozí podskupiny se liší nepřipraveností na život mimo ústav, tudíž selháváním. Nejsou schopni citové odezvy, obtížně navazují sociální vztahy, nedovedou své deprivací nedostatky kompenzovat. Do této kategorie častěji spadají muži než ženy. Výsledky shrnuje tab. 12.

PROJEVY V DĚTSTVÍ	PROJEVY V DOSPĚLOSTI
Typ relativně dobře přizpůsobený (normoaktivní)	
Bez výrazných nápadností, s druhými dětmi dobře vycházejí, učí se přijatelně. Odhadem 60 % skupiny.	Přijatelná sociální integrace, přiměřené vzdělání i zaměstnání. Většinou žijí v manželství, mají děti (častěji ženy než muži). 45 % výzkumné skupiny.
Typ hypoaktivní (útlumový)	
Snížená aktivita a sociální zájem. Infantilita, plachost, obtíže v učení. Odhadem 5–10 % skupiny.	V dospělosti jsou závislé na péči, zpravidla žijí v ústavech sociální péče (ÚSP). Maladaptace se spíše prohlubuje. 10 % výzkumné skupiny.
Typ sociální provokace	
Domáhají se práva na lásku provokací, konfliktů a stupňovanou agresí, současně je přítomna zvýšená úzkostnost. Ostatní děti jsou konkurencí. Odhadem 10 % skupiny.	Sociální izolace, selhávání v manželství, střídání zaměstnání a místa bydliště, časté konflikty se zákony. Inteligence je přiměřeně rozvinutá. Spolupráci aktivně odmítají. Asi 15 % participantů výzkumné skupiny.

PROJEVY V DĚTSTVÍ	PROJEVY V DOSPĚLOSTI
Typ sociálně hyperaktivní (rozptýlený sociální zájem)	
Nenasytý sociální zájem, sociální kontakt bez zábran, předvádějí se. Nejeví zájem, ačkoliv mají relevantní inteligenční potenciál. Odhadem 10 % skupiny.	Nestálí, většinou svobodní nebo rozvedení. Nemají stálé přátele, v lásce jsou zklamaní (většinou muži). Na výzkumu spolupracují částečně (po počátečním zájmu odmítají). Asi 20 % výzkumné skupiny.
Typ substitutivní (náhradního uspokojení)	
Neuspokojení psychických potřeb je kompenzováno na nižší úrovni – přejídání, masturbace. Egocentrické zájmy, agresivní projevy. Odhadem 10–15 % skupiny.	Nepřízpůsobení jedinci. Pro výzkum nepřístupní. Nejasné zastoupení ve výzkumné skupině.

Tabulka 12: Vývojová tendence forem sociálního chování u dětí s následky psychické deprivace (Matějček, Z., 1995)

Jako klíčové kritérium (určující faktor) efektivní sociální integrace u sledovaných osob, tj. osob se zkušeností dlouhodobého umístění v zařízení pro výkon ÚV, OV, se ukazuje **celková schopnost sociální adaptace, schopnost sociální komunikace** a příslušnost k **pohlaví**. Matějček (1997) upozorňuje, že genderová diferenciací byla dlouhodobě opomíjeným faktorem, který však hraje zásadní roli v sociální adaptaci. U žen sehrává manželství, rodina, děti významnější protektivní roli, než je tomu v životě mužů, kteří prošli v dětství obdobnou historií psychické deprivace. Matějček (1995) zároveň usuzuje, že nepřítomnost intimity rodinného života a výraznější nedostatek zejména mužského vzoru chování v zařízeních institucionální výchovy postihuje více chlapce než dívky.

Závěrem této kapitoly chceme zdůraznit, že fyzická separace od biologické rodiny nemusí nutně ve všech případech vést k emočním a intelektovým poruchám. Vždy záleží na kvalitě náhradních, korektivních vztahů, které má dítě k dispozici (Langmeier, J., Matějček, Z., 1968). Toto tvrzení dokládají výzkumy a studie z různých částí světa, které za použití škál zaměřených na hodnocení posttraumatických symptomů zjistily, že děti umístěné v náhradních rodinách, byť s nízkými socioekonomickými poměry, vykazují mnohem lepší skóre oproti dětem umístěným v kvalitně materiálně vybavených zařízeních institucionální výchovy (Ahmad, A., Mohamad, K., 1996; Mellville, M. B., Lykes, M. B., 1992). Výsledky výzkumů tedy dokládají, že materiální zabezpečení a formální péče, uspokojující fyziologické potřeby, nemohou nikdy substituovat vřelou, bezpečnou a stabilní citovou vazbu.

2 Speciálně pedagogická diagnostika a včasná intervence

Znalost etiologie rizikového chování, její zasazení do celoživotní perspektivy života a sociálního prostředí jedince, je klíčovým nástrojem pro pochopení mechanismů vzniku deficitních oblastí, jejich vlivu na chování konkrétního jedince. To se odráží ve volbě intervenčních strategií, tj. způsobů podpory resilience (odolnosti) vůči rizikovým faktorům, stanovení odpovídající formy péče a konkrétních edukačních a terapeutických metod. Výzkum etiologie rizikového chování v současné době výrazně pokročil. Aktuální poznatky detailněji specifikují nuance v kauzalitách, které lze díky jejich odhalení efektivněji ovlivňovat (např. medikovat či terapeutizovat). Dnes je všeobecně akceptován model bio-psycho-sociálně-spirituální polykauzality vzniku rizikového chování, přesto v povědomí pedagogické veřejnosti stále přetrvávají četné mýty a stereotypy v myšlení vyplývající z historických premis, které nasměrovaly postoje k lidem s rizikovým chováním negativním a pasivním směrem. Mýty vycházejí z generalizovaných předpokladů, že jedinci s rizikovým chováním jsou *předurčení (predetermination)* k rizikovému chování (Pokorná, V., 1993), jsou *nenaopravitelně poškozeni (irreparable damage)* a *nelze u nich docílit změny* (Rockwell, S., 1998). Deskripce základních historických proměn kauzalit neposkytuje pouze přehled o genezi rizikového chování, ale přináší také vhled na změny postojů k jedincům s rizikovým chováním a způsobům intervence.

2.1 Etiologické přístupy v historiografickém kontextu

Na kauzální faktory vzniku poruch chování bylo v historii pohlíženo prizmatem *monofaktoriálních* či *multifaktoriálních teorií*. Monofaktoriální kauzální teorie dominovaly od 19. století do 2. světové války a pokoušely se vysvětlit celé spektrum poruch chování na základě jediného mechanismu. Ačkoliv tyto teorie byly výzkumně vyvráceny, přispěly k systematickému zkoumání geneze poruch chování. Teorie multifaktoriálních kauzalit pracují s korelací faktorů biologických, sociálních a psychologických (Netík, K., Netíková, D., Hájek, S.,

1997). Ačkoliv jsou monofaktoriální teorie vědecky překonaným fenoménem, neznamená to, že jsou zcela překonány i ve smýšlení pedagogické či laické veřejnosti.

2.1.1 Monofaktoriální teorie kauzalit

V rámci monofaktoriálních teorií se vyhranily dvě krajní polarizace přístupů k příčinám vzniku poruch chování – přístup nativistický a environmentalistický. Je nutno podotknout, že tyto teorie detailně zvyšňují vždy pouze výřez reality, který je ve skutečnosti složen z obou dvou polarit dohromady. Vytváří tak pouze schematický obraz reálného jevu.

2.1.1.1 Nativistické teorie

Stoupenci nativistického principu akcentují vrozené, *biologické příčiny* poruch chování a minimalizují vliv sociálního kontextu života dítěte. Navazují tak na filozofický nativismus, podle něhož základní představy a pojmy, pravdy a zásady jsou člověku vrozené (Brugger, W., 2006). Tento názor je v odborné literatuře také označován jako *biologizující teorie*, domnívá se totiž, že potenciál narušeného chování je zakotven v deficitech organismu, tj. v osobnostní struktuře mozku jedince či v endogenních poruchách. Biologizující výklad etiologie předpokládá, že jedinec a jeho duševní vývoj je rozvíjen na základě předem daných genetických vlastností, které tento proces limitují svými biologickými charakteristikami (Havlík, R., Koťa, J., 2007). Některé původní nativistické teorie byly postaveny na definování typických anatomicko-fyziologických znaků jedince (např. tzv. znaky zločinnosti). Nechvalně proslavenou biologizující teorií tohoto typu byla *Lambrosova teorie o „rozeném zločinci“*, která pod vlivem dnešních poznatků nepůsobí validně, nicméně v 19. století byla uznávanou metodou dokládající na základě biologických a antropologických poznatků, že *kriminalita je dědičná, a že jedince s vrozenými sklony k páčání zločinu nelze převychovat*. Lambroso komparoval chování zločinců s jejich „typickými“ somatickými znaky a hereditárními psychickými a fyzickými anomáliemi. Vytvořil tak typologii zločince coby dědičně determinovaného jedince s vlohami k páčání zločinu. Již v 19. století byla tato teorie kritizována a později byla existence zločince jako morfologického lidského poddruhu vyvrácena (Kuchta, J., Válková, H., 2005), přesto se dodnes můžeme setkat s laickým tvrzením typu „*má rysy kriminálního*“.

Moderní výzkumná šetření se otázkou biologické podmíněnosti zabývají v otázkách korelací mezi položkami dědičných dispozic, funkcemi a strukturou mozku, biochemického vlivu a vlivu hormonů, skladby stravy, škodlivosti životního prostředí apod. K nejrizikovějším faktorům biologické etiologie náleží genetické vlivy, změny autonomního nervového systému, abnormity

neurotransmitterových systémů, vyšší výskyt záchvatovitých onemocnění, nižší hladina kortizonu (Žáčková, M., Theiner, P., 2008). Současná medicína i speciální pedagogika však veškerá zjištění neinterpretuje izolovaně, ale v kontextu psychosociálních vlivů vedoucích ke kompenzaci, neutralizaci, nebo naopak k posilování či akceleraci negativního chování.

2.1.1.2 Environmentalistické teorie

Environmentalisté hledají rizikové faktory v sociálním prostředí jedince, které jej obklopuje během procesu socializace. Odmítají konstrukt biologické podmíněnosti a neměnnosti poruch chování a věří v sílu sociálního učení a možnosti formování lidského chování (Škoda, J., Fischer, S., 2009). Pozitivem tohoto přístupu je, že zohlednil preventivní principy a detekoval rizika vzniku poruch chování vznikající v kontextu sociálního znevýhodnění.¹ Rizikem environmentalistických teorií, vycházejících z pedagogických a psychologických disciplín, bylo, že příliš zdůrazňovaly sílu vnějšího prostředí, vliv výchovy a procesu sociálního učení, bez zohlednění významnosti dalších vlivů působících na vývoj jedince.

Nejvýznamnějším poznatkem psychologizujících teorií, objasňujících etiologii anormativního chování, je *deprivační teorie*. Tematizuje problematiku rané psychické deprivace a subdeprivace, tj. nedostatečného uspokojování základních psychických, afektivně sociálních potřeb, jako je např. potřeba emočního vztahu, sociální akceptace, citové jistoty a bezpečí apod. Deprivace způsobuje jak krátkodobé, tak dlouhodobé následky, jež mohou nabývat podob od mírného vývojového opoždování po celkové zaostávání vývoje, od citové plochosti až po vážné poruchy sociální adaptace. K dalším významným následkům citové deprivace patří poruchy řeči a komunikace (chudá slovní zásoba, malá spontaneita slovního projevu, poruchy v sociální komunikaci), nižší úspěšnost při dobrých rozumových schopnostech (resp. omezená schopnost efektivně využívat svých rozumových schopností) a poruchy sebehodnocení (Langmeier, J., Matějček, Z., 1968). Psychická deprivace v pojetí Pražské školy dětské a vývojové psychologie, tj. v pojetí Langmeiera a Matějčka, již přináší víceúrovňové a multikauzální chápání tohoto jevu.

2.1.2 Multifaktoriální teorie kauzalit a teorie resilience

Kořeny vícefaktorového přístupu k etiologii anormativního chování nalezneme na přelomu 19. a 20. století, kdy je odmítána teorie prototypu fyziognomie zločince či existence koncepce „*homo delinquens*“ (Kuchta, J., Válková, H.,

1 Pojem „jedinec ze sociálně znevýhodněného prostředí“, jak jej známe dnes dle zákona č. 561/2004 Sb., v platném znění pozdějších předpisů, byl ve 20. století definován jako „jedinec sociálně slabý a zanedbaný“.

2005). Multifaktoriální teorie současně odmítá spekulativní myšlenkové závěry, že náprava delikventního chování je otázkou vůle jedince. Moderní výzkumná šetření se v otázce biologické podmíněnosti zabývají zejména její korelací s dalšími vlivy. Dochází se k poznání, že univerzálně platné kriminogenní faktory či jejich klasifikace nelze jednoznačně stanovit, a že stěžejní roli vždy hraje jedinečný souběh korelací vlivů bio-psycho-sociálních veličin.

Významnou součástí multifaktoriálních teorií je **teorie resilience**, která je definována jako odolnost, schopnost jedince se účinně vypořádat se stresem a zvládat pozitivní adaptaci (Šolcová, I., 2009). Koncept resilience vychází z předpokladu, že na vývoj poruch chování mohou mít vliv nejenom *rizikové faktory (stresory)*, zvyšující pravděpodobnost vzniku a rozvoje poruch chování, ale zároveň také *faktory protektivní (ochranné, podpůrné)*, které tlumí dopad či mohou omezit až vyloučit vliv rizikových faktorů (Garmezy, N., 1985; Rutter, 1979). V posledních desetiletích vznikla řada definic a modelů resilience, které se postupně měnily v návaznosti na nová zjištění. Resilience se od původní představy individuálního rysu osobnosti posunula ke konceptu multifaktoro-ového, dynamického, sociálně a kulturně interaktivního procesu. Vliv protektivních a rizikových faktorů se proměňuje v čase, a to jak v intraindividuální – vývojové rovině, tak i v sociální – historické, kulturní a situační rovině (Šolcová, I., 2009). Rizikové a protektivní faktory vstupují v průběhu života dítěte do různých interakcí a vykazují kumulativní účinky. Žádný z faktorů izolovaně sám o sobě nelze pokládat za jednoznačnou příčinu poruch chování. Jednotlivé faktory je možné identifikovat v oblastech vlivu, které diferencujeme na **sociální síť, komunitu, školu, rodinu a jednotlivce** (Hawkins, D. J. et al., 2000). Lösel a Bender (2003) poukazují na fakt, že výzkumy se ve vyšší četnosti soustředí na rizikové faktory vedoucí k rizikovému chování, dále na popis deficitů a negativního vývoje chování. Méně pozornosti pak věnují procesům a faktorům zmírňujícím nebo kompenzujícím negativní trend chování. Rizikové faktory jsou nepochybně silným nástrojem identifikujícím pravděpodobnost problémového chování, ale představují pouze jednu polovinu rovnice. Zjištění o resilienci by se měla odrazit v uchopení intervence a přístupů k dětem s rizikovým chováním.

2.1.2.1 Protektivní faktory

Výzkumů, které se zabývají protektivními účinky okolností tlumících efekt multifaktoriálních rizik, je výrazně méně než výzkumů zaměřených na negativní a rizikové faktory (Werner, E. E., 1993a, 1993b; Haggerty, R. J., 1996; Farrington, D. P., 2006; Hughes, T. L., Crothers, L. M., Jimerson, S. R., 2008). Teorie resilience přispívají ke zvýšení zájmu o protektivní faktory a vysvětlují, proč děti, které čelí stejné míře rizika, vykazují různou míru rizikového chování. Posílená resilience (odolnost) je protipólem k vulnerabilitě (zranitelnosti) a je

cílem bio-psycho-sociální koncepce adaptačních mechanismů dítěte (Lösel, F., Bender, D., 2003) a dalších psychoterapeutických přístupů, např. modelu růstu (Satirová, V. et al., 2005). Působení ochranných faktorů lze pro názornost shrnout do dvou schematických modelů (Farrington, D. P., Coid, J. W., 2003; Developmental assets: an investment in youth, 1996, 2006):

1. **Aditivní model**, při němž je posilována resilience tím, že protektivní faktory působí jako „pozitivní efekty“ v přímé opozici vůči negativním účinkům rizikových faktorů. Šolcová (2009) tyto faktory nazývá jako *zodolňující (challenging)*, Schoon (2006 in: Šolcová, I., 2009) jako *model výzvy*.
2. **Interaktivní model**, tzv. *vyrovnávající, kompenzující (compensatory)*, který chrání dítě proti negativním účinkům rizikových faktorů, jejichž vliv je neutralizován. Ungar (2004, in: Šolcová, I. 2009) sem řadí např. víru, optimismus, vnitřní lokalizaci kontroly. Empirické poznatky výzkumníků dokládají, že v praxi častěji působí interaktivní model (Blatníková, Š., Netík, K., 2008).

Protektivní faktory diferencují odborníci do tří bazálních trsů: *individuální dispoziční atributy, rodinné prostředí a sociální síť* (Garmezy, N. 1985, 1991; Hagerty, R. J., 1996; Pollard, J. A., Hawkins, D. J., Arthur, M. W., 1999; Frankfort-Howard, R., Romm, S., 2002; Lane, K. L., Gresham, F. M., O'Shaughnessy, T. E. et al., 2002; Šolcová, I., 2009).

Protektivní faktory v oblasti *individuálních dispozičních atributů* obsahují pozitivní temperament, sociální senzitivitu, pozitivní sociální orientaci a sociabilitu, alespoň průměrné kognitivní dovednosti (Werner, Smith, 1992, in: Šolcová, I., 2009), frustrační toleranci (Helus, Z., 2004), copingové strategie² (Satirová, V. et al., 2005), schopnost navázat kontakt s podpůrným prostředím (Kebza, V., 2005), uplatnění kognitivních, sociálních a pohybových dovedností ve školní práci a dětské skupině (Langmeier, J., Matějček, Z., 1968), pohybovou aktivitu (Šolcová, I., 2009), pozitivní sebepojetí, empatii, smysl pro humor a dovednost řešení problémů (Garmezy, N., 1991) aj.

V rámci *rodinného prostředí* protektivně působí pozitivní vztahy a vazby na alespoň jednoho rodiče nebo pečující klíčovou osobou, vřelost, soudržnost a absence zanedbávání v rodině (Garmezy, N., 1991). Dále je akcentován význam režimu s jasně vyjádřenými pravidly chování, důsledností a motivačním systémem odměn a trestů, které nastavují čitelné a bezpečné hranice chování (Šolcová, I., 2009) a jasně definovanými rolemi v rodině (Garmezy, N., 1991). Významná je také podpora rodičů při vzdělávání (Lane, K. L., Gresham, F. M., O'Shaughnessy, T. E. et al., 2002). Šolcová (2009) upozorňuje na zvýšení resi-

2 strategie zvládání zátěžových situací

lience dítěte při možnosti péče o domácí zvíře. Dle autorky je tento protektivní faktor všeobecně podceňován.

Sociální síť (*social network*) zahrnuje *kulturu* (kulturní pouto), *komunitu* (zejm. přístup k materiálním zdrojům a službám, zážitek koheze), *školu* (shoda či akceptace kulturních vzorců, pozitivní modely rolí, volný přístup, stabilita pravidel a akceptující vztahy) a *vrstevníky* (sounáležitost, pozitivní vztahy). Kebza (2005) hovoří o šesti hlavních komponentách sociální sítě – rodina, blízcí přátelé, sousedé, spolupracovníci, komunita a profesionálové. V rámci sociální sítě hraje důležitou roli existence **sociální opory** (*social support*), její dostupnost, prostupnost (např. spolupráce rodiny se školou, podporující učitel) a dovednost jedince využít těchto podpůrných zdrojů. Přístupnost sociální opory je ovlivněna charakterem sociálního začlenění jedince do sociálních struktur a vazeb. Sociální vztahy dle Bernsteina (2003) poskytují zdroj identity, sebehodnocení, sebeuplatnění a mají dále přímý vliv na pocit osobní pohody (*well-being*). Sociální opora je dynamická determinanta chování, definovaná jako žádoucí ve chvílích, kdy jedinec potřebuje pomoc. Konstrukt sociální opory obsahuje čtyři základní složky (House, 1981, in: Kebza, V., 2005; Šotolová, I., 2009):

- **emocionální opora** (poskytování důležitých emocí, např. důvěra, láska, empatie),
- **hodnotící opora** (zpětná vazba okolí relevantní pro sebehodnocení jedince),
- **informační opora** (zprostředkování důležitých rad, informací),
- **instrumentální opora** (praktická, hmotná, materiální pomoc).

Odborná literatura veskrze zdůrazňuje protektivní charakter sociální opory a její pozitivní vliv na jedince, a to zejm. vytvářením pocitu sociální jistoty. V 90. letech však odborníci začali reflektovat možné negativní či indiferentní účinky sociální opory, jež dosud unikaly pozornosti výzkumníků. Upozornili na negativum v podobě *vytváření závislosti jedince na sociální opoře, snížení aktivizace vnitřních zdrojů a eliminace hledání alternujících možností řešení konfliktů samotným jedincem*, což může vyvolávat *pocit selhání, snížení sebedůvěry, ztrátu autonomie a kontroly nad událostmi*. Výzkumy prokazují (Kebza, V., 2005), že menší sociální sítě se silnými vazbami, vysokou hustotou vazeb a vysokou homogenitou jsou výhodné pro stabilizaci identity jedince a prožívání životní pohody. Rozhodující okolností je však kvalita struktury sociálních vztahů a vazeb, zejm. jejich reciprocita, intenzita a bohatost.

Základním předpokladem pro funkčnost sociální opory je schopnost jedince **mobilizovat sociální oporu**. K tomu je zapotřebí jisté míry sociální kompetence, její nízká úroveň snižuje úspěšnost získání sociální opory. Zároveň však může nastat situace, kdy jedinec mobilizuje sociální oporu, ale z důvodů

selhání sociální sítě se mu jí nedostane. Anticipovaná opora je pak v rozporu se získanou oporou a tato zkušenost může vést k vážnému narušení důvěry jedince vůči sociální síti i k problémům v prožívání sebe sama a osobní pohody.

2.1.2.2 Rizikové faktory

Rizikové faktory jsou obecně definovány jako vlastnosti či proměnné, které pokud jsou přítomny u daného jedince nebo v jeho okolí, vytváří určitou míru pravděpodobnosti, že se u něj bude rozvíjet porucha chování (Mrazek, P. J., Haggerty, R. J. eds., 1994). Rizikové faktory lze diferencovat na statické a dynamické. **Statické rizikové faktory** jsou konstantní a téměř neměnné (tj. mění se pouze v jedné veličině, kterou je např. věk, rodinné faktory). **Dynamické rizikové faktory** jsou naopak značně proměnlivé a lze je korigovat (např. určité osobnostní charakteristiky, potřeby, interpersonální vztahy, socioekonomický status, závislostní chování apod.). Klasifikace rizikových faktorů vychází z různých kritériálních paradigmat. Obecně jsou rizikové faktory diferencovány na *exogenní, individuální a nezávislé* (Blatníková, Š., Netík, K., 2008; Farrington, D. P., 1994).

V rámci *exogenních rizikových faktorů* hraje významnou roli celkové sociální klima, tj. *politicko-ekonomický rámec společnosti* a jeho frustrační tlak spotřební společnosti, který může mít za následek zvyšující se potřeby mladých lidí, jež jsou v rozporu s jejich skutečnými možnostmi (Labáth, V., a kol., 2001; Matoušek, O., Kroftová, A., 2003; Bauman, Z., 2004). Frustraci pak nevyvolá pouze širší komerční nabídky, ale také široce rozevřené sociální nůžky. K dalším rizikovým faktorům patří *sociálně kulturní charakteristiky společnosti*, tj. chudoba, nezaměstnanost, nedostupnost vyhovujícího bydlení, hospodářská a sociální marginalizace až sociální exkluze, sociální diskriminace, zvýšená mobility obyvatelstva, rozpad sociální soudržnosti, rostoucí počet dysfunkčních rodin, posouvání „normality“ projevující se např. v sexuální chování, užívání návykových látek, v „kultuře násilí“ (Garmezy, N., 1991; Knotová, Hloušková, Novotný, 2008).

Specifickou rovinu exogenních faktorů tvoří *rodinné rizikové faktory*, jejichž studiu se věnují četné výzkumné týmy vytvářející se např. kolem Farringtona,³ Loebera a dalších. Rodinné rizikové faktory kategorizuje Farrington (1994, 2007) do trsů, jejichž kumulace predikuje rozvoj rizikového až delikventního chování:

- **Kriminální, antisociální a rizikové chování rodičů** implikuje delikventní chování dětí ve vysoké prevalenci. Farrington (1994) udává, že 63 % chlapců, kteří měli odsouzeného otce, byli také v pozdějším věku od-

3 Např. longitudinální výzkum Cambridge Study in Delinquent Development, jehož výběrovým souborem byla kohorta 411 londýnských mužů, kteří byli sledováni od 10 let (Farrington, D. P., 1994).

souzení. Tito chlapci zároveň vykazovali vyšší míru identifikace se svými odsouzenými otci, než zbytek respondentů vůči netrestaným otcům. Výzkumníci hovoří o tzv. koncepci „*kriminální infekce*“, která předpokládá, že mezigenerační kontinuita delikventního chování je exponována přenosovými mnohonásobnými rizikovými faktory ovlivňujícími přítomnost rizikových faktorů v rodině (např. chudoba, sociální exkluze, nízká míra rodičovské supervize apod.). Modely chování rodičů (jak pozitivní, tak negativní) jsou přejímány přes procesy učení – identifikace, imitace (nápodobu), modelování a posílení chování (Bandura, A., 1977).

- **Vysoký počet členů rodiny.** Existuje obecně platná korelace, která udává, že čím větší počet sourozenců v rodině, tím více se kvalita i kvantita rodičovské pozornosti vůči jednotlivým dětem snižuje. Farrington (1994, 2007) uvádí, že přítomnost více než čtyř dětí v rodině je rizikovým faktorem vzniku poruch chování, záleží však na ekonomických, bytových a psychologických podmínkách rodiny. Riziko se zvyšuje v případech, že vzniká *prostorová stísněnost*, která vyvolává frustraci. Významnou roli při rozvoji poruch chování a delikventního chování má také *sourozenecká konstelace*, tj. pořadí narození dítěte a s tím spojený status. Tento faktor má vliv na přejímání vzorů chování, prostřednictvím procesu učení a nápodobou (na základě obdivu či identifikace s normami), přičemž starší sourozenci jsou podle Farringtona (1994) silnějším prediktorem než sourozenci mladší. Současné průzkumy také poukazují na časové rozmezí narození sourozenců. Udává se, že narození dalšího sourozence do věku dvou let dítěte je nutné vnímat jako významný rizikový faktor (Werner, E. E., 1996, in: Šolcová, I., 2009).
- **Žpůsob výchovy dítěte** je ve vztahu k rozvoji rizikového chování sledován především v dimenzích *rodičovské supervize* (dohledu), *monitoringu* (kontroly), *disciplíny*, *kvality emocionálních vztahů* (vřelost nebo chlad), *participace a angažovanosti* na činnostech s dětmi. Nejvíce replikovatelnými predikátory delikventního chování je podle Farringtona (2007) nedostatečná supervize a trestající až krutá disciplína, emoční chlad a odmítání, nízká rodičovská participace. Přičemž rizikovou disciplínu Farrington (2007) popisuje jako nekonzistentní, nedůslednou, restriktivní, tj. s převažujícími prvky trestání, mnohdy je i rozporuplná či nevyzpytatelná. Problém tkví v nedostatečném zpevňování žádoucího chování ze strany rodičů a posilování obranných mechanismů. Absence vřelosti matky je podle McCordové (1979, in: Blatníková, Š., Netík, K., 2008) významný kauzální činitel delikventního chování u 51 % chlapců. Zároveň však uvádí, že u 23 % chlapců se vřelými a netrestajícími matkami hrají klíčovou roli při rozvoji delikventního chování jiné kauzální mechanismy. Zásadním rizikovým faktorem je absence rané emoční vazby (*attachmentu*)

mezi dítětem a klíčovou pečující osobou (Bowlby, J., 1965, 2010; Langmeier, J., Matějček, Z., 1968), tomuto tématu se blíže věnuje kapitola 3.2.1.

- **Sexuální zneužívání, týrání a zanedbávání** je podle výzkumné zprávy UNICEF (2006) častou příčinou pozdějšího delikventního vývoje chování u dětských obětí (srov. Blanchet-Cohen, N. 2009). UNICEF (2006) udává, že v roce 2006 se v ČR stalo obětí násilného činu (včetně sexuálních deliktů) 3000 dětí mladších věku 15 let. Chlapci se stávají šestkrát častěji obětí násilných trestných činů oproti dívkám. Dívky se oproti chlapcům stávají třikrát častěji obětí sexuálně motivovaných trestných činů (UNICEF, 2009). Viktimologické výzkumy dětských obětí násilných činů (zejm. sexuálního zneužívání a znásilnění) poukazují na fakt, že traumatizace v různé intenzitě přetrvává do pozdějších let a projevuje se emocionální nevyvážeností, sociální regresí, neúspěchy ve škole, pocity nejistoty, nízkou mírou sebevědomí, problémy v partnerských vztazích a neurovegetativními potížemi (Kuchta, J., Válková, H., 2005). Zejména u opakované viktimizace vznikají nezvratné celoživotní následky. Problém také tkví v sekundární viktimizaci, způsobené vědomou či bezděčnou negativní reakcí okolí a postoji jejích členů vůči oběti (Netík, K., Netíková, D., Hájek, S., 1997). Posttraumatickými jevy a poruchami se zabývá řada autorů (např. Miller, T. W. et al., 1998; Baštecká, B. a kol., 2005; Praško, J., Hájek, T., Preis, M., 2005).
- **Rozpad rodinného systému.** Farringtonovy výzkumy (2007) potvrzují, že častěji se děti vyrovnávají se ztrátou či odchodem otce z rodiny než matky. Tentýž výzkum udává, že výraznější negativní prediktivní dopad než rozpad rodiny a ztráta jednoho z rodičů (odchod, úmrtí) má *dlouhodobá přítomnost rodičovského konfliktu*. Rozpad rodiny je silným rizikovým faktorem zejména do 5 let věku chlapce, zatímco mezi 11. a 15. rokem věku již nepůsobí kriminogenně. Vřelá výchova matky může ztrátu rodiče do určité míry kompenzovat. Úmrtí matky znamená podle Farringtona (2007) zvýšené riziko vzniku poruch chování (19 % chlapců), ale ve srovnání s prevalencí delikventního chování mladistvých z úplných rodin není zaznamenán statisticky markantní rozdíl (14 % chlapců). S delikvencí podle autora více souvisí *rozvody než úmrtí rodičů a nestabilní rodinné prostředí*, tj. střídání mateřských figur.

K dalším rizikovým faktorům rodiny patří **nízký socioekonomický status** a tzv. **nízký kulturní kapitál rodiny** (Štech, S., 1993), který v sobě implikuje jazykové a kulturní dovednosti, zájmy, normy a hodnoty, ale také *jazykový kód* ve smyslu organizačních principů vzájemné komunikace a interakce, v jejichž rámci probíhá socializace v rodině (Bernstein, B., 1971, in: Štech, S., 1993). Chudý kul-

turní kapitál a *omezený jazykový kód (restricted code)* predikují selhávání ve školní úspěšnosti. Naopak *rozvinutý jazykový kód (elaborated code)* je charakterizován propracovaností a komplikovaností, umožňuje dětem chápat složité abstraktní významové konstrukty (viz kapitola 3.2.3). Výzkumy Knotové, Hlouškové a Novotného (2008) dokládají, že rizikové faktory představují zásadní problém u dětí ze sociálně znevýhodněného a kulturně odlišného prostředí vzhledem ke kumulaci rizikových zdrojů v tomto prostředí. Vliv má také intenzivní vazba dítěte na sociálně znevýhodňující a kulturně odlišné prostředí, která je daná limitovanými možnostmi překročit hranice komunity, případně lokality, a to ve smyslu *sociálním* (omezené přesahy sociální sítě do vnějšího světa), *kulturním* (nekompatibilita hodnot a norem komunity s vnějším prostředím) a *fyzikém* (zejm. v sociálně vyloučené lokalitě). Následující schéma č. 3 popisuje zdroje a mechanismy rozvoje rizikového chování u dětí ze sociálně znevýhodněného a kulturně odlišného prostředí.

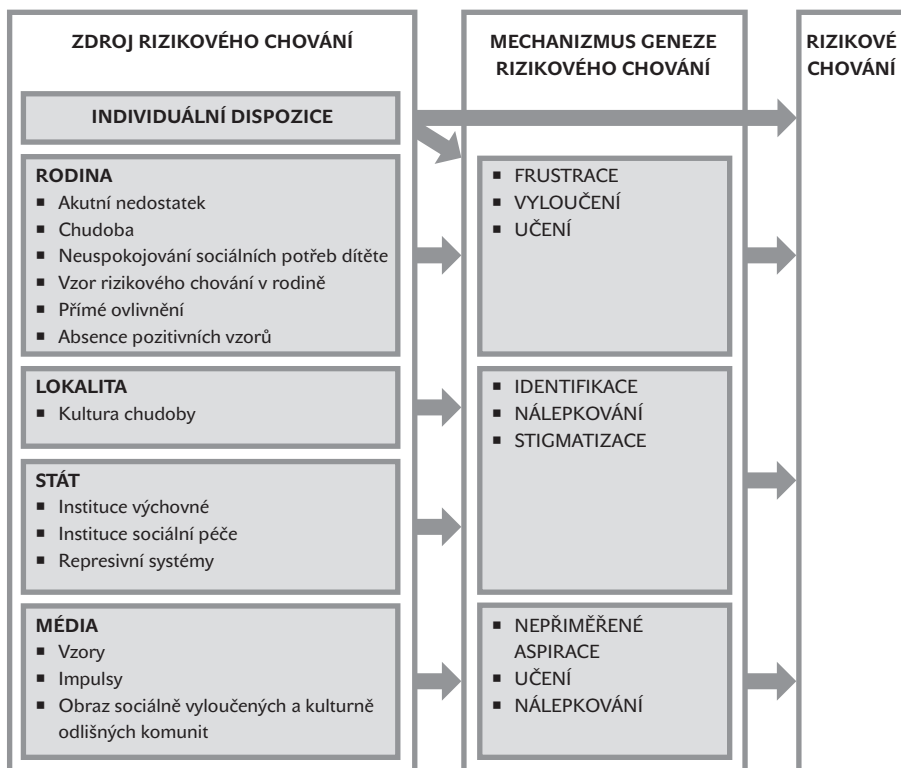


Schéma 3 | Mechanizmy geneze rizikového chování dětí ze sociálně znevýhodněného a kulturně odlišného prostředí v závislosti na komplexu zdrojů rizikového chování (Knotová, D., Hloušková, L., Novotný, P., 2008)

Mezi nejvýznamnější **individuální rizikové faktory** jsou řazeny *nízká úroveň inteligence, kognitivní deficity a slabý školní výkon, nízká míra empatie a impulzivita*. Dytrich a kol. (1998) ve svém longitudinálním výzkumu⁴ prediktability psychosociálních charakteristik dospělých na základě inteligence a osobnostních charakteristik v dětském věku zjistili, že „dětské profily“ vykazující *nižší průměrnou inteligenci, sníženou míru osobnostního rysu svědomitosti a vyšší průměrné skóre extroverze* predikují problematickou sociální integraci v dospělém věku a kriminalitu. **Nížší inteligence, respektive kognitivní deficity a selhávání ve škole** jsou úzce propojené kauzality, které kromě vrozených indispozic mohou mít příčinu v tzv. sociálním handicapu, tj. nepodnětnosti sociálně, kulturně či ekonomicky znevýhodňujícího prostředí. Z toho plyne, že inteligence⁵ a kognitivní deficity nejsou pouze individuální charakteristikou jedince, ale do určité míry odráží i jeho sociální prostředí. Inteligence je vztahovou záležitostí ovlivněnou prolínáním činitelů fyziologických i sociálních, v nejširším slova smyslu je vztahem mezi jedincem a jeho světem, tj. sociálními a kulturními podmínkami (Štech, S., 1993; Vygotskij, L. S., 2004). Vzhledem k tomu, že je pohled na inteligenci jako vrozenou, fatálně předurčenou a tudíž neměnnou vlastnost překonán a je nahrazen přístupem aktivním, zdůrazňujícím možnost rozvoje míry fluidní inteligence, otevírá se tak prostor pro pedagogický optimismus, možnosti prevence a intervence rizikových jedinců. **Nízká afektivní a kognitivní empatie** predikuje zejm. agresivní tendence v chování u žen (Janata, J., 1999). **Impulzivní jednání** je jedním z neklíčovějších rizikových faktorů rozvoje delikventního chování. Je charakterizováno nedostatečně rozvinutými seberegulačními mechanismy, sklonem k rizikovému chování a sníženému ovládnutí afektů. Impulzivitu lze definovat prostřednictvím jejích bipolárních komponent, tj. *odolání puzení* versus *podvolení se, okamžitá reakce na podnět* versus *plánování před aktivitou*. Impulzivní jednání, často přítomné také u osob s ADHD, se profiluje jako egocentrické, vyhledávající vzrušení, plánující pouze v rámci krátkodobé perspektivy; takové osoby se orientují spíše na rychlý zisk a úspěch a okamžité uspokojení svých potřeb, upřednostňují non-verbální komunikaci před verbální (Farrington, D. P., 2007). Aby impulzivita vedla k delikventnímu chování, musí být nutně přítomen ještě jeden článek řetězce (schéma 4), kterým je *sociální příležitost*, tj. příhodný čas, lidé a situační příležitost (Kuchta, J., Válková, H., 2005). Naopak ale neplatí, že impulzivní jedinci vystaveni sociální příležitosti k delikventnímu jednání musí vždy selhat,

4 Jde o longitudinální studii kohorty 440 mužů a žen, kteří byli poprvé vyšetřeni ve věku kolem 9 let a naposledy ve věku 32–35 roků.

5 Cattell (in: Horn, J. L., Cattell, R. B., 1966) diferencoval inteligenci na vrozenou (fluidní) a sociálně a kulturně ovlivněnou (krystalickou). Udává se, že rozvoj fluidní inteligence ustává mezi 15. až 17. rokem života, zatímco úroveň krystalické inteligence se může rozvíjet po celý život. Gardner (in: Gardner, H., Kornhaber, M., Wake, W. K., 1996) rozlišil sedm druhů inteligence: 1) lingvistická, 2) hudební, 3) logicko-matematická, 4) prostorová, 5) tělesně-kinestetická, 6) intrapersonální, 7) interpersonální.

zejména ne ti, u nichž je impulzivita kompenzována v rámci žádoucích aktivit, případně fungují další protektivní faktory.

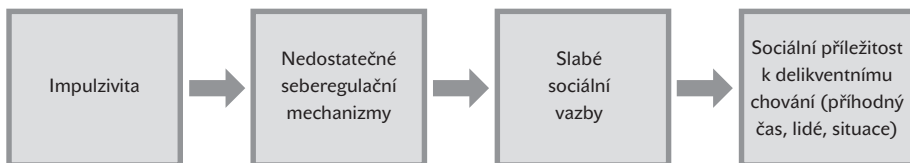


Schéma 4 | Řetězec sociální příležitosti k delikventnímu chování (podle Kuchta, J., Válková, H., 2005)

Farrington (1994) dále vytváří specifickou kategorii rizikových faktorů, jež označuje jako **nezávislé rizikové faktory**. Ty jsou podle něho natolik rizikové, že je lze považovat za přímé prediktory pozdějšího delikventního chování, a to i bez kumulace dalších rizikových faktorů. Mezi tyto nezávislé faktory řadí *výchovné problémy v dětství* (nepodmíněné vývojovým obdobím), *kriminalitu v rodině* (nezáleží na tom, zda jde o rodiče nebo jiného člena rodiny), *nízkou úroveň kognitivního nadání a slabý školní výkon* (problém je především v syndromu naučené bezmocnosti⁶), *rodinnou výchovu a strukturu* (zejm. časné rodičovství, narušený attachment, odloučení dítěte od rodiče, nízká míra rodičovské supervize, problematická disciplína, „neusměrňující“ rodina), *nízký socioekonomický status rodiny a impulzivitu* (tab. 13).

	RIZIKOVÉ FAKTORY	PROTEKTIVNÍ FAKTORY
Individuální	Komplikované těhotenství a porod, zdravotní, zejm. neurologické problémy (pre-, peri-, postnatální etiologie), raný deprivací syndrom, psychické trauma	Konstituční resilience ■ pozitivní temperament, ■ odolný neurobiologický systém
	Raná poškození CNS, ADHD, neklid, impulzivita (neschopnost odložit uspokojení), poruchy koncentrace*, zvýšená pohotovost k agresi*, nedostatečná sebekontrola, zvýšená potřeba extrémních zážitků a rizika (adrenalinu)*, emoční labilita	Sociabilita ■ bezpečný attachment ■ prosociální orientace, empatie a citlivost k druhým

6 Syndrom naučené bezmocnosti je výsledkem opakovaného prožitku neúspěchu (Helus, Z., 2004; Vágnerová, M., 2005; Stuchlíková, I., 2005).

	RIZIKOVÉ FAKTORY	PROTEKTIVNÍ FAKTORY
Individuální	Mužské pohlaví	Ženské pohlaví
	■ Rizikové chování, např. záškoláctví, agresivní chování (šikana, vandalismus, hooligans apod.), rasismus a xenofobie, užívání návykových látek, patologické hráčství a netolismus, závislost na sektách, sexuální rizikové chování, nebezpečné chování v dopravě aj. ■ Přestupky,²⁴ případně provinění a trestné činy²⁵ v podobě krádeží, vloupání, vydírání, fyzického násilí vůči lidem a zvířatům ■ Antisociální postoje ■ Expozice mediálnímu násilí (televize, internet)	Osobnostní charakteristiky ■ pozitivní sebezpojetí ■ sebekontrola ■ hodnotový systém a úroveň morálky (interiorizace norem společnosti, morální usuzování, vědomí sankcí za porušení zákona, zdrženlivost) ■ intolerantní postoj k delikvenci ■ smysl pro humor, pozitivní orientace do budoucnosti
	Nízká úroveň kognitivních dispozic a potenciál k učení, specifická struktura rozumových schopností, jazyková bariéra, zralostní pro-past (fyzická vyspělost a sociální nezralost)	Kognitivní potencialita a dispozice Komunikační dovednosti ■ rozvinutý jazykový kód
	Nízká afektivní a kognitivní empatie	Emoční stabilita a frustrační tolerance
Rodinný systém	Slabá nebo chybějící bazální vazba (attachment). Negativní emoční vztah mezi rodičem a dítětem (nepřijímání, odmítání)	Pozitivní, akceptující vztah mezi rodiči a dětmi Pečující klíčová osoba
	■ Trestající, laxní nebo nekonzistentní disciplína, nízká rodičovská supervize, monitoring a participace ■ Život v sociálně vyloučené lokalitě, nespokojivé bytové (životní) podmínky	Přiměřená rodičovská supervize a monitoring. Důsledná disciplína s jasnými pravidly. Neobviňování.
	Dlouhodobý rodinný konflikt*	■ Manželská opora ■ Funkční komunikační systém
	Stres v rodině	Vhodné chování pro zvládání zátěže (copingové strategie)
	Rozvrácený domov, nestabilita rodinného prostředí, separace od rodičů, úmrtí rodičů, nedostatečně diferencované role v rodině	Rodičovská participace a pozitivní hodnocení, jasné vymezení rolí

24 Dle zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích ve znění pozdějších předpisů, je přestupek zaviněné jednání, které porušuje nebo ohrožuje zájem společnosti.

25 Dle § 6 odst. 1 zákona č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, je trestný čin spáchaný mladistvým (tj. osobou mladší 18 let) označen jako provinění.

	RIZIKOVÉ FAKTORY	PROTEKTIVNÍ FAKTORY
Rodinný systém	■ Nízký socioekonomický status, chudoba, nedostatečný jazykový a kulturní kapitál rodiny, nezaměstnanost v rodině ■ Antisociální chování rodičů nebo sourozenců (tzv. kriminální infekce), závislostní chování v rodině ■ Přítomnost zneužívání, zanedbávání a týrání	Vřelá, emoční a podporující výchova
Škola	Problematický vztah ke škole a nízká míra motivace, slabý školní výkon Opakovaný prožitek selhání a neúspěchu Syndrom naučené bezmocnosti Nepodporující učitel Vyčlenění z kolektivu spolužáků (outsider)	Vnímání školy a vzdělání jako vysoké hodnoty, závazek ke škole Prožitek úspěchu, uznání za účast v konvenčních aktivitách. Prožívání školy jako akceptující a smysluplné.
Vrstevníci	■ Role odmítaného člena skupiny ■ Oslabené sociální vazby ■ Nevhodné trávení volného času, nestrukturovaný volný čas (nuda) ■ Delikventní, antisociální vrstevníci (parta) ■ Členství v gangu	Přátelské vztahy s vrstevníky (zapojeními v konvenčních aktivitách)
Komunita	■ Restriktivně a negativně formulované právní a normativní (i neformální) očekávání chování. Dezorganizace a chaotičnost sociální sítě ■ Kriminalita, drogy v bezprostředním okolí ■ Špatné životní prostředí	■ Existence a dostupnost sociální opory ■ Dovednost mobilizace zdrojů sociální sítě

Tabulka 13 | Přehled nejfrekventovanějších rizikových a protektivních faktorů u dětí a mladistvých (Youth Violence: A Report of The Surgeon General, 2001; Labáth, V. a kol., 2001; Wikström, P.-O. H., Sampson, R., 2006; Koukolík, F., 2006; Farrington, D. P., 2007; Matoušek, O. a kol., 2008; Šolcová, I., 2009)

Uvedený přehled (tab. 13) shrnuje nejvýznamnější exogenní a endogenní rizikové a protektivní faktory. Mechanizmy vývoje rizikového chování mohou zahrnovat i další kauzality, které přehled neuvádí, ale mohou být významné v biodromálním kontextu vývoje jedince. Na úrovni komunity patří k nejčastějším rizikovým faktorům *restriktivně a negativně formulované právní a normativní očekávání chování, špatné životní prostředí, dezorganizace komunity a chudoba* (Knotová, Hloušková, Novotný, 2008). Ve školním prostředí to je především *akademické selhávání a nedostatek podpory ze strany školy* (Hawkins, D. J. et al., 2000; Helus, Z., 2004; Gullotta, T. P., Adams, G. R., 2005). Z hlediska rodiny to jsou zejména *nízký socioekonomický status rodiny,*

rizikové a kriminální chování v rodině a dlouhodobý rodinný konflikt (Večerka, K., Holas, J., Štěchová, M., Diblíková, S., 2001). *Vrstevnícké vztahy* jsou rizikovým faktorem zejména u závislostního chování (Hayden, C., 2007). Jako nejvýznamnější individuální rizikové faktory jsou označovány *zranění CNS a vystavení toxinům v prenatálním období či v raném dětství, impulzivita, dětská agresivita a vzdorovitost* (Haggerty, R. J., 1996; Rutherford, R. B., Quinn, M. M., Mathur, S. R., 2004). Koukolík (1995) zdůrazňuje *souběh poruch CNS a nedostatečné kontroly chování*.

Teoretická znalost protektivních a rizikových faktorů etopedickým pracovníkům napomáhá při snímání anamnestických dat, při analýze kazuistik dítěte a následné indikaci intervence nebo vyvození prediktivních premis.

2.1.2.3 Bio-psycho-sociálně-spirituální model

Prosazovaným modelem multikauzálních teorií je bio-psycho-sociálně-spirituální model, shrnující tři oblasti podmiňující vývoj jedince, které vychází z obecně platných poznatků, že každý jednotlivec je biologický organizmus a má své psychologické a sociální stránky. S věkem vliv rodinných faktorů klesá (Smékal, V., Macek, P., 2002; Matoušek, O., Kroftová, A., 2003).

Bio-psycho-sociálně-spirituální model komponent zdraví je ukotven v MKF – *Mezinárodní klasifikaci funkčnosti, postižení a zdraví* (WHO, 2009), známou v anglickém znění jako ICF – *International Classification of Functioning, Disability and Health* (WHO, 2001). MKF (ICF) *chápe zdraví jedince v souvislosti jeho fyziologických charakteristik, možností aktivity a participace v rámci životních situací a životního prostředí (sociální, psychologické a materiální charakteristiky prostředí v nejširším slova smyslu implikující celkový životní styl jedince)*. Z toho vyplývá, že MKF (ICF) *chápe postižení jako zastřešující pojem funkčních, orgánových či psychických poruch organismu, tak i omezení aktivity a participace (práce, volný čas, škola) v běžném životě*. Aktivita zahrnuje *kommunikaci, mobilitu, samostatnost při sebeobsluze, sociální interakce a vztahy, vzdělávání a aplikace vědomostí*. Do oblasti participace řadíme *práci, volný čas, školu, mobilitu*. Postižení je charakterizováno jako důsledek komplexního vztahu mezi individuálním zdravotním stavem, osobnostními faktory a vnějšími faktory, v nichž jedinec žije. Zohledňuje také existenci bariér, které vytváří prostředí, ve kterém člověk žije. Mezi **individuální (osobnostní) faktory** MKF (ICF) zahrnuje kromě zdravotního stavu a fyzické kondice i další charakteristiky, jako je pohlaví, etnická příslušnost, věk, životní styl, zvyky, výchova, copingové strategie, sociální kontext, vzdělání, profese, minulé a současné zkušenosti, obecné vzory chování a charakterový typ, individuálně psychologický profil, emocionalita, motivace atd. **Faktory životního prostředí** rozděluje ICF na dvě úrovně – individuální a společenskou. Do úrovně individua spadá prostředí jedince, zahrnující domov, školu a práci. Dále se sem řadí přímé kontakty v rámci rodiny, přátel, vrstevníků, ale

i s neznámými lidmi. Implikuje také fyzikální a materiální podmínky prostředí, jimiž je jedinec bezprostředně ovlivněn. Do úrovně společnosti spadají formální i neformální sociální struktury, služby a systémy v komunitě (obci) a ve společnosti, která má vliv na jedince. Zahrnuje dále organizaci aktivit a služby související s pracovním prostředím, komunitními aktivitami, vládními organizacemi, komunikačními a dopravními službami. Kvalita neformální sociální sítě pak dle ICF souvisí s kvalitou zákonů, předpisů a směrnic, formálních a neformálních pravidel, postojů a názorů vládnoucích ve společnosti (WHO, 2001, 2007 a 2009). Míra postižení vychází z míry omezení aktivity a participace v běžném životě.

2.2 Prediktivní a prognostické teorie vývoje poruch chování

Predikce vývoje poruch chování v dětském věku se opírá o prognózu pravděpodobnosti dalšího vývoje sociálního chování. Termíny predikce a prognóza jsou podobného, ne však totožného významu. Hartl a Hartlová (2009) definují prognózu jako odhad možných variant, které mohou v budoucnosti nastat. Prognóza tak poskytuje prostor pro informované a zodpovědné rozhodnutí. Oproti tomu predikce předpovídá jevy následné na základě vysvětlení určitého jevu. Rozlišování obou pojmů se v praxi zpravidla stírá. K tvorbě prognóz a predikcí se vychází z analýzy minulých událostí a okolností působících na jedince. Jejím prostřednictvím lze odhalit, které změny podmínek ovlivnily vznik nových skutečností a zjistit, jak změny jednoho faktoru opakovaně znamenaly i následné změny jiných. Dle Blatníkové a Netíka (2008) univerzální prognostické a prediktivní systémy neexistují. Obecně platí, že prognózy a predikce vývoje vychází z komplexního posouzení biologických, sociálních a psychologických faktorů dítěte. Tyto faktory jsou následně korelovány se sociálním, kulturním a ekonomickým kontextem prostředí, v němž probíhala a probíhá socializace dítěte. Odborníci upozorňují na nebezpečí nálepkování (labellingu) spjaté s rizikem deterministického předvídaní vývoje poruch chování či delikventního chování.

2.2.1 Teze prediktivních teorií

Predikce vývoje poruch chování se opírá o *komplexní, multidisciplinární a dynamickou diagnostiku*. **Dynamická diagnostika** je založena na interaktivním přístupu, který implikuje fázi učení. Cílem je odhalení potenciálu dítěte k učení a navržení vhodných speciálně pedagogických a psychologických intervenčních postupů pro realizaci potenciality dítěte (Zapletalová, J. a kol., 2006).

Dynamická diagnostika bere v potaz aktuální i potenciální úroveň vývoje, tzv. *zónu nejbližšího vývoje* (Vygotskij, L. S., 2004). Oproti tomu je **statická diagnostika** zacílena na predikci budoucího výkonu a zařazení dítěte podle manifestní diagnostikované úrovně schopností dítěte (Kozulin, A., 1998; Tzuriel, D., 2000), a to na základě zjištění aktuálního stavu zralosti funkcí, což nelze považovat za dostačující. Při hodnocení stavu vývoje je třeba počítat nejen s dozrálými, ale i dozrávajícími funkcemi (Vygotskij, L. S., 2004). **Komplexnost diagnostiky** je chápána z hlediska rozsahu jako prostorová a časová úplnost zjištění. **Multidisciplinární diagnostika** umožňuje komparaci dat mezi speciálními pedagogy, psychology, lékaři, sociálními pracovníky a dalšími odborníky. Komplexní a dynamická diagnostika provedená v týmu je ekonomicky i časově nákladnější, avšak vykazuje nižší míru zkreslení informací způsobených podnětovou deprivací, kulturními odlišnostmi, sociálním znevýhodněním, poruchami chování a emocí, poruchami učení apod.

Blatníková a Netík (2008) rozlišují tři predikce vývoje poruch chování: **jednoznačně příznivou, jednoznačně nepříznivou a nejednoznačnou**. Poslední jmenovaná je v predikci vývoje poruch chování dětí nejčastější, vzhledem k neukončenému vývoji mozku a psychosociálních funkcí, jež vykazují vysokou míru plasticity (Koukolík, F., 1997; Langmeier, J., Balcar, K., Spitz, J., 2000). U nejednoznačné (hraniční) predikce vyvstává riziko chybného příklonu k falešně negativní nebo falešně pozitivní predikci. *Falešně negativní predikce* vývoje poruch chování podhodnocuje nebezpečnost chování dítěte, naopak *falešně pozitivní predikce* nadhodnocuje problém, tj. vytváří dojem většího problému, než o jaký ve skutečnosti jde.

2.2.2 Mechanizmy rozvoje poruch chování

Při stanovování budoucí predikce vývoje chování a indikaci intervence jsou zjišťovány podrobnosti vývoje vzniku a rozvoje poruchy chování. Dále jsou osvětlovány zákonitosti a formativní mechanismy působící v různém časovém období a souvislostech. Autoři různých výzkumných studií dokládají, že *problémy v chování mají dynamickou vývojovou povahu, směřující spíše k prohlubování neřešených problémů* (Farigton, D. P., Coid, J. W., 2003; Vojtová, V., 2008a; Večerka, K. a kol., 2009). Výzkumný tým Loebera (2006) stanovil **vývojový model tří cest rozvoje delikvence** na základě longitudinálního sledování klíčových oblastí, kterými byly eskalace problémů v chování, interindividuální rozdíly v expozici rizikovým a protektivním faktorům během vývoje, kumulace rizikových a protektivních faktorů během vývoje a vztahy mezi nimi, kompenzační a aditivní efekty protektivních a rizikových faktorů. Vývojové dráhy vedoucí k delikvenci popsal následujícím způsobem (Loeber, R., Slot, W. N., Stouthamer-Loeber, M., 2006):

1. **Cesta konfliktu s autoritou** (před 12. rokem) se vyznačuje v počátku tvrdohlavostí, vzdorem, neposlušností, provokujícím chováním a vyhýbáním se autoritě (implikuje záškoláctví), pokračuje dalším porušováním norem vyúsťujícím v násilné a majetkové trestné činnosti.
2. **Latentní (nepřímá) cesta** (před 15. rokem) začíná pozvolna, méně nápadnými činy, pokračuje delikvencí s nižší společenskou závažností (drobné krádeže, lhaní) až k vandalismu a majetkové trestné činnosti.
3. **Žjevná (přímá) cesta** začíná méně závažnou agresí, pokračuje rvačkami a končí závažnými násilnými trestnými činy.

Loeber a kol. (2006) upozorňují na možnost atypického postupu, kdy se jedinec vyskytuje ve více cestách nebo prochází všemi najednou. Významným přínosem Loeberovy studie je především to, že vědecky dokládá negativní vývojovou tendenci problematického chování. Nicméně nelze se domnívat, že lze automaticky u jedince s delikventním chováním predikovat dlouhodobou negativní kriminogenní perspektivu, neboť existují takové životní události ve vývoji jedince, které mohou fungovat jako **bod zlomu (obratu)**.

2.2.2.1 Teorie životní cesty

Vzhledem k tomu, že delikventní chování se vyvíjí v dlouhodobé, kontinuální návaznosti na problémové chování, je třeba k deskripci jeho mechanismů rozvoje přistupovat z hlediska **trajektorie životní cesty** (*life-course theory*), tj. vnímat jedince v kontextu životních událostí, které podmiňují jeho vývoj (Říčan, P., 2004; Kauffman, J. M., 2007; Praško J. a kol., 2009). V teorii životní cesty jsou sledovány **efekty životních událostí** (situačních i vývojových, krátkodobých i dlouhodobých) **na průběh vývoje osobnosti dítěte** (Blatníková, Š., Netík, K., 2008; Vojtová, V., 2008a). Teorie životní trajektorie vnímá delikvenci jako výsledek životních vývojových událostí. To, zda se problémové chování rozvine v chování delikventní, nezávisí dle Farringtona (2006) na stimulu jednoho faktoru, ale na mnoha faktorech zasahujících jedince v **rizikový čas**, tj. významných pouze v určité věkové etapě. Významným mechanismem, sledovaným výzkumným týmem Samson a Laub (1998, in: Blatníková, Š., Netík, K., 2008) v rámci trajektorie životní cesty, jsou vývojové změny přinášející **vypořádávání se s novými sociálními rolemi**, které vyvolávají změny v sebepojetí a sociálním statusu v rámci sociální sítě. V tomto kontextu se sleduje především přijetí závazku povinnosti k legitimní práci a rodinným rolím. Dalším sledovaným mechanismem je **situační příležitost**, implikující kontakty se skupinou jedinců s anormativním chováním, izolovanost od legitimního trávení volného času či pracovních příležitostí, časovou a situační příhodnost, zisk a profit z porušení norem (respekt, materiální prospěch).

2.2.2.2 Teorie sociálních deviací

Teorie životní cesty integruje poznatky z různých teoretických přístupů a koncepcí k objasnění součinnosti mechanismů vedoucích k adolescentnímu delikventnímu chování. Odráží se v ní poznatky z teorií sociálních deviací, zejm. z *teorie raného traumatu*, která zjišťuje narušení bazální emoční vazby (attachmentu), ze *socializační teorie* (role procesu sociálního učení a socializace jedince), *sociálně-strukturální teorie* mapující vliv makrospolečenských podmínek, tj. sociálně-ekonomicko-politický kontext a z poznatků *teorie kontroly* sledující vnitřní a vnější kontrolní mechanismy (Kuchta, J., Válková, H., 2005). V následujícím textu přiblížíme pouze vybrané z uvedených teorií, které považujeme z hlediska tématu rozvoje rizikového chování u dětí a mladistvých za stěžejní.

Teorie raného traumatu, rané deprivace zdůrazňuje narušení bazální citové vazby dítěte k pečující osobě, tzv. **raného připoutání (attachmentu)** zvaného též symbiotický vztah s pečující osobou (Langmeier, J., Matějček, Z., 1968; Helus, Z., 2007). Deprivační syndrom přináší dlouhodobé a zpravidla trvalé následky projevující se mimo jiné *emoční plochostí*. To se promítá do způsobilosti vnímat lásku druhých lidí k sobě a projevovat ji vůči nim (alexymtie). Deficity se dále odráží ve schopnosti empatie a identifikace emocí u sebe i druhých lidí. Dle Koukolíka a Drtilové (1996) existují dvě formy deprivovaných jedinců. Na jedné straně je to forma **ofenzivních deprivantů**, kteří jsou útoční, agresivní, se sklony k násilí a destrukci. A na straně druhé hovoří o **deprivantech defenzivních**, již jsou staženi sami do sebe, a tudíž agresí směřují proti sobě, jsou nejistí, úzkostní až depresivní. Více se ranou symbiotickou vazbou zabývá kapitola 3.2.1.

Teorie traumatické a životní krize vysvětluje vznik postižení jako následek prožitku traumatu ústícího v krizi nepříznivě poznamenávající jeho další socializaci. Traumatizující událost je dle MKN-10 (2008) charakterizována jako *výjimečně nebezpečná nebo katastrofická událost vyvolávající hluboké rozrušení téměř u kohokoliv*. Dle DSM jde o takovou *událost, kdy došlo k usmrcení někoho jiného nebo mu hrozila smrt, kdy došlo k těžkému úrazu nebo k ohrožení fyzické integrity vlastní nebo jiných, přičemž jedinec reagoval intenzivním strachem, beznadějí nebo hrůzou* (Smolík, P., 2002). Obzvláště traumatizující pro vývoj dítěte je *vážné zranění či onemocnění narušující dosavadní obvyklý způsob života, případně vyvolávající obavy o život, rozluka rodičů způsobující pocity viny, zoufalství a emočního zmatku, smrt blízké osoby, agresivní napadení či zneužití a hluboké životní zklamání apod.* (Helus, Z., 2007). U dětí a dospívajících existuje nebezpečí, že na sebe mohou přenést vliv traumatické krize blízké osoby, s níž se identifikují. Dále je nezbytné mít na paměti **odlišnost v působení** různých událostí. Traumatizující události se liší *předvídatelností, zvladatelností* (intenzita, výjimečnost), *povahou události* (působení člověka versus působení přírodních sil, stud versus „nevynutelnost“) a *délkou působení* (krátkodobost versus dlouhodobost). Dále mo-

hou mít vliv *souvislosti* (kulturní, společenské, dobové), *individuální dispozice jedince a kvalita sociální opory* (Baštecká, B. a kol., 2005). Dle MKN-10 (2008) je chování, které je reakcí na akutní stresovou situaci nebo je opožděnou odpovědí v podobě posttraumatické stresové poruchy, považováno za maladaptivní odpověď na těžký nebo trvalý stres, kde selhaly mechanismy úspěšného vyrovnávání, a došlo k narušení sociálního fungování. Prostřednictvím pochopení podnětů traumatické události může následně dojít k porozumění důsledkům na chování jedince a přesnější indikaci intervence (psychoterapeutických a edukačních metod a technik).

Postižení na základě anomie vzniká jako konflikt jedince mezi žádoucími společenskými hodnotami (ve vyspělých zemích dominuje orientace na kariéru, blahobyt a prosperitu) a normami (pravidly, zákony), které jejich dosahování znesnadňují či znemožňují. Podstatou anomie je prožitek frustrace z nenaplnění cílů (hodnot) při dodržování platných společenských norem (pravidel). Jedním z řešení se nabízí porušení norem (rizikové chování). Vznik rizikového chování může být také výsledkem nízké identifikace se sociální normou v důsledku neexistence sociálních norem nebo jejich zastaralosti (Munková, G., 2004). Zejména jsou nebezpečím anomie ohroženi jedinci ze sociálně znevýhodňujícího či kulturně odlišného prostředí, protože na jejich cestě k dosahování společensky žádoucích cílů a hodnot stojí více bariér než u jejich vrstevníků z prostředí bez znevýhodnění. Výzkumný tým Knotová, Hloušková a Novotný (2008) poukazuje především na bariéry v oblasti přístupu a příležitosti ke vzdělávání, včetně jazykové bariéry, ekonomického, kulturního a sociálního kapitálu.⁹ Způsoby zvládání anomie se pohybují od akceptovatelných až po rizikové. Mezi akceptovatelné patří rezignující konformismus (rezignace na cíle, jichž nelze přes nastavení společenských norem dosáhnout a smíření se s tím) a částečně také ulpívající a strnulá ritualizace dodržování norem, kdy se dodržování normy stává cílem samo o sobě. K deviantním způsobům zvládání anomie je řazen i tzv. *retreatismus* (odcizení, vzpoura, únik) čili únik do alternativních způsobů života (odmítající tlak konzumní společnosti). Problémovými variantami vyrovnávání se s anomíí je protinormativní chování – rebelie (vzpoula), tj. aktivní odmítání kulturně i institucionálně předepsaných cílů i prostředků (Merton, R. K., 2000).

Teorie kultur a subkultur vysvětlují deviantní chování na základě nízké identifikace se sociální normou. Vychází z předpokladu, že společnost je tvořena tzv. subkulturami, které socializují děti a mladistvé dle vlastních hodnotových subsystémů. Pokud je tato socializace dysfunkční, vzniká napětí mezi jednotlivými subkulturami a napomáhá to tak rizikovému vývoji jedince (Munková, G., 2004).

⁹ K plnému výčtu konceptu kapitálu náleží ještě symbolický kapitál, který vzniká úspěšnou reflexí předchozích kapitálů.

Vzorce rizikového chování jsou *dle socializačních teorií* naučeny v průběhu socializačního procesu jako každé jiné chování. Pro stanovení predikce to znamená zjištění vlivu nejbližšího sociálního okolí, příslušné sociální vrstvy, školního a později profesního zařazení, které v různých životních fázích utvářely hodnotové systémy a chování jedince s rizikovým či anormativním chováním. Jednotlivé socializační teorie podrobně analyzují mechanismy socializace, např. podmíněnost sociálně konformního lidského chování v dospělosti výchovou v dětství (Eyseneck), stadia morálního vývoje (Kohlberg), diferenciální kontakty, identifikace a příležitosti (Shuterland) a sociálně kognitivní učení (Bandura). Uvedené socializační teorie jsou ve svém izolovaném pojetí delikvence překonané, ale jejich poznatky vnímané v komplexnosti jsou pro vhled do problematiky vývoje delikvence významné (Puka, B., 1994; Kuchta, J., Válková, H., 2005; Pannebakker, F. D., 2007). Procesem sociálního učení a zejména sociálně kognitivního učení se budeme blíže zabývat v kapitole 3.2.2.

Teorie sociální kontroly sledují ve vývojové prognóze chování jedince existenci a funkčnost kontrolních mechanismů, jejichž absence vede k delikventnímu chování. V 50.–60. letech 20. století byla formulována tzv. *teorie vnitřní kontroly*, která mapuje vnitřní a vnější kontrolní mechanismy (Kuchta, J., Válková, H., 2005). Z vnitřních kontrolních mechanismů akcentuje integraci jedince ve skupině (zejm. v rodině, příbuzenstvu, mezi vrstevníky, ve škole a komunitě), schopnost dodržovat sociální normy (což souvisí s pozitivním sebepojetím, realistickým životním očekáváním a ambicemi). Vnější kontrolní mechanismy vyplývají ze společnosti (např. vliv komunity a přátel, sociální normy, členství v zájmové skupině, příslušenství k určitému náboženskému vyznání bránící ve spáchání deliktu). K významným teoriím kontroly dále patří *teorie sociálních vazeb* (*social control theory*), kterou na základě rozsáhlé výzkumné činnosti publikoval Hirschi v 70. letech (Hirschi, T., 2002). Teorie sociálních vazeb je založena na tvrzení, že riziko vzniku delikventního chování se snižuje úměrně intenzitě, s jakou je jedinec sociálně integrován v určité komunitě, respektive připoután k určité klíčové osobě, zastává prosociální postoje a je zapojen do společensky užitečných aktivit. Tuto tezi Hirschi (2002) potvrzuje čtyřmi proměnnými, které se mu podařilo vědecky verifikovat:

- **Bazální vazba** (*attachment*) ve smyslu pevného emocionálního vztahu ke klíčové osobě (rodič, náhradní pečující osoba, učitel apod.).
- **Odpovědnost** (*commitment*), implikující uvědomění si rizika ztráty sociálního statusu po vykonání deliktu.
- **Angažovanost** (*involvement*), tj. vytížení v konvenčních aktivitách ve škole, v zaměstnání.
- **Důvěra** (*belief*) v konvenční společenské hodnotové systémy.

Teorie sociální kontroly je i pro současnou etopedickou teorii přínosným konceptem, přestože ve svém empirickém sledování nezohledňuje význam sociálních a kulturních odlišností (případně znevýhodnění) jedinců a vlivu těchto aspektů na jejich chování.

Neméně pozoruhodnou je také *teorie kontrolní rovnováhy* upozorňující na souvislost delikventního chování s rozsahem kontrolní mocenské kompetence, kterou jednotlivec disponuje. Tato teorie podtrhuje nerovnováhu mezi sociálním statusem a mírou kontrolních pravomocí. Jedinci se sociálně nízkým statusem mají výrazný kontrolní deficit, který může být spouštěčem kompenzačních mechanismů v podobě rizikového chování. U jedinců disponujících mocí může být spouštěčem rizikového chování snadnost zneužití moci a efekt nadřazenosti a absence vědomí důsledné kontrolní instance.

Rizikovost na základě stigmatizace vychází z *teorií etiketizování (labelingu)* a říká, že k primární stigmatizaci dochází v důsledku rizikového chování a sekundární rizikovost nastupuje v důsledku stigmatizace jako reakce na sociální situaci (prostředek obrany, útoku nebo přizpůsobení). Vlivem sekundární stigmatizace dochází k rekonstrukci identity jedince. Problémem je, že k primární stigmatizaci jedince může docházet ještě dříve, než se jeho chování projeví v negativní konotaci porušením sociálních norem. Důvodem může být fyzická odlišnost, charakterová slabost, příslušnost k určité sociální skupině, k etniku, či náboženské skupině (Helus, Z., 2007). Stigmatizace ovlivňuje sociální identitu a sebedefinování jedince nebo může vést k restrukturalizaci jeho identity. Sociální stigma jedince diskriminuje, případně může vést až k sociální exkluzi, a tím jsou významně snižovány jeho životní šance (Knotová, Hloušková, Novotný, 2008).

2.3 Vývoj poruch chování v dětském věku

V předchozích kapitolách jsme nastínili nutnost nahlížet na etiologii poruch chování z hlediska multifaktoriálních korelací kauzalit, a to v kontextu individuality jedince. Detailní vhled do problematiky kauzálních faktorů rizikového chování a výše uvedená premisa vedou k reflektivní volbě výchovných konceptů a terapeutických metod rozvoje žádoucích forem chování. V dalším textu deskriptivně vymezujeme vývoj rizikovosti, který je důležitý pro správnou identifikaci stadia rizikového chování. Jsme si vědomi toho, že se nevyhneme jisté míře generalizace, ale s vědomím jistého zkreslení při popisu obecně platného jevu jsme schopni výsledky nezobecňovat a zachovat vnímání dítěte a mladistvého v kontextu jeho individuality.

Děti a mladiství umístění v zařízeních zajišťujících jejich výchovu jsou v různém rozsahu traumatizováni, tj. je narušen jejich psychosociální vývoj. Kontinuitu psychosociálního vývoje je možné rozfázovat do etap, které po-

skytnou bližší vhled do procesu rozvoje rizikovosti (Smik, J., 2001, in: Labáth, V. a kol., 2001):

- **Disociální příznaky (rizikové příznaky)** – projevy jsou v mezích vysílání signálů, zpravidla nepřesahují jeden sociální systém a jedinec je více ohrožen sám než jeho okolí. Dítě nebo mladistvý nebývá iniciátorem projevů v chování, motivem k neadekvátnímu chování je touha po sebe-realizaci, akceptaci vrstevníky či saturující skupinou. Je projevem porušování dohody se společností.
- **Disociální vývoj** je chování intenzivnějšího charakteru, zaměřené proti sociálnímu prostředí. Přes změnu životního stylu dochází k interiorizaci role maladaptivního jedince a k odmítání hodnot společnosti.
- **Sekundární disociální chování** – porucha chování vzniká na základě primárního onemocnění, kterým může např. být těžší forma *mentální retardace*, *syndrom CAN*, *závislostní chování*, *substituční disociální chování* (nepřímá saturace frustrace, subdeprivace a deprivace), *zkušenost institucionální péče*, *posttraumatická stresová porucha*, *psychiatrické onemocnění*.
- **Epizodické disociální chování** přímo nesouvisí s disociálním vývojem chování, ale jde o maladaptivní chování v náročné životní situaci, jako je pubescentní a adolescentní krize identity, ale i interpersonální problémy v rodině, ve škole, vysoké výkonové požadavky ve škole, zájmovém kroužku, pracovním procesu atd. Podle Ericksona a Jasiňského (1982, 1979; in: Labáth, V. a kol., 2001) projevy spontánně odezní s dosáhnutím sociální zralosti a nabytím dospělého sociálního statusu. Někteří autoři poukazují na tento jev jako na tzv. vývojovou delikvenci, která je přechodnou dezintegrační změnou juvenilní osobnosti. Upozorňují však na možné nebezpečí vzniku disociální identifikace, která závisí na osobnostních dispozicích jedince, jeho fixaci v interpersonálních vztazích, vlivu sociálního prostředí, způsobu trávení volného času, seberealizaci, školní úspěšnosti, na míře saturace či substituce potřeb prostřednictvím disociálního chování a na přítomnosti preventivních a poradenských intervencí aj.

Vývoj psychosociálního oslabení je i při trvalosti a stálosti determinujícího stavu optimistický, vzhledem k tomu, že prevalence rizikového chování je přímo závislá na tom, zdali prostředí umožní jedinci své rizikové chování projevat.

DSM-IV-TR (APA, 2000) a autorský tým Lane, Gresham a O'Shaughnessy (2002) poukazují na negativní vývojovou tendenci u tzv. disruptivního chování, tj. chování s charakterem pervazivních problémů. Mezi takto definované chování je řazeno **ADHD** (*Attention Deficit Hyperactivity Disorders*)¹⁰ s typickými

10 Přesná diagnostická kritéria ADHD uvádí Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-IV-TR (2000) nebo Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10 (2008).

rysy, kterými jsou deficity pozornosti, impulzivita a hyperaktivita. K charakteristickým projevům dětí s ADHD patří nedostatečná seberegulace chování a sebekontrola při dodržování pravidel, zvýšená reaktivita. Tyto děti jsou díky svým projevům vystaveny vysoké míře rizika školního neúspěchu. Americká psychiatrická asociace (APA, 2000) udává, že až u 40 % dětí a 65 % adolescentů se přetrvávající problémy s ADHD rozvinou do problémů v chování, které je možné kategorizovat jako *opoziční vzdorovité chování* (ODD, *Oppositional Defiant Disorder*). Není nutno zdůrazňovat, že riziko dlouhodobých negativních následků je u dětí s ODD ještě vyšší. Mnoho odborníků dále nalézá souvislost mezi ODD a pozdějším vznikem *poruchy řízeného chování* (CD, *Conduct Disorder*). Z výzkumů vyplývá, že rozvoj poruchy řízeného chování u dětí s ADHD je zapříčiněn poruchou opozičního vzdoru v dětství (Barkley, R. A., 1998; APA, 2000; Elliot, J., Place, M., 2002). Longitudinální studie dokládají, že jedinci s poruchou řízeného chování mají v dospělosti problémy s udržení zaměstnání, nedisponují dostatečně rozvinutou sociální kompetencí a častěji jsou v konfliktu se zákony (Patterson, G. R., Reid, J. B., Dishion, T. J., 1992). K projevům poruchy řízeného chování patří asociální až antisociální jednání, nedostatečná dovednost prosociálně řešit situace, zvýšená dráždivost a reaktivita, snížená sebekontrola chování. Návaznost zhoršujících se projevů v chování je důsledek nefunkčního systému screeningu a včasné podpory dětí s problémy v chování, jejich rodin a pedagogů.

Mnozí výzkumníci (např. McCord, J., Tremblay, R. E., eds., 1992; Kazdin, A. E., 1995; Lane, K. L. 1999; Večerka, K. a kol., 2000; Hill, J., Maughan, B., 2001) poukazují na fakt, že školy nejsou připraveny pracovat s dětmi s problémovými projevy chování, vzhledem k tomu, že vysoké procento dětí s výraznými problémy v chování prochází prvním stupněm ZŠ bez odhalení, respektive bez provedení diferenciální diagnostiky a bez realizace včasné intervence a podpory sociální kompetence. Kazdin (1995) svými výzkumy dokládá, že realizace prevence je u dětí s dispozicí k rizikovému chování nejefektivnější kolem 8. roku věku. Dítě v tomto věku je již kognitivně vyspělé do takové míry, že je schopno náhledu na problém, je snadné jej v tomto věku aktivizovat, podporovat a pozitivně stimulovat (Lane, K. L., Gresham, F. M., O'Shaughnessy, T. E. et al., 2002). Pokud nedojde k intervenci v tomto věku, je možná pouze následná náprava v podobě minimalizace následků a facilitace reflektování své poruchy a zacházení s ní. Přičemž je třeba předpokládat, že vývoj problémů v chování, které se projevují již v předškolním a mladším školním věku, budou bez adekvátní facilitace akcelarovat (Woods, D. W., Kanter, J. W., 2007).

Autoři na základě daných zjištění apelují na realizaci efektivních a včasných preventivních aktivit a komprehensivní rané intervence v rámci edukačního prostředí mateřských a základních škol (McCord, J., Tremblay, R. E., eds., 1992; Peterson, Reid, Dishion, 1992; Lane, K. L. 1999; Miovský, M., Zapletalová, J., 2006; Vojtová, V., 2008a, 2008b; Večerka, K. a kol., 2009).

Pedagogičtí pracovníci ve školách všech stupňů by měli být důkladně seznámeni s faktory ovlivňujícími vývojovou tendenci prohlubování rizikovosti (Langer, 1999, in: Labáth, V. a kol., 2001):

- **časový faktor**,
- **faktor primárních signálů** – můžeme je zachytit již v předškolním věku, nejpозději v pubescenci,
- **faktor progrese** – chování prochází stadii primárních signálů, problémů v chování až k poruše chování, dle sociální klasifikace pak mluvíme o fázích disociality, asociality, antisociality,
- **faktor zvýšené inklinace** k poruchám chování v bio-psycho-sociálně-spirituální rovině,
- **faktor řetězové návaznosti příčin**.

2.4 Screening a diagnostika chování

Znalost postupů identifikace problémového chování je pro etopedické a pedagogické pracovníky stěžejní pro cílenou eliminaci prohlubování problémů v chování. Znakem funkčních screeningových metod je **proaktivnost** (nikoliv reaktivnost), časnost (na začátku školní docházky), **návaznost** na podrobnou diferenciální diagnostiku, která by probíhala ve více než jednom prostředí, byla by realizována více než jedním subjektem (např. pedagog, psycholog, rodiče, vrstevníci, dítě samo) a více než jednou metodou (participantní pozorování, sociometrie, hodnotící škály chování, rozhovory, analýza školních dokumentů a výsledků apod.). Je třeba analyzovat vliv jednotlivých projevů v chování na společenské role, na modely chování a na společenské očekávání (Pokorná, V., 1993). Vojtová (2010) upozorňuje na riziko časové náročnosti procesu diagnostiky, které může vést k oddálení aplikace cílené intervence. S tímto negativním faktorem je třeba počítat a usilovat o jeho (systémovou) minimalizaci, např. prostřednictvím personálního posílení PPP a SVP.

Domníváme se, že zahájení včasné systematické intervenční práce s dítětem s problémy v chování nesmí být podmíněno zařazením dítěte do kategorie žáka se speciálními vzdělávacími potřebami (zákon č. 561/2004 Sb.), na základě medicínské diagnózy.¹¹ Za nezbytné považujeme včasné rozpoznání problému a okamžité zahájení speciálně pedagogické podpory dítěte, jeho rodiny a pedagoga (Běhouňková, L., 2010a).

11 Přípravovaná novela vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných slibuje diferenciaci podpůrných opatření, která by zahrnovala žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami odstupňovanou včasnou péči (podpůrná a vyrovnávací opatření).

2.4.1 Včasná identifikace problému – screening

Včasná identifikace a deskripce problémů v chování dítěte je prvním krokem k zamezení dalšího negativního trendu chování (Vojtová, V., 2010). Proto je třeba, aby pedagogičtí pracovníci uměli pracovat se screeningovými a diagnostickými postupy a nástroji. Východiskem pro včasnou identifikaci problému může být podrobná deskripce biografie dítěte a jeho intervenční linie (kazuistika) či zaměření se na aktuální (hlavní) problém jedince v situačním kontextu (tj. postup od problému k jedinci v situaci). Obě dvě východiska předpokládají komplexní hodnocení problému v jeho situačních kontextech. V následujícím textu uvádíme postup komplexní identifikace problému, který vychází z analýzy teoretických a výzkumných dat (Elliot, J., Place, M., 2002; Havráňková, 2003, in: Matoušek, O. a kol., 2008; Matoušek, O., Pazlarová, H., Baldová, L., 2008; Běhounková, L., 2007, 2010).

V první řadě je třeba definovat **problémový situační kontext**, tj. podrobné informace o chování (problému), které hierarchizujeme podle míry relevantnosti a obecnosti. Zjišťujeme: *Co je problém (o jaké chování se jedná)? Jak problém vidí dítě? Jaká je anamnéza? Které osoby zahrnuje problémový systém a jaké mají role a postoje? Jaké osoby jsou klíčové? Jaké má problém příčiny a následky? V jakém prostředí se problémové chování vyskytuje? Kdy se problémové chování objevuje? Jak často se problémové chování objevuje, jakou má intenzitu a jak dlouho trvá? Jaký vývoj má problémové chování od doby prvního výskytu? Pokouší se dítě problém nějak řešit? Jaké jsou aktuální potřeby dítěte/mladistvého?*

Ve druhé fázi identifikace je vytvářen přehled zdrojů využitelných k řešení problému. Ze strany pedagogického pracovníka není důležité problém vyřešit, ale prioritou je naučit dítě či mladistvého mobilizovat vlastní síly k participaci na procesu nápravy a řešení problémových situací a nést zodpovědnost za tento proces. Důležitým aspektem v tomto procesu je sebepojetí jedince, míra jeho sebeúcty a sebehodnocení a schopnost sebereflexe. Priority této fáze lze stanovit podle následujících otázek: *Jaké dovednosti potřebuje jedinec k tomu, aby mohl problém zvládnout? Jaké zdroje sociální opory jsou k řešení potřebné a jaké dostupné? Jaké vnitřní zdroje má pro řešení sám? Jaká je úroveň jeho sebepojetí? Kvalita a kvantita vztahů v různých prostředích (rodina, škola, mimoškolní prostředí, institucionální prostředí)? Jaké má jedinec zájmy?*

V poslední fázi je vytvářen návrh postupu a **sestavení intervenčního systému**, kdy se na základě vymezení skutečného problému hledají cesty vedoucí ke zmírnění, vyřešení problému a především k urovnání vztahů a osvojení takových psychosociálních dovedností u jedince, které by posilovaly jeho resilienci. Priority této fáze lze stanovit podle následujících otázek: *Jaký postup se při řešení problému jeví jako nejefektivnější? Kdo má patřit do intervenčního systému?*

PROFIL CHOVÁNÍ

agresivní, nátlakové a impulzivní projevy dětí směrem k sociálnímu prostředí, současně se vyskytují znaky hyperaktivity, impulzivity, nepozornosti, neposlušnosti a agrese, často doprovázené nedostatkem soucitu a empatie k ostatním

1. fáze	Návrh pedagoga	Na základě operační (behaviorální) definice pedagogové identifikují děti, které odpovídají deskripci profilu chování. Vzniklý seznam je následně uspořádán dle prevalence negativních projevů od 1 do 8 (1 = nejvíce, 8 = nejméně). Žáci označení 1 až 3 jsou dále sledováni.
2. fáze	Hodnocení více zdrojů	Cílem je získat maximum informací ze sociálního prostředí dítěte (rodina, škola, komunita). Dalším zdrojem informací jsou posuzovací škály poruch chování (např. DSM-IV-TR, CBCL).
3. fáze	Intenzivní hodnocení	Zahrnuje detailnější analýzu chování. Prostředky získání dat jsou: Participantní pozorování chování ve třídě, ale i mimo ni, např. během přestávky, na hřišti). Důležité je zaměřit se na: - čas věnovaný učení²⁹ - souhrn rušivého chování³⁰ - souhrn negativních sociálních interakcí³¹ - čas strávený o samotě³² Sociometrie – zjištění sociálně preferovaných osob, sociálních outsiderů a odmítaných jedinců.³³ Sociálně odmítaní jedinci jsou dále blíže sledováni. Rozhovory slouží k: - identifikaci konkrétních projevů chování - zjištění funkce chování (co chování saturuje) - identifikaci vhodného náhradního způsobu chování - pro získání kompletního obrazu o chování dítěte je rozhovor veden s pedagogy, rodiči i žákem. Rozhovor je zaznamenáván do protokolu.
4. fáze	Rezistence proti intervenci	Pokud chování přetrvává i po realizaci preventivních (primárních i sekundárních) opatření a vhodné intervence v rámci školní třídy, je to signálem pro hledání specializovanějších přístupů.

Tabulka 14 | Screeningový systém pro ranou identifikaci negativního vývoje tendence chování dítěte směrem k antisociálním projevům (Lane, K. L., Gresham, F. M., O'Shaughnessy, T. E. et al., 2002)

12 Čas, kdy se dítě koncentruje na materiály, úkoly, práci spojenou s přípravou do školy. Ve školní třídě jsou sledovány správné reakce a vhodně realizované požadání o asistenci a pomoc (získání pozornosti).

13 Způsoby chování, které narušují dynamiku a pozornost skupiny. Ve škole se jedná o chování narušující řád (neplnění pokynů, brání cizích předmětů, vytkřikování, obtěžování spolužáků apod.).

14 Způsoby chování narušující hru, zahrnují fyzickou nebo slovní agresi aj.

15 Dítě se sociálně nezapojuje, neúčastní se aktivit, může být opodál od skupiny.

16 K osvědčeným standardizovaným, psychometrickým metodám patří SO-RA-D (Hrabal), a dotazníky B3, B4 (Braun).

Lane, Gresham a O'Shaughnessy (2002) definovali obdobný screeningový systém pro ranou identifikaci dětí s projevy hyperaktivity a současně závažnějších poruch chování, které by mohly bez intervence vést k prohlubování negativních projevů v chování (tab. 14). Daný systém vychází z prostředí škol, ale domníváme se, že je možné jej velmi snadno aplikovat i v prostředí zařízení pro výkon ÚV, OV. Předností tohoto screeningového systému je jeho strukturovanost projevující se v jasném definování chování, které je sledováno a v přehledném vymezení návaznosti dílčích kroků jeho hodnocení.

Ke screeningu lze použít také další (speciálně) pedagogické metody, využívající expresivních forem práce, skupinové dynamiky a učícího potenciálu. Příkladem takové metody je artefietika, jejíž využití pro screening a intervenci rizikových jedinců na 2. stupni ZŠ doložila Běhouňková (2007, 2009, 2010a).

2.4.1.1 Sledování životní linie – kazuistika

Zpracování podrobné kazuistiky zaměřené na osobnostní a sociální anamnézu by mělo být východiskem pro plánování veškeré další podpory a péče. Měla by obsahovat oblasti rodinných a mimorodinných vztahů, vzdělávací dráhu a zájmy, zhodnocení zdravotního stavu jedince a jeho osobnostních charakteristik (Matoušek, O., Pazlarová, H., Baldová, L., 2008).

Komplexní popis rodinné anamnézy by měl obsahovat funkčnost rodiny (zejm. syčení potřeb dítěte), její životní styl (socioekonomický status, zaměstnanost dospělých členů rodiny, bytová situace, zajištění provozu domácnosti, trávení volného času, rizikové chování v rodině atd.), kulturní specifika (znalost jazyka, role muže a ženy, projevování emocí aj.), rodinný morální kodex (hodnotový žebříček), strukturu rodiny a její propustnost do sociální sítě (kvalita a kvantita vztahů, rodinné konstelace), transgenerační vazby (zejm. transmise chování, očekávání), interakční vzorce (např. komunikační styly, ritualizované události, emocionalita, řešení neshod, modely chování), vývojový cyklus rodiny (stabilita, reakce na změny). V rámci mapování rodinných vztahů je užitečné vytvoření tzv. genogramu a ekomapy rodiny (Kovařík, J., 2008), které vizualizují strukturu a významnost vztahů v rodině (genogram) i mimo ni (ekomapa). Mimorodinné vztahy se sledují zejm. z hlediska významnosti, a to na úrovni vrstevnických, partnerských, komunitních, profesionálních a institucionálních vztahů.

Diagnostika individuálních charakteristik osobnosti jedince zahrnuje kognitivní dovednosti dítěte (aktuální stav i zónu nejbližšího vývoje), emocionalitu, úroveň sebehodnocení, úroveň sociální kompetence, reakci na deprivaci v zařízení institucionální výchovy a celkový přehled potřeb dítěte. Další oblastí individuálních charakteristik je zdravotní stav a péče o něj, tj. schopnost péče o zevnějšek a stravování, péče o vlastní tělesnou kondici, rizikovitost chování, dodržování zákonných norem (Matoušek, O., Pazlarová, H., Baldová, L., 2008).

Sledování vzdělávací dráhy a zájmů jedince mapuje průběh vzdělávací kariéry (typy škol, tříd, realizovaná podpora a opatření), vývojový trend prospěchu (včetně chování, oblasti zájmu a úspěchu ve škole), vztahy (ke spolužákům, pedagogům, ke škole jako instituci), plány předprofesní přípravy, zájmová oblast (předmět zájmu, stabilita zájmu).

2.4.1.2 Diagnostické nástroje

Jak dokládá výzkumné šetření IPPP ČR (2010), tak specifických diagnostických nástrojů užívaných ve školských poradenských zařízeních (PPP a SPC) pro diagnostiku chování není tak široké spektrum jako pro jiné diagnostické oblasti. Lze se domnívat, že o mnoha diagnostických nástrojích zcela chybí povědomí. Mezi respondenty byla malá shoda v tom, jaké nástroje pro diagnostiku problémových projevů chování užívají, proto výstupy vykazují velký počet různých testů. Identifikované nástroje užívané v PPP k diagnostice chování uvádí tab. 15.

Název nástroje	Vydavatel	Rok vydání	Procento poraden, které užívají nástroj
Test ruky	Psychodiagnostika	1991	21,43 %
Dotazníky k diagnostice výskytu atypických projevů školního a sociálního chování	Psychodiagnostika	1999	14,29 %
Test rodinných vztahů	Psychodiagnostika	1987	9,52 %
Scénotest	Testcentrum	2001	7,14 %
Test barevného sémantického diferenciálu – TBSD	Vadim Č. Budějovice	1992	7,14 %
Apercepční karty pro adolescenty	Testcentrum	2002	4,76 %
Rosenzweigův obrázkově frustrační test pro děti	Praha	1958	4,76 %
Osobnostní dotazník pro děti B-Jepi	Psychodiagnostika	1988	4,76 %
Lüscherova klinická diagnostika	Psychodiagnostika	1994	4,76 %
Test rodinného systému FAST	Testcentrum	2005	4,76 %
Dotazník chování předškolních dětí	Psychodiagnostika	1997	4,76 %
CATO-Test mezilidských vztahů v rodině a širším sociálním okolí dítěte	Psychodiagnostika	1975	4,76 %
Nedokončené věty, in: Projektivní interview	Psychodiagnostika	1974	4,76 %

Tabulka 15 | Přehled diagnostických nástrojů pro diagnostiku problémů v chování (IPPP ČR, 2010)

Pro diagnostiku chování užívají poradenští pracovníci diagnostické nástroje určené pro diagnostiku širšího spektra vztahů v rodině a osobnostních charakteristik dítěte spíše než specifické nástroje, častěji užívají projektivní a semiprojektivní techniky než standardizované, např. dotazníkové metody a škály. Z výzkumu IPPP ČR (2010) vyplývá, že více než pětina respondentů používá k diagnostice chování *Test ruky*, který je apercepční projektivní technikou primárně užívanou pro diagnostiku osobnosti, se zaměřením na poruchy chování, agresivitu apod. Je určen pro starší děti a dospívající, zakládá se na propracované interpretaci obrazu ruky v různých polohách. Necelých 15 % respondentů uvádí mezi nejčastěji užívanými *Dotazníky k diagnostice výskytu atypických projevů školního a sociálního chování*, vytvořené Mezerou. Jedná se o soubor dvou standardizovaných dotazníků – Dotazník školního chování žáka a Škála rizikového chování. Soubor je zaměřen na diagnostiku výskytu a intenzity vybraných atypických projevů v oblasti rizikového sociálního a školního chování u dětí a dospívajících od 8 do 18 let. Necelých 10 % respondentů uvedlo semiprojektivní *Test rodinných vztahů* Anthonyho a Beneové v české úpravě Mádrové.

Téměř 24 % respondentů uvádí, že pro tuto kategorii diagnostické nástroje chybějí. Nicméně vznikají nové nástroje, případně je možné využívat zdrojů ze zahraničí, kde existuje velké množství diagnostických nástrojů, zejm. posuzovacích škál poruch chování. Doporučujeme v rámci etopedické diagnostiky využívat hodnotící škály se standardizovanými psychometrickými vlastnostmi, např. škály užívané *DSM-IV-TR* (APA, 2000), *CBCL – Child Behavior Checklist* (Achenbach, T. M., 1991; Čermák, I., Urbánek, T., 1997; Čermák, I., Klimusová, H., Vízdalová, H., 2005). CBCL obsahuje a) škály sociální kompetence (participace na ne/sportovních aktivitách, sociálních aktivitách a školní výkon), b) škály problémového chování (sociální staženost/depresivita, tělesné obtíže, úzkost, sociální problémy, problémy s myšlením, pozorností, delikventní chování – porušování pravidel, agresivní chování). Nástroj má i dvě přidružené formy, a to pro pedagogy a pro zkoumané osoby. CBCL však prozatím nebyl přeložen do českého jazyka. Vhodným nástrojem, který je taktéž prozatím pouze v anglické verzi, je *inventář BFIEF* (Behavior Rating Inventory of Executive Function). Dotazník obsahuje dvě formy – pro rodiče a pedagogy hodnoceního dítěte a zaměřuje se na osm základních exekutivních funkcí: 1. schopnost odolávat impulsům a zastavit své chování ve vhodnou dobu, 2. adaptace na změny a tolerance změny, 3. jak se expresivní funkce podílejí na vyjadřování a regulaci emocí, 4. schopnost aktivně započít úkol nebo aktivitu, 5. udržení informací důležitých pro ukončení úkolu, 6. cílevědomost, stanovení cesty a vůle k jejich dosažení, třídění informací, kategorizování myšlenek a klíčových pojmů, 7. schopnost uspořádávání věcí, 8. kontrola svého chování během plnění úkolu a pochopení vlivu svého chování na ostatní (Gioia, Isquith, Guy, Kenworthy, 2000). Pro jedince se závažnými poruchami chování je vhodný dotazník *The Symptom Assessment – 45 (SA – 45)* a *Jessness Inventory – Revised (JI-R)*.

Vojtová (2010) vytvořila sedmifaktorovou škálu „*Škola je místo, kde...*“ pro identifikaci žáků s problémy v chování v podmínkách základní školy. Tato škála hodnocení školního prostředí (života) je aktuálně standardizována.

Výstupy z diagnostických šetření podléhají profesní etice deklarované ochranou osobních údajů (zákon č. 101/2000 Sb.¹⁷), přesto je třeba, aby v rámci multidisciplinárního týmu docházelo k vzájemné informovanosti, která se promítne do efektivity procesu intervence (MV ČR, 2007). Intervenční trajektorie dětí a mladistvých umístěných v institucionální výchově je zpravidla bohatá. Dítě bývá nezřídka zdlouhavě a opakovaně diagnostikováno, přesto tímto systémem prochází bez efektivní podpory (Večerka, K. a kol., 2009). Je třeba hledat systémová řešení tohoto problému.

17 Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

3 Proces socializace v kontextu sociální rehabilitace

Význam socializace pro vývoj osobnosti jedince dokládají výjimečné případy dětí, které vyrůstaly v podmínkách extrémní sociální izolace. Tyto děti se následně obtížně a v omezené míře dařilo začleňovat do skupiny vrstevníků a dospělých. Jejich vývoj byl nezvratně narušen. Rozsah a hloubka narušení ovlivňuje projevy chování i volbu intervence. Jedním z charakteristických rysů poruch chování je *odchylka v oblasti socializace* (Říčan, P., 2004). Jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, odpovídající sociálním a kulturním vzorcům dané society, eventuelně na úrovni svých rozumových schopností. V případě, že dojde k překročení sociálních norem a chování vykazuje znaky delikvence, dochází k sekundárnímu prohlubování obtíží v sociálních kontaktech. Výzkumy Samsona a Lauba (1997, in: Blatnáková, Š., Netík, K., 2008) potvrzují, že delikventní chování systematicky oslabuje působení sociálních a institucionálních vazeb integrujících dospělého jedince do společnosti, zejm. v oblasti vazeb na zaměstnání či manželské koheze. Odchylky v socializaci tedy vedou nejen k problémům v chování, ale dále kumulují problémy se vztahy, emocemi, narušují sociální kompetenci (deficity sociálních dovedností). Sociální rehabilitace usiluje o identifikaci deficitů v socializaci, sociální kompetenci a jejich následnou intervenci, mimo jiné implikující nácvik žádoucího sociálního chování. A to s vědomím, že deficity sociální kompetence jsou v drtivé většině případů pouze vrcholkem ledovce důsledků raného traumatu dětí s poruchami chování, které je třeba paralelně psychoterapeuticky léčit.

3.1 Člověk jako sociální bytost

Každý jedinec je (měl by být) na své cestě k dosahování lidskosti podroben systematickému a organizovanému působení (výchova), a to tak, aby se konstituoval jako jedinec společenský (socializovaný), tj. jednající tak, aby byl prospěšný samotné společnosti a byla uchována její kontinuita (Patočka, J., 1997;

Prokešová, M., 2004). Keller (2004) mluví o socializaci jako o univerzálním prostředku k zajištění kontroly chování a myšlení členů společnosti (society). Jejím cílem je internalizace vědění dané kultury, ale i jejích hodnot a norem. Proces **socializace** je definován jako „*postupné začleňování jedince do společnosti prostřednictvím nápodoby a identifikace, zprvu v nukleární rodině, dále v malých společenských skupinách, jako je školní třída, zájmový klub, sportovní družstvo, až po zapojení do nejširších celospolečenských vztahů, součástí je přijetí základních etických a právních norem dané společnosti*“ (Hartl, P., Hartlová, H., 2009, s. 548). Proces socializace lze chápat v kontextu různých teoretických rámců (Nakonečný, M., 1999):

1. **Pedagogická koncepce** vnímá socializaci jako přípravu jedince na jeho role ve společnosti.
2. **Ekologická koncepce** klade důraz na kulturu, kterou jedinec utváří skrze socializaci
3. **Antropologická koncepce** chápe socializaci jako proces rozvoje schopností, postojů, motivace nezbytné pro výkon rolí.
4. **Psychologická koncepce** vidí v socializaci proces vývoje osobnosti zprostředkovaný sociálním prostředím.
5. **Sociologická koncepce** uvádí, že socializace je kulturou zprostředkovaná příprava jedince na život ve společnosti.
6. **Sociálně-psychologická koncepce** klade důraz na vliv society na internalizaci hodnot a vnímání světa jedince.

Společně pro uvedené teoretické koncepty je, že je socializace chápána jako proces utváření vlastní osobnosti působením sociálních vlivů a interakcí s nimi. V rámci tohoto kontinuálního a celoživotního procesu, do něhož se zároveň promítá zrání a učení, se realizuje vrůstání do sociokulturního systému society, postupné začleňování do mezilidských vztahů, společných činností, společenských pozic a jim odpovídajících rolí (Lašek, J., 2005a). Vystává otázka, v jakých aspektech se odlišuje socializace od výchovy. Na rozdíl od výchovy neprobíhá socializace cílevědomě a systematicky a zároveň nemusí upevňovat a internalizovat pouze kladné hodnoty (Sekera, J., 2008).

Socializace zasahuje jak oblast psychiky, tak i chování a do určité míry i fyzickou podobu jedince (Atkinson, R. L., 2002). Součástí socializace je opačná tendence, tj. proces **individualizace (personalizace)** ve smyslu odpoutávání se ze závislosti, uvědomování si své jedinečnosti, svébytnosti a autonomie. Skrze autonomii, získanou v závislosti na sociálním okolí, si jedinec zpětně hledá své místo ve světě. Individualizace jedince je vyjádřením funkční socializace a je charakterizována pěti základními vlastnostmi (Rogers, C. R., 1998, Fromm, E., 2001):

1. **Autoregulace** jako schopnost vytyčování a dosahování smysluplných cílů.
2. **Kreativita** vnímaná v nejširším slova smyslu jako tvořivý přístup k životu.
3. **Vnitřní harmonie** vedoucí k získání vnitřní rovnováhy a nadhledu, umožňující zvládání ohrožujících situací.
4. **Pospolitost** ve smyslu citové a vztahové angažovanosti a zodpovědnosti.
5. **Transcendence** neboli odpoutání se od osobních potřeb a zájmů ve prospěch širšího hodnotového kontextu.

Proces socializace a individualizace jsou zásadní pro rozvoj society, nutná je však jejich vyváženost, tj. socializující prostředí by mělo být vnímavé vůči možnostem růstu jedince a naopak jedinec by měl ve svém růstu realizovat prosociální, tj. společností prospěšné aktivity (Nakonečný, M., 1999; Elkin, F., Handel, G., Cahill, S., 2007). Socializace probíhá v různých prostředích s různým sociokulturním a politicko-hospodářským rámcem, tradicemi a zvyklostmi. Primární i sekundární proces socializace probíhá v *mikroprostředí* (rodina či skupina lidí pečujících o dítě v raném období, škola, zájmové kroužky, kamarádské skupiny apod.). Postupné rozšiřování počtu mikroprostředí, v nichž dítě žije, je podmínkou vývoje zdravého sebevědomí a získávání rozličných kompetencí (Helus, Z., 1979). Socializace dále probíhá v *exoprostředí* (prostředí, o němž dítě má pouze zprostředkované informace, např. zaměstnání rodičů) a *makroprostředí*, které konstituuje jedince v jeho občanství (např. církev, politické či ekologické skupiny). Helus (2007) dále hovoří o *mezoprostředí*, které chápe jako vzájemné vztahy mezi jednotlivými mikroprostředími. Vliv na vývoj jedince má především existence spolupráce či konfliktu mezi jednotlivými mikroprostředími. Kromě prostředí působí na jedince dva socializační tendenční systémy – *aktuální systém* zahrnuje současnou společností vyžadované normy a hodnoty a *historický systém*, ačkoliv nepůsobí explicitně, není o nic méně významný (Říčan, P., 2004). Je implicitně zakódován v sociokulturním dědictví, tj. v tradicích, rituálech, pohádkách, lidových písních, ale i v jazyce (pranostiky, rčení, přísloví aj.). Problematickým bodem současné doby je prohlubující se protiklad mezi aktuálním a historickým systémem, ale také častá disharmonie uvnitř aktuálního systému. Příčinou jsou rychlé a prudké změny společnosti. Monosystémová disproporce (aktuálního systému) může nastat mezi několika sociálními prostředími (např. mezi rodinou a školou) nebo uvnitř jednoho sociálního prostředí, např. v rodině (Říčan, P., 2004; Komárková, R., Slaměník, I., Výrost, J., eds., 2005).

3.2 Mechanizmy procesu socializace

Prostřednictvím mechanismů socializace si jedinec osvojuje komplexní formy chování, postoje a hodnoty platné v daném sociálním, kulturním a historickém kontextu (Helus, Z., 2004; Kauffman, J. M., 2007). V rámci procesu socializace je nezbytné, aby pedagogičtí a obzvláště pak etopedičtí pracovníci uměli mechanismy socializace vědomě a cíleně ovlivňovat tak, aby facilitovali dítě v rozvoji zdravého sebepojetí a žádoucích projevů chování. Obdobně je tomu tak v procesu resocializace, kde ovlivňování mechanismů socializace je významnou součástí intervence. Díky těmto pedagogickým znalostem a dovednostem je udržitelná myšlenka inkluzivního vzdělávání na poli etopedie.

Vzhledem k tématu této práce se budeme věnovat nejvýznamnějším socializačním mechanismům, jimiž jsou *raná symbiotická vazba (attachment)*, *sociální učení* (zejm. interiorizace na základě identifikace, učení zpevňováním a kognitivně sociální učení) a *jazykový kód*. Uvedeným mechanismům socializace se věnujeme v následujícím textu.

3.2.1 Raná symbiotická vazba (attachment)

Primárním mechanismem ovlivňujícím socializaci dítěte v prvopočátku jeho života je *kvalita rané symbiotické vazby (citové vazby, attachmentu)*, skrze ni dítě v průběhu dalšího vývoje latentně a nevědomě utváří své vzorce chování a zpracovává zkušenosti. Tato emoční vazba umožňuje připoutání dítěte k jeho blízkým osobám (zvaným též jako klíčové, pečující, primární osoby).

Na významnost rané vazby matky s dítětem poukázal již ve 40. letech 20. století Spitz, který si všiml důsledků absence či narušení tohoto pouta. U dětí s dlouhodobou zkušeností institucionální péče pozoroval shodné specifické projevy chování a prožívání, daný stav označil termínem *hospitalizmus*. Jeho příčinou je dle Spitze dlouhodobé neuspokojování potřeby bezpečí, jistoty a lásky, tj. prožitku pozitivního emočního klimatu a vzájemnosti v prvních letech života dítěte. Děti trpící hospitalizmem vykazují různou míru postižení vyplývající z hloubky deprivace syndromu (Helus, Z., 2007). Labáth (2001) stav absence některé z psychických potřeb nazývá *anaklitická deprese*. Deskripce důsledků deprivace se ve své výzkumné činnosti podrobně věnovali Langmeier s Matějčkem (1968), jak již bylo nastíněno v kapitole 1.4. Dyadický vztah dítěte a matky vědecky vysvětluje Bowlby (1965) ve své *teorii vazby (attachment theory)*.

V současné době je koncept rané psychické deprivace (traumatu) a jeho důsledků na vývoj dítěte v obecném povědomí speciálně pedagogické veřejnosti. Odborníci se však rozcházejí v označení specifického bazálního vztahu s klíčovou pečující osobou. V současné české i zahraniční literatuře se využívá a ustaluje pojem *attachment (připoutání)*, jenž je však jednotlivými autory ve

snaze o co nej přesnější zachování významu překládán různě. Lze tedy zaznamenat například termíny *připoutání*, *citové přilnutí*, *přimknutí*, *citová vazba*, *raná symbiotická vazba*, *bazální vazba* či *citové pouto*. Jednotlivé termíny vnímáme jako synonymní.

Helus (2007) označuje bazální citovou vazbu za specifický druh *sounáležení*, při kterém dochází k jedinečné psychosociální jednotě mezi matkou a dítětem. Bowlby (1973) na základě svých výzkumů definuje attachment jako ústřední potřebu dítěte vázat se na blízkou osobu, která se k němu chová tak, že se na ni dokáže naladit svými psychosomatickými procesy a také tato osoba se nalaďuje svou vnímavostí a pohotovostí na dítě. Tato oboustranná harmonizace přináší oběma uspokojení. Tendence dítěte připoutat se má podle Bowlbyho své biologické založení v mozku dítěte a zvyšuje jeho šanci na přežití. Připoutání se však ne vždy vyvine optimálním způsobem. Matka nemusí být vždy patřičně empatická a pohotová, nemusí být pro dítě „dostupná“ (ať už z důvodů fyzické či psychické nepřítomnosti), je emočně chladná. S Bowlbyho konceptem attachmentu je kompatibilní *Eriksonovo pojetí bazální důvěry*. Erikson (2002) diferencoval psychosociální vývoj jedince do osmi kritických bodů. Vývojovým úkolem prvního roku života podle této teorie, je nabytí základní důvěry ve svět a život, tj. získání pocitu jistoty a bezpečí pramenícího ze zkušeností z rodiny a ze zážitků přijetí ostatními, především rodiči (Satirová, V. et al., 2005). Erikson (2002) paralelně s pevnou vazbou zdůrazňuje význam kvality mateřského vztahu pro pozdější tvorbu zdravého sebezpojetí, vztahů a zvládnutí dalších vývojových úkolů. Výzkumný tým pod vedením Langmeiera a Krejčířové (2006) potvrdil, že attachment má přímý vliv na utváření sebedůvěry a rozvoj pro sociálního chování, je tedy stěžejní pro vývoj „psychického já“. Bowlby (1965) i Erikson (2002) předpokládají, že podpora a emocionální přístupnost primárních osob v raném dětství podstatně ovlivňuje vývoj emocionální regulace a adaptace jedince v budoucnosti.

Janata (1999) zdůrazňuje význam vlivu osobnostních charakteristik klíčové osoby, na jejíž péči je novorozenec závislý a která pro něj reprezentuje vnější svět. Osobnost klíčové osoby může změnit dítě vrozeně stydlivé (se sníženou agresivitou) na zdravě sebevědomé a naopak příliš „agresivní“ dítě utlumit do „normální“ agresivity. Bowlby (1973) dále poukazuje na transgenerační přenos vzorců citové vazby z rodičů na děti prostřednictvím interakčního chování. Tímto tvrzením narážíme mimo jiné na vědecký diskurz vedený ve druhé polovině 20. století, který polarizoval odbornou veřejnost v otázkách míry ovlivnitelnosti narušené attachmentové vazby. V posledních dvou desetiletích zastává odborná veřejnost názor, že kvalita attachmentové vazby není neměnná, ale naopak je to dynamický proces, s nímž lze cíleně pracovat (Hughes, D. A., 2007, 2009; Pessoa, A., Boyden-Pessoa, D., Vrtbovská, P., 2009; Pilařová, M., Hradilková, T., eds., 2001; Vrtbovská, P., 2010). Attachmentová vazba může být ovlivněna jak pozitivním, tak negativním směrem, a to celou řadou dalších

emočních zkušeností, probíhajících jednak ve vztahu s rodiči, ale i v ostatních intimních vztazích jedince. Vývoj citové vazby je odborníky označován jako kontinuální. Proto je nutné zkoumat citovou vazbu longitudinálně v průběhu celého života. Analyzován byl také genderový vliv klíčové osoby na utváření citové vazby. Kindler (2001) ve své výzkumné práci analyzoval úplné rodiny a vliv každého z rodičů na attachment, přičemž vycházel z teze, že otec tvoří spolu s matkou rovnocenný tandem primárních pečovatelských osob. Kindlerovo výzkumné šetření dokládá, že matka a otec sehrávají jinou klíčovou roli v různých oblastech vývoje dítěte. *U matek je stěžejní, aby byla navázána raná citová vazba, kdežto u otců je zásadní hrová senzitivita*, tj. schopnost interpretace signálů dítěte a adekvátní reakce na ně během hrových aktivit (kolem 2 let). Podle dosavadních poznatků je otcovská hrová citlivost v raném věku dítěte porovnatelně významná jako bazální citová vazba k matce. Hrová citlivost otců významně souvisí s pozdější manifestací citové vazby (důvěrou v sebe sama a druhé), s jistotou při exploraci (sebedůvěrou dítěte v nových situacích), s představami o kamarádkách a partnerských vztazích a se sociální kompetencí ve vztazích (Kindler, H., 2001). Tyto dva faktory – otcovská hrová senzitivita a mateřský attachment tvoří dva důležité prediktory socioemocionálního vývoje dítěte.

Základní typy raného připoutání dítěte k matce, tj. attachmentových vzorců, definovala Ainsworthová (1978, in: Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006; srov. Helus, Z., 2007; Goldberg, S., 1997), která provedla experiment, při němž si matka běžným způsobem hrála s dítětem a poté je na půl hodiny opustila. Během této doby bylo sledováno, jak dítě reaguje na odchod matky a následně na její návrat. Děti se lišily zejména svým chováním po návratu matky. Na základě těchto reakcí Ainsworthová diferencovala čtyři typy attachmentu:

1. **Připoutání bezpečné a spolehlivé (jistý vztah)** je optimálním typem attachmentu a vzniká tehdy, pokud dítě vnímá svou matku jako dostupnou, její chování je mu srozumitelné. Tyto matky byly hodnoceny jako senzitivní a konzistentně citlivě reagující na signály dítěte. Na odchod matky reaguje dítě negativními emocemi, po jejím návratu se nechá utiшит a obnoví svou hravou aktivitu. Senzitivita matky a jistý vztah působí jako protektivní faktor u rizikových dětí (ať už jde o riziko zdravotní či psychosociální). U dětí s tímto typem attachmentu bylo v jejich následujícím vývoji zaznamenáno méně neurotických problémů i problémů s chováním. Výzkumy dokládají, že optimální attachment se vyskytuje přibližně u 65 % populace (Goldberg, S., 1997).
2. **Úzkostně vyhýbavé připoutání (nejistý vztah)** vzniká v situaci, kdy je matka fyzicky přítomna, ale psychicky je pro dítě obtížně dostupná, vazba ztrácí vzájemnou oboustrannost. Dané matky byly hodnoceny jako méně citlivé s tendencí odmítat tělesný kontakt s dítětem. Po odchodu matky dítě projevuje negativní emoce pouze v minimální míře

a pokračuje ve hře, po návratu matky dítě neprojevuje radost, chová se odtažitě a vyhýbavě (obrana proti zklamání, odmítnutí, tj. nenaplnění potřeb dítěte). Zdánlivě se jeví jako nezávislé, relativně adaptované. V domácím prostředí byly následně výzkumným týmem pozorovány epizody nepředvídatelné agrese dítěte vůči matce (2.–3. rok dítěte), přičemž matky zpravidla i v těchto případech nereagovaly emočně. V běžné populaci se vyskytuje asi 20 % dětí s tímto vzorcem citového pouta (Goldberg, S., 1997).

3. **Úzkostně vzdorující připoutání (nejistý, ambivalentní, rezistentní vztah)** se projevuje u dětí, jejichž matky jsou pro ně nesrozumitelné, nedostupné, z čehož plyne strach a frustrace. Matka se stává vnímavější pouze v případě, když se dítě dožaduje pozornosti (pláč, zlobení). Na získání pozornosti a péče vynakládají značné úsilí, důsledkem toho jsou méně zvědavé a v neznámé situaci se příliš nevěnují prozkoumávání okolí. Tyto matky byly hodnoceny jako málo citlivé a nepředvídatelné ve svých reakcích. V experimentu tyto děti reagovaly na ukončení separace od matky neutišitelným pláčem (jako by chtěly získat maximální pozornost matky). Na jedné straně vyhledávaly blízkost matky a tělesný kontakt s ní, ale současně dávaly najevo své odmítnutí, svou zlost a vzdor vůči ní. Tyto děti v dalším vývoji obtížně vstupují do interakcí (vztahy vnímají jako nejisté), častěji se dostávají na okraj skupiny a zažívají odmítnutí, v důsledku čehož získávají méně sociální zkušeností a dovedností. Děti s odmítavým typem attachmentu je podle dostupných údajů v populaci kolem 10–15 % (Goldberg, S., 1997).
4. **Dezorganizované připoutání** je nejnebezpečnější formou, kdy je attachment násilně narušen, někdy je rodiči střídavě narušován a následně obnovován. Tyto výkyvy dítě zcela dezorientují a traumatizují, což se promítá do základních charakteristik jeho osobnostního vývoje. Dezorganizace vazbových strategií je častá u dětí zanedbávaných, týraných, zneužívaných nebo u těch, které jsou vystavené časté změně vychovatelů. Někdy však může být dezorganizované připoutání patrné u dětí z rodin přiměřeně pečujících, objevuje se pak zejm. v situacích, na něž se dítě obtížně adaptuje (např. narození sourozence). Ale může se objevit i u dětí bez zjevného rizika a právě u těchto dětí bylo během dalšího vývoje čteněji diagnostikováno psychiatrické onemocnění. U dětí s tímto typem vazby byly pozorovány neobvyklé až bizarní projevy chování (ambivalence, agresivita, stereotypie v podobě chvilkového „zamrznutí“). Kebza (2005) uvádí, že výzkumy prokazují výskyt asi u 15 % dětí z populace, z toho přibližně u 60 % dětí v rizikových vzorcích populace. Toto zjištění predikuje fakt, že dezorganizovaný typ attachmentu úzce souvisí s poruchami chování.

Zkušenosti s pozitivními reakcemi matky (uklidnění, útěcha, ochrana) anebo jejími negativními reakcemi (nevšímavost, odmítání, nedostupnost) si dítě interiorizuje a utváří si tak vlastní představy a očekávání o podpoře primární osoby, které se integrují do systému, tzv. modelu fungování citové vazby (Bowlby, J., 1965, 1973). **Vnitřní modely fungování citové vazby** jsou zvnitřněné minulé zkušenosti interakcí mezi dítětem a klíčovou pečující osobou. Zahrnují mimo jiné způsoby interpretace a zpracování informací, očekávání spojená s chováním druhých a v návaznosti na ně také regulaci vlastního chování a emocí. Navenek se tak vnitřní modely projevují v podobě chování podmíněného citovou vazbou. Vnitřní modely fungování citové vazby jsou funkční ve dvou úrovních. Na *implicitně-procedurální* rovině se v modelech konstituují strategie chování dítěte v zátěžové situaci, tj. **copingové strategie**. Na *deklarativní úrovni* se internalizací interakčních zkušeností vytváří **mentální reprezentace citové vazby**, která zahrnuje *mentální reprezentaci primární osoby* (očekávání její emocionální přístupnosti, spolehlivosti a podpory v situacích zátěže) a **mentální reprezentaci sebe** (sebeobraz dítěte a očekávání vlastní efektivity a kompetence ve vztazích). Koncept vnitřních modelů fungování citové vazby vysvětluje transfer vzorců rané emoční interakce do autonomní seberegulace (Zimmermann, P., Maier, M. A., Winter, M., Grossman, K. E., 2001). Rozdíly ve vnitřních modelech představují rozdíly v efektivitě emocionální regulace, která významně ovlivňuje vývoj jedince ve směru adaptace, respektive maladaptace. Organizace citové vazby má přímý vliv na osobnostní charakteristiky, seberegulaci a případný výskyt psychopatologie. Vzhledem k tomu, že vnitřní modely fungování citové vazby pracují převážně na nevědomé úrovni, jsou poměrně stabilní v průběhu života, s přibývajícím věkem jejich modifikovatelnost klesá. Z hlediska popisu citové vazby v dospívání a dospělosti je důležitý způsob, jakým tyto zkušenosti jedinci zpětně popisují a hodnotí, jaký význam jim připisují a jak je začleňují do celkového kontextu svého života. Důvěru v přístupnost klíčové osoby, tj. ochraňující a podporující, označuje termín *jistá citová vazba*, resp. **jistý model fungování citové vazby**. Podle Bowlbyho se paralelně k modelu klíčové osoby vyvíjí i model vlastního hodnotného a kompetentního Já (*self*). Obráceně vzniká model nekompetentního, znehodnoceného Já jako protipól k modelu fungování primární osoby, která odmítá nebo znevažuje vazbové potřeby dítěte. V tomto případě hovoříme o *nejisté citové vazbě*, resp. **nejistém modelu fungování citové vazby**. Jedinci s *jistou mentální reprezentací* si cení citových vazeb a připisují jim velký význam. Do celkově pozitivního životního postoje dokáží integrovat i negativní zážitky. **Nejistá negující mentální reprezentace** citové vazby se projevuje vyhýbáním se vztahovým tématům, problematickým zpracováním zážitků z dětství (často vzpomínky popírají a buď rané vazby idealizují, nebo devalvují). Sami sebe hodnotí jako autonomní osoby, které blízkost druhých lidí nepotřebují. **Nejistá zahrnující mentální reprezentace** vede k chaotickému a často ambivalentnímu zpracování zážitků a emocí

(neschopnost integrace zážitků do jednoho celku a jejich uspokojivé hodnocení). U nevyřešené (nerozhodné) mentální reprezentace je zjevná dezorganizace, která bývá typickým důsledkem traumatu prožitého v dětství a s ním spojenými ambivalentními pocity. Vzpomínky na dětství bývají plné nejasností (Štefániková, Z., 2005). Narušení nebo absence attachmentu je současnou psychoterapeutickou teorií nahlíženo jako raná traumatická událost způsobující mnohačetné problémy v psychickém vývoji dítěte, z nichž jsou nejmasivnější poruchy paměti (amnézie jako vytěsnění negativních emocí spojených se vzpomínkou na situaci), závislostní vztah na idealizovaných, odštěpených částech objektu (který je zdrojem traumatizace), zaplavení emocemi, agrese při setkání s traumatickou vzpomínkou (rizikové odehrávání emočních konfliktů), sociální izolace, strach ze separace, nerozvinutí schopnosti mentalizace (mentalizing) apod. Pöthe (2010) a Fonagy et al. (1998 in Pöthe, P. 2001) označují mentalizaci za schopnost vžívat se do duševního stavu sebe i druhých lidí, odvíjí se od schopnosti reflektovat vlastní emoční a kognitivní procesy. Mentalizace podmiňuje vznik morálního cítění, snižuje motivaci ke kriminálnímu chování a inhibuje agresivní chování. Úzce souvisí se schopností porozumět významu vlastního chování i chování druhých lidí, zobecnit své zkušenosti a anticipovat následky svého chování (Pöthe, P., 2001).

Vyvstává však otázka, jak je možné rané trauma léčit. Terapie raného traumatu probíhá především skrze konzistentní pozitivní vztah s osobou, s níž se dítě může identifikovat jakožto s *dobrým objektem* a internalizovat tak vztah jako pozitivní zkušenost. Tato osoba kontejnuje (absorbuje, akceptuje a saturuje) „nepřiměřené“ emoce dítěte, rozvíjí mentalizaci (porozumění a regulaci negativních emocí) a mění dezorganizované mentální funkce (Pöthe, P., 2010). V případě adekvátního interakčního chování pečujících osob (senzitivní reakce na signály dítěte) mohou pozitivně ovlivňovat temperamentovou bázi seberegulace a nabytí jistoty a kompetence seberegulace.

Vycházíme-li z předpokladu, že děti umístěné v zařízeních institucionální výchovy vykazují vždy určitou míru narušení attachmentu (Večerka, K., Holas, J., Štěchová, M., Diblíková, S., 2001; Blatníková, Š., Netík, K., 2008; Večerka, K. a kol., 2009), pak poznání, že kvalita attachmentové vazby je ovlivnitelný a dynamický proces, poskytuje významný prostor pro důvěru v možnost změny. Tento fakt je současně zdůvodněním, proč je nezbytně nutné, aby všichni pedagogičtí pracovníci v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy bezpečně znali, ovládali a využívali speciálně pedagogické a terapeutické metody práce, zacílené na pozitivní ovlivňování narušeného attachmentu, potažmo prožitku traumatu, které tvoří podhoubí pro deficit sociální kompetentnosti dítěte. Pedagogičtí pracovníci by měli znát typy attachmentových vazeb, jejich projevy a důsledky na vývoj dítěte, aby mohli volit adekvátní etopedické a terapeutické intervenční postupy akceptující specifické potřeby dítěte.

3.2.2 Sociální učení

V průběhu procesu sociálního učení si dítě osvojuje a upevňuje vzorce chování a získává bazální zkušenosti s fungováním společnosti, jejíž součástí se stává. Teorie učení zdůrazňují různé momenty procesu učení.

Proces interiorizace (zvnitřňování) na základě identifikace a nápodoby je věkově specifický proces učení, typický u dětí školního věku. Dítě přijímá vzorce chování, hodnoty, normy za vlastní (interiorizace) a následně vyžaduje stejné chování po svém sociálním okolí (exteriorizace). Vnitřním motivem pro dodržování jakýchkoliv pravidel může být strach (z odhalení, z vlastního selhání, ze zklamání druhých osob apod.), ale může to být i potřeba chovat se v souladu se svým svědomím. Proces interiorizace však nemusí být zakončen vrcholným vnitřním principem exteriorizace. Specifickou variantou mechanismu interiorizace je zvnitřňování na základě identifikace a nápodoby. Identifikace a nápodoba znamená přejímání vzorů, modelů a postojů druhých osob (zejm. těch, které zaujímají v životě dítěte významné místo, ať už v pozitivní či negativní konotaci).

Helus (2007) diferencuje typy socializace nápodobou a identifikací:

- **Nápodoba regresivní** může být vyvolána snahou získat pozornost, snahou vyhnout se trestu, nepříjemnosti, anebo může být formou úniku.
- **Závislé připodobňování** vychází z napodobování staršího vzoru, vyspělejšího, samostatnějšího. Dítě se uchyluje k závislé nápodobě v situaci nejistoty, kdy si neví rady. Cestou, jak získat dobré hodnocení, je chovat se podle úspěšného vzoru.
- **Odreagovávací napodobování**, čili ventilace emocí na základě nápodoby, vizuální zkušenosti.
- **Kompenzační nápodoba** znamená napodobování v těch oblastech, v nichž jedinec sám nevykává.

Teorie učení zpevňováním zdůrazňuje moment posilování (zpevňování) chování, které probíhá buď na základně pozitivní – odměňující zpětné vazby, nebo negativní – trestající zpětné vazby.

Observační učení je proces kognitivního zpracovávání sociálních zážitků a osvojování si znalostí, dovedností, hodnotových představ a norem chování prostřednictvím pozorování (nápodobou). Tento proces Bandura (1977) diferencuje do tří rovin:

- 1 **Nepřímá zkušenost** získaná pozorováním chování druhého člověka (nápodoba), přičemž efektivnost této zkušenosti je přímo úměrná významnosti pozorované osoby, atraktivnosti jejího chování či utilitárnosti pro sebe v podobě formy kompenzace, odreagování.

- 2 ***Bezprostřední zkušenost*** získaná interakcí se sociálním okolím.
- 3 Prostřednictvím verbální nebo názorné ***instrukce***.

To, zda se odpozorované a naučené modely chování posléze i uskuteční, závisí na celé škále osobnostních charakteristik, emočních a situačních podnětů a podmínek. Významnou roli dále sehrává frustrace, životní a hodnotová orientace jedince (příslušník skupiny se socializovanými projevy agrese bude do svého repertoáru projevů integrovat především projevy prezentující agresivní chování). Obecně lze říci, že každý jedinec internalizuje odpozorované chování a následně je modeluje podle vlastní zkušenosti a anticipace pozitivních či negativních konsekvencí. Procesu nápodoby napomáhá symbolické vyjádření, řeč. Díky kognitivním schopnostem je jedinec schopen převést modelové chování do symbolické podoby (mentálního obrazu) a následně je modifikovat, kombinovat do nových schémat chování. *Observační učení nabývá účinku zejm. v oblasti učení nových projevů chování a v utlumování nebo aktivizování už naučených projevů* (Bandura, A., 1977). Mechanismem internalizace je zejména proces autoregulace (Bandura, A., 1986). Autoregulace (sebeřízení) poukazuje na skutečnost, že se jedinec vymaňuje z tlaku působících vnějších činitelů a sám uplatňuje řízení svého chování, jednání a uvažování (Helus, Z., 2004, 2007). Autoregulace je utvářena třemi komponentami (Schermer, 2001):

- ***Sebepozorování*** – jedinec sleduje sám sebe a své chování a zároveň je kontroluje za účelem změny.
- ***Sebehodnocení*** – jedinec srovnává viděné s úrovní svého chování. Pokud se chová v souladu s osobně požadovanou úrovní chování a vnitřním přesvědčením, pak pociťuje kladné sebevědomí, v opačném případě prožívá pocity viny, studu, výčitky jako projevy negativního sebehodnocení.
- ***Sebeutváření*** – rozvinutí tvůrčího, angažovaného vztahu k sobě samému, orientovanému na vývoj, zdokonalení.

Významným faktorem autoregulace k pozitivní změně je vědomí vlastní způsobilosti vytyčeného cíle skutečně dosáhnout. Jako pozitivní změnu chápeme v případě konformního chování např. dosažení vyššího výkonu, sebezdokonalení apod. V případě delikventního chování jde především o zabránění recidivujícího chování a zvládání rizikových situací. Vědomí vlastní způsobilosti není člověku vrozené, vyvíjí se v procesu socializace a významně se zapojuje do procesu rozhodování, aspirace a aktivizace vůle (Bandura, A., 1989, in: Helus, Z., 2007). Vědomí vlastní způsobilosti se pozitivně odráží v pocitu sebevědomí, které plyne z vědomí vlastní kompetence řídit svůj život, rozhodovat o něm a seberealizovat se v něm (ať už s pozitivními nebo negativními důsledky). Ke-

bza (2005) uvádí, že vědomí vlastní seberealizace a způsobilosti je v průběhu socializace podmíněno různými vlivy:

1. **Pozitivní osobní zkušenost se zvládnutím úkolů a dosahováním vytyčených cílů (kompetence)** – úspěch posiluje sebedůvěru a to se promítá do dalších aspirací a zvládnutí úkolů. Naopak opakovaný a dlouhodobý neúspěch oslabuje sebejistotu a sebedůvěru. Může dojít až k tzv. **syndromu naučené bezmocnosti**, tj. negativnímu spirálovitému efektu selhávání (Helus, Z., 2004; srov. Vágnerová, M., 2005; Stuchlíková, I., 2005). Po opakovaném prožitku neúspěchu se rozvíjí **anticipační anxiety**, tj. úzkost z očekávání, případně úzkostné předjímání neúspěchu, které inhibuje jedince v jakémkoliv snaze úspěchu dosáhnout. Zároveň se prohlubuje apatie.
2. **Žástupná zkušenost s kompetencí významných druhých** v okolí jedince, působících jako model.
3. **Facilitující prostředí** je reprezentované významnými osobnostmi v okolí jedince, kteří jej ujišťují o jeho kompetenční vybavenosti k dosažení úspěchu.
4. **Prožívání vlastní kondice a zdraví** (myšleno jak ve fyziologickém, tak psychologickém významu). Aktuální zdravotní stav významně ovlivňuje prožívání vlastní kompetence, způsobilosti a seberealizace.

Teorie sociálně kognitivního učení (social learning theory) zdůrazňuje význam kognitivních aspektů procesu učení a vzniká na základě výsledků výzkumů Bandury o vývoji dětského agresivního chování (Ribes-Inesta, E., Bandura, A., 1976). Sociálně kognitivní teorie učení vychází ve výkladu lidského chování z **triadického recipročního determinismu** (schéma 5). Determinační triádu tvoří:

1. chování jedince,
2. jeho vnitřní podmínky, zejm. kognitivní rovina, ale i biologické a jiné osobnostní faktory,
3. vnější prostředí jedince.

Reciprocita modelu spočívá v tom, že jednotlivé faktory triády se ovlivňují (determinují). Model dále počítá s tím, že v různých časových momentech může některý z faktorů vystoupit do popředí (např. když jedinec produkuje aktivitu pro své potěšení, je v popředí vliv osobnostního faktoru, jestliže jedinec volí aktivitu podle přání rodiny, vystupuje do popředí vliv prostředí atd.). Hlubší konkretizace modelu zahrnuje rovněž *zřetel k životní cestě člověka*. Chování je ovlivňováno osobní anticipací dalších životních etap, prostředí si člověk vlivem osobnostních preferencí a vlastním chováním jednak vybírá, jednak utváří.

Prostřednictvím interakce osobních, behaviorálních a environmentálních faktorů se ovšem uplatňuje i *mnoho vlivů náhodných*, čímž se dle Bandury predikce životní cesty znesnadňuje. Reciproční ovlivňování je dle Bandury spolehlivým zdrojem obrany proti manipulativní kontrole. Ve vzájemném ovlivňování tří skupin faktorů je neustále implicitně i explicitně obsažen člověk jako celek, ať už jako předpoklad nebo jako výsledek. Bandura zdůrazňuje plasticnost vývoje člověka jako sociální bytosti. Uvádí, že *většina vzorců lidského chování je utvářena individuální zkušeností a uchovávána v nervových kódech, méně pak je dána tzv. vrozeným programováním* (Janoušek, J., 1992).

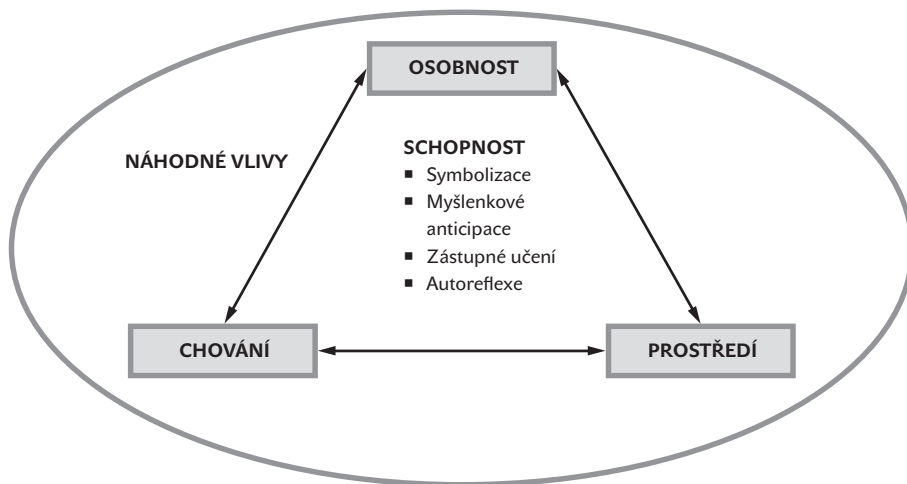


Schéma 5 | Triadický reciproční determinismus (Bandura, A., 1986) a predikce životní cesty

V souvislosti s recipročním determinismem Bandura definoval pět základních vlastností osobnosti, které jsou v individuálním vývoji buď kultivovány, nebo zůstávají nerozvinuté. Jsou přítomné v určité míře u všech jedinců, jejich deficit může způsobovat problémy v chování:

1. **Schopnost symbolizace**, která umožňuje zpracování a transformaci přechodné zkušenosti do vnitřních modelů, dodává zkušenosti význam, formu a souvislost v čase, zajišťuje symbolické testování různých způsobů chování a jednání.
2. **Schopnost myšlenkové anticipace** důsledků vlastního chování do budoucnosti. Ta skrze kognitivní reprezentace budoucnosti kauzálně působí na přítomnou činnost.

3. **Schopnost zástupného učení** umožňuje získávání zkušeností zprostředkovaně skrze pozorování chování jiných lidí a důsledků z toho plynoucích. Schopnost autoregulace zprostředkovává přijímání vnitřních norem (standardů), hodnocení diskrepance mezi těmito normami a činnostmi a vznik sebehodnotících reakcí ovlivňujících následné chování.
4. **Schopnost autoreflexe** (neboli mentalizace) spočívá v hodnocení a měnění vlastního myšlení, včetně posuzování vlastních schopností vyrovnávat se s různorodými skutečnostmi.

3.2.3 Jazykový kód

Kvalita osvojování jazyka (jazykového kódu) je součástí komplexního sociálního a kognitivního růstu dítěte. Jazyk je prostředkem transferu hodnot a kulturních vzorců. Zároveň způsob užívání jazyka ovlivňuje proces strukturace myšlení, prožívání a vnímání světa, a tedy i způsob chování. Bernsteinova teorie sociální a jazykové determinovanosti školní úspěšnosti podtrhává význam jazykového kódu, tj. jazyka a verbální komunikace užívané v sociálním prostředí dítěte determinujícím jeho socializaci. Bernstein (in: Štech, S., 1993) rozlišuje *kód propracovaný* (*elaborated code*) a *kód omezený* (*restricted code*). Struktura jazyka vytváří strukturu kognitivních funkcí dítěte a predisponuje tak dítě v úspěšném zvládnutí školních požadavků a v naplňování vzdělávacích šancí. V komunikačním chování má význam míra odpovědí pečujících osob na složitější otázky, zda pečující osoby dětem čtou, a zda jsou děti vedeny k diferenciaci užití jazyka v různých sociálních rolích. Bylo prokázáno, že v rodinách s omezeným jazykovým kódem je v rámci komunikačního chování matek preferováno užití neverbální komunikace, ve verbální komunikaci dominuje imperativní forma na úkor instruktivních a podporujících výpovědí. Z Bernsteinových výzkumů vyplývá, že děti z rodin s omezeným jazykovým kódem bývají méně informovány o světě, nedokážou přesně vyjádřit své pocity a dění kolem sebe, nemají dostatečně rozvinuté abstraktní myšlení, mají problémy se zobecňováním. V jejich verbálním projevu převažují krátké, gramaticky jednoduché věty, častěji užívají spojovací výrazy (např. no tak, prostě, teda), v omezené míře užívají adjektiva a adverbia (1961, in: Průcha, J., 1992, 2005). Omezený jazykový kód je kumulativním deficitem, který prohlubuje selhávání ve škole a může dát v rámci cirkulární kauzality vzniknout rizikovým projevům chování (Lawton, 1968, in: Průcha, J., 2005).

Lze předpokládat, že vysoké procento dětí umístěných v NVP je ovlivněno *kódem omezeným*. Jazykové deficity se u těchto dětí projevují zejm. na úrovni komunikační kompetence, tj. schopnosti využívat jazykových prostředků v nejrůznějších situacích a komunikačních kontextech, což se projevuje jako deficit sociální kompetence. Vhodnými postupy lze jazykový kód rozvíjet a zdokonalovat (Lebeer, J. ed., 2006, Málková, G., 2008).

3.3 Produkty socializace

Základním produktem (výsledkem) procesu socializace je zralé Já, složené z psychologických komponent, jejichž geneze probíhá ve vývojové souslednosti. Jejich primární stavební materií je úroveň attachmentu mezi dítětem a klíčovou osobou a internalizovaná zkušenost s vnějším prostředím. Dle sociokulturní (sociohistorické) teorie Vygotského má kultura instituující roli při učení a konstrukci poznatků, stejně jako při genezi identity jedince, kterou chápe jako internalizaci vztahů s okolím (Smidt, S., 2009). Skrze internalizovanou zkušenost s klíčovou osobou (kvalita attachmentu) a zkušenost s vnějším světem (vztahy s okolím, hodnocení) posuzuje dítě sebe samo a na základě tohoto *sebehodnocení* si vytváří obraz o sobě – *sebepojetí*. Když hodnotí, nebo je hodnoceno, sekundárně získává určitou hodnotu – *sebeúctu*. Na podkladě sebehodnotícího procesu implikujícího vznik sebepojetí a sebeúcty dítě abstrahuje představu o svých záměrech, životních plánech, tj. *sebe-realizaci* a o svých možnostech – *aspirace*. Završujícím procesem je vytvoření kritérií posuzování sebe jako subjektu a ostatních vztahů a objektů – *hodnoty a svědomí* (Leary, M. R., Tangney, J. P., 2005). Souběžně se upevňuje relativně konzistentní tendence chování – *postoje*, která zpravidla přiměřeně odpovídá podmínkám sociální situace – *role*, v jejímž rámci dítě rozvine své individuální dispozice – *sociální kompetence* (Reichelová, E., 1997). V následujícím textu se budeme blíže věnovat pouze deskripci sociální kompetence.

3.3.1 Konstrukt sociální kompetence

Pojem kompetence je shrnující a nadřazené označení pro celý komplex jevů (dovedností, schopností, vědomostí). Termínem kompetence se v obecném slova smyslu rozumí rozsah působnosti, dostačující způsobilost k činnosti, souhrn oprávnění a povinností. V odborné literatuře lze najít taktéž vyjádření jako *schopnost, dovednost, působnost*. Kompetence je v humanitních vědách chápána jako specializovaný systém schopností, znalostí, nebo dovedností, které jsou nezbytné nebo dostačující k dosahování určitých cílů, a to v různorodých situacích. Kompetenci lze diferencovat dle oblasti použití, např. kognitivní kompetence, osobní kompetence, motivační kompetence, obchodní kompetence apod. Úroveň sociální kompetence ovlivňuje psychologické, akademické a adaptivní fungování jedince (Coie, J. et al., 1995). Oslabení sociální kompetence je kladeno do přímé souvislosti s četnými formami psychopatologie u dětí, např. s depresí, poruchami chování, sociální úzkostí, autismem a Aspergerovým syndromem, hebefrenií, schizofrenií atd. (Spence, S. H., 2003).

V této studii důsledně rozlišujeme pojmy *sociální kompetence* a *sociální dovednosti*, neboť sociální dovednosti vnímáme jako nástroj pro kompetentní chování jedince. Sociální dovednosti zahrnují chování, které musí být učeno

(procvičováno, opakováno), naučeno (zpevněno) a aplikováno v praxi, kdežto sociální kompetence reprezentuje evaluaci tohoto chování okolím. Sociální kompetence je tedy nadstavbovým pojmem (Lane, K. L., Gresham, F. M., O'Shaughnessy, T. E. et al., 2002).

Prvotní definice vnímaly sociální kompetenci jako *efektivní interakci mezi jedincem a jeho prostředím nebo jako úspěšné zvládnutí interpersonálních interakcí*, někdy také byla nazývána sociální obratností. Dle Argyla (1967, in: Nakonečný, M., 1999) jde o *přiměřené reakce na sociálně situační impulsy*. Pozdější autoři chápou sociální kompetentnost jako komplikovaný jevový komplex. Smékal (2002) hovoří o sociální kompetenci jako o složité struktuře dovedností, rysů, návyků, potřeb, postojů a osobnostních dispozic, jejímž jádrem je sociální obratnost, efektivita a reflexe, sebereflexe. Sociální obratnost pak tvoří znalost sebe, druhých, sociálního kontextu, dovednost budit sympatie a navazovat kontakt. Centrální roli hraje zpětná vazba, tj. reflexe a sebereflexe, díky níž jedinec vyhodnocuje své styly sociálních kontaktů, jejich význam a účelnost. Výrost a Slaměník (2008) definují sociální kompetentnost jako kapacitu jedince ke kognitivně-afektivně-behaviorálnímu manažerování chování ve směru dosažení osobních sociálních cílů.

Existuje mnoho dimenzí vymezení termínu sociální kompetence, které jsou vytvářeny na základě akcentovaných ukazatelů, kritérií a zdrojů informací o sociální kompetentnosti jedince. Navíc interdisciplinární využívání tohoto pojmu vede ke stírání jeho významu. Snahy o kategorizaci a terminologickou jednotnost nejsou dosud zcela úspěšné. Na základě analýzy odborné literatury jsme stanovili pět pojetí deskripce sociální kompetence: 1) *sociální kompetence jako souhrn dílčích sociálních dovedností*, 2) *sociální kompetence jako konstrukt sociálních způsobilostí (efektivní sociální chování)*, 3) *koncept sociální validity (sociální funkčnosti)*, 4) *sociální kompetence jako funkce kognitivního zpracování sociálních informací*, 5) *sociální kompetence jako koncept klíčových kompetencí*.

3.3.1.1 Sociální kompetence jako souhrn dílčích dovedností

První typ vymezení sociální kompetence jako souhrnu sociálních dovedností reprezentuje např. definice uvedená v psychologickém slovníku, která charakterizuje sociální kompetentnost jako souhrn následujících dovedností a schopností – *sociální komunikace, přizpůsobení, sociální integrace do skupiny, schopnost navázat a udržet kontakt, účinně se dorozumívat, vyjádřit druhým své pocity, vyslechnout druhé, přijmout oprávněnou kritiku a mít vzhled do mezilidských vztahů* (Hartl, P., Hartlová, H., 2009).

Komárková, Slaměník a Výrost (2005) uvádějí, že sociální kompetence je tvořena základními oblastmi, jež reprezentuje:

- sociální percepce (sebereflexe, poznávání druhých),
- sociální komunikace (verbální i neverbální, aktivní naslouchání, zpětná vazba),

- sociální interakce ve skupině (kooperace a kompetice),
- zvládání konfliktních situací,
- zvládání zátěžových situací (copingové strategie),
- asertivní jednání (přijímání kritiky a kritizování, kompromisy, odmítání a prosazování požadavků, komplimenty),
- tvořivost v sociálním chování a komunikaci.

Riggio (1986) chápe sociální kompetentnost jako **komunikační dovednost a implikovanou schopnost řešení problémových situací**. Diferencuje sociální kompetence na dvě základní oblasti, které úžeji specifikuje:

1. **Práce s informací** – vysílání (expresivita), přijímání (senzitivita) a kontrola (monitoring) informace.
2. **Žrůčnost v chování** – verbální (sociální) a nonverbální (emoční):
 - a. *emocionální expresivita* je označením pro schopnost aktivního uplatňování nonverbální komunikace (vyjádření vlastních emocionálních stavů, postojů, statusu apod.)
 - b. *emocionální senzitivita*, tj. dovednost dekodování nonverbálních komunikačních obsahů sdělení druhých lidí
 - c. *emocionální kontrola* představuje emoční seberegulaci během komunikace
 - d. *sociální expresivita* znamená dovednost iniciovat a udržet komunikaci na libovolné téma, angažovat druhé do diskurzu
 - e. *sociální senzitivita* vyjadřuje schopnost interpretovat sociální situace, verbální komunikaci na sociální pravidla a normy a zároveň volbu adekvátního komunikačního klíče a posouzení vhodnosti svého sociálního chování i chování druhých lidí
 - f. *sociální kontrola* představuje seberegulační a sebeprezenční schopnost během verbální komunikace, dovednost hrát sociální role. Projevuje se při řízení směru a obsahu sociální interakce. Důležitou roli při ní hraje míra sebedůvěry. Nadměrná kontrola a regulace sociálního chování může vytvářet významné komunikační bariéry.

Pokud pojetí Riggia zjednodušíme, získáme tři základní oblasti sociální kompetence – *komunikační expresivitu, komunikační senzitivitu a kontrolu a regulaci sociálního chování*.

Caldarella a Merell (1997) vytvořili taxonomii sociálních dovedností vycházející z metaanalýzy 21 výzkumů sociálních dovedností (zahrnujících 22 tisíc žáků), kterou dělí na pět okruhů: *a) dovednosti ve vztahu k vrstevníkům, b) seberegulační a sebeorganizační dovednosti (ovládání sebe sama), c) akademické dovednosti (strategie učení), d) kázeň a dovednost dodržování pravidel, e) asertivní dovednosti*. Dle Vojtové (2010) je tato taxonomie vhodným nástrojem pro rozhodování o intervenčních postupech a hodnocení jejich efektivity.

Gardner (1999) poukazuje na problematické používání pojmů *sociální dovednosti a sociální inteligence* a požaduje jejich odlišování. Sociální inteligenci charakterizuje jako senzitivitu vůči vztahům, chování a pocitům jiných lidí a jako schopnost identifikovat a chápat rozdíly v jejich temperamentu, náladách, pohnutkách apod. Upozorňuje, že sociálně inteligentní jedinec nemusí být vybaven sociálními dovednostmi, které je možné si osvojit v procesu sociálního učení. Oproti tomu úroveň interpersonální inteligence nasedá více na vrozené dispozice. Neschopnost osvojení si sociálních dovedností může být označována za sociální negramotnost.

Aktuálně rozšířeným konceptem, zejm. v oblasti managementu a personalistiky, je *koncept měkkých dovedností (soft skills)*, což je označení pro sociální dovednosti aplikovatelné na trhu práce. Jejich opakem jsou tzv. *tvrdé znalosti (hard skills)*, označující odborné znalosti. Mnoho zaměstnavatelů si uvědomuje význam měkkých dovedností pro úspěšnost v konkurenčním zaměstnaneckém prostředí a kladou na ně vyšší důraz než na odborné znalosti (Mühleisen, S., Oberhuber, N. 2008). V rámci měkkých dovedností jsou akcentovány nejen sociální dovednosti (zejm. komunikační dovednosti a schopnost kooperace, zvládání konfliktů a přijímání kritiky), ale také osobnostní kompetence (zdravé sebevědomí, sebehodnocení, rozvoj analytického myšlení, zvládání stresu, připravenost zvládat rizika).

3.3.1.2 Sociální kompetence jako konstrukt sociálních způsobilostí

Konstrukt sociálních způsobilostí vnímá sociální kompetenci jako kritérium efektivnosti sociálního chování ve smyslu sociální akceptace a asertivity v různých etapách vývoje (Výrost, J., Dobeš, M., 2004). Sociální způsobilostí je myšlena např. způsobilost k regulaci citového prožívání, způsobilost neagresivního chování, způsobilost pro zvládání stresu, způsobilost pro přátelské vztahy atd. Sociální způsobilost je vyjadřována komfortem v sociálních situacích, spokojeností s vrstevnickými vztahy, komunikací a kooperací, asertivitou, zodpovědností, sebekontrolou, zvládáním konfliktních situací. Zralá sociální kompetence je tedy tvořena *adaptivním chováním* (Smékal, V., 2002) a *sociální způsobilostí, akceptací vrstevníků* (Výrost, J., Slaměník, I., eds., 2008). Do konceptu sociální způsobilosti lze zařadit i Durkinův (1995, in: Lašek, J., 2005a) *koncept sociálně kompetentního jedince*, kterého charakterizují následu-

jícími projevy: *schopnost efektivní komunikace, porozumění sobě i druhým, schopnost přijmout roli pohlaví, zájem o sledování morálního pořádku v komunitě, dovednost emoční seberegulace a emoční adaptace vzhledem k věkové úrovni a zastávaným rolím, potřeba seberealizace ve vztazích s druhými.*

Naopak jedinci s nízkou sociální způsobilostí (výbavou sociální kompetence) se necítí být schopni překonat nové úkoly, stresující okolnosti nebo každodenní problémy, trpí nerozhodností nebo se rozhodují neefektivně, řeší situace maladaptivními způsoby, které jsou příčinou rizikového chování (Matoušek, O., Kroftová, A., 2003; Vojtová, V., 2001, 2002; Elkin, F., Handel, G., Cahill, S., 2007; Oudová, D., 2007).

3.3.1.3 Koncept sociální validity (sociální funkčnosti)

Oba předchozí koncepty integruje *koncept sociální validity*, kterou pro potřeby speciální pedagogiky rozpracoval Gresham (1983). Kromě pojmenování konceptu sociální validity se můžeme v odborné literatuře, zejména zahraniční provenience, setkat s názvem *koncept sociálního fungování* jedince. Koncept sociální validity definuje sociální dovednosti jako *sociálně významné chování* dětí v konkrétních situacích. Toto chování předurčuje *důležité sociální výstupy*, v nichž se odráží adaptabilita jedince a funkčnost jeho chování pro určité prostředí a očekávání sociálního pole, ale i očekávání jedince vůči sociálnímu poli. Sociálně důležité výstupy mohou obsahovat přátelské vazby, školní přizpůsobivost, kladné hodnocení rodiči, pedagogy apod. V rámci konceptu sociální validity tedy nehovoříme pouze o interakci jednotlivce a prostředí, ale o interakci jedincových schopností zvládat očekávání, která má vůči němu prostředí v různých životních situacích. Obecně tedy mohou nastat tři problémy v sociálně validním fungování jedince: 1) *nadměrná očekávání*, 2) *nedostatečná podpora*, 3) *nedostatečná kompetence jedince*. První dvě vyžadují intervenci za účelem navození jejich přiměřeného stavu vůči jedincovým schopnostem. Nedostatečná kompetence jedince si pak žádá rozvoj takových sociálních dovedností, aby byl schopen situaci zvládnout. Dle konceptu sociální validity, která diferencuje pojem kompetence a dovednosti, jsou sociální dovednosti způsoby chování, jež musejí být naučeny, zatímco sociální kompetence představuje posouzení a hodnocení těchto způsobů chování druhými (rodiči, pedagogickými pracovníky, vrstevníky).

3.3.1.4 Sociální kompetence jako funkce kognitivního zpracování sociálních informací

Sociální kompetentnost je ovlivněna individuálními kognitivními aspekty jedince. Proces interpretace sociálních informací obsahuje několik konsekventních kroků, jež probíhají jako cyklus. V každém z uvedených kroků může

vzniknout deficit ovlivňující celý proces sociálního chování. Blíže tento cyklus vizualizuje schéma 6 (Durkin, K., 1995; Hewstone, M., Stroebe, W., 2006):

- dekodování sociální informace
- interpretace sociálních informací
- objasnění cílů (výsledků)
- hledání adekvátní sociální reakce (odpovědi)
- rozhodnutí odpovědi
- uskutečnění odpovědi, zhodnocení jejího efektu a zařazení do repertoáru

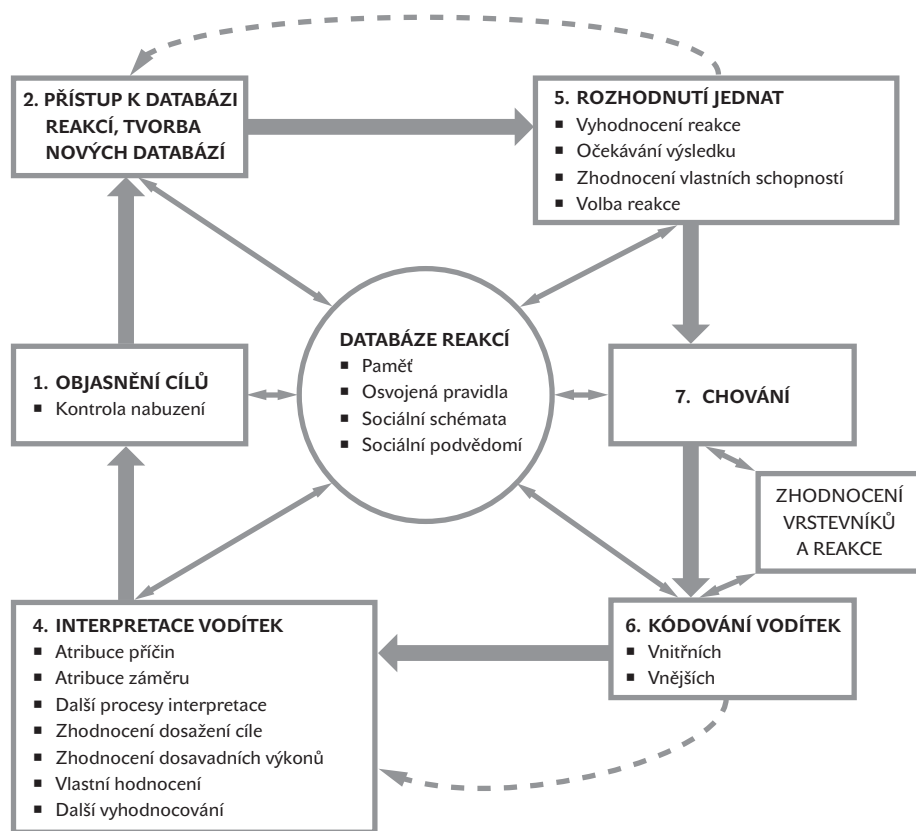


Schéma 6 | Cyklický model zpracování sociálních informací (Hewstone, M., Stroebe, W., 2006)

Zpracování sociální informace neprobíhá pouze v kognitivní rovině, ale provázají jej emocionální prožitky a reakce, které významně ovlivňují proces kognitivního vyhodnocování. U dětí s poruchami chování internalizačního i externalizačního charakteru se v určité míře setkáváme s narušením všech fází procesu zpracování sociální informace, příčinou je zejm. nezdravé sebehodnocení, stereotypie percepce podnětů, nerozvinutá mentalizace, impulzivita, nízká seberegulace. Často dochází k přeskokování fází, neadekvátnímu vyhodnocení sociální informace a situace (Spence, S. H., 2003).

3.3.1.5 Sociální kompetence jako element konceptu klíčových kompetencí

V oblasti školství stojí aktuálně v popředí pojetí sociální kompetence jako *konceptu klíčových kompetencí*, jež autoři Belz a Siegrist (2001) definují jako dovednosti a schopnosti, které pomáhají vyrovnávat se s vysokými nároky současného proměnlivého světa, a to adekvátně vzhledem k situačnímu kontextu a v souladu se sebou samým. Koncept klíčových kompetencí klade vysokou prioritu na rozvoj sociální kompetence. Jako klíčové dovednosti sociální kompetence označují Belz a Siegrist (2001) všechny schopnosti, které umožňují *kompetentní interakci* (např. schopnost týmové práce, kooperace, schopnost pracovat s konfliktními situacemi, komunikativnost aj.).

OECD (2005a) diferencuje tři klíčové kategorie kompetencí, které jsou specifikovány dílčími kompetencemi a dovednostmi. 1) *kompetenční kategorie: používání nástrojů pro interaktivní spolupráci s vnějším prostředím* (dovednost aplikovat informace a znalosti, používání informačních technologií, komunikační dovednosti – ústní i písemné), 2) *kompetenční kategorie: interaktivní spolupráce v heterogenních skupinách* (zahrnuje zejm. sociální dovednosti, které OECD popisuje jako dobře vycházet s ostatními, dovednost spolupracovat a pracovat v týmu, dovednost zvládnout a vyřešit konflikty, 3) *kompetenční kategorie: autonomní jednání* (dovednost žít ve společnosti, dovednost vytvářet a řídit své životní plány a osobní cíle, dovednost prosadit svá práva, zájmy, potřeby a zároveň dodržovat hranice).

V konkrétní podobě slouží koncept klíčových kompetencí ke kategorizaci stěžejních dovedností pro dosažení kompetenčního standardu ve vzdělávání či v zaměstnání. Kompetenční standard ve vzdělávání v České republice nastavují dokumenty Bílá kniha neboli *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice* (2001) a Rámcové vzdělávací programy pro jednotlivé typy a stupně škol (dále jen RVP). RVP definuje klíčové kompetence jako univerzální způsobilosti. V současné době se v RVP odráží osm klíčových kompetencí, které byly identifikovány v rámci Lisabonského procesu¹ a tvoří základ evropských

1 Rada Evropy přijala v roce 2000 tzv. lisabonskou strategii pro období 2000–2010, jejíž implementací usiluje o zvýšení efektivity vzdělávání. Jedním z klíčových cílů je stanovení evropského kompetenčního rámce vzdělávání.

vzdělávacích systémů: jedná se o *kompetence k učení, k řešení problémů, komunikativní kompetence, personální a sociální kompetence, občanské kompetence a kulturního povědomí, kompetence k pracovnímu uplatnění a podnikatelským aktivitám, matematické aplikace, kompetence využívat prostředky informačních a komunikačních technologií a dovednosti pracovat s informacemi* (Eurydice, 2002, NÚOV, 2008). Očekávané výstupy vyjadřují, jaké úrovně osvojení učiva mají absolventi základního a odborného vzdělávání dosáhnout, tj. jakými znalostmi, klíčovými dovednostmi, postoji a hodnotami mají disponovat. Klíčové kompetenční cíle jsou tedy jednotlivými RVP (dle stupně a typu školy) definovány jako souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot na odpovídající úrovni, jež jsou důležité pro rozvoj osobnosti a její smysluplné uplatnění a konstruktivní zapojení do společnosti. Jsou tedy vnímány multifunkčně, tj. využitelné v různých situacích a oblastech lidské aktivity. Jejich výběr je ovlivněn kulturou dané společnosti. Priorita je však kladena na využitelnost výsledků vzdělávání v životě dítěte/žáka/studenta, a to v jeho osobnostním rozvoji (osobní naplnění a rozvoj jedince v průběhu celého života), sociálním rozvoji (aktivní občanství a zapojení do společnosti) i profesním rozvoji (zaměstnanost jedince). Zároveň je kladen důraz na využívání evaluačních nástrojů k ověřování jejich dosahování. Problematickou oblastí však je, že v jednotlivých RVP není deklarováno, jakými konkrétními metodami a nástroji by mělo být rozvoje sociální kompetence dosahováno.

3.4 Determinanty sociálně kompetentního jednání a možnosti preventivních aktivit

Sociální kompetence je dynamická entita, jejíž rozvoj je celoživotní, kontinuální, stejně jako proces socializace, v rámci něhož je sociální kompetence nabývána i realizována. Rozvoj sociálně kompetentního jedince podmiňuje velké množství faktorů (jak blíže ukazuje schéma 7). Předpokladem sociálně kompetentního jednání je schopnost monitoringu a sebereflexe vlastních strategií chování (jejich vyhodnocování vzhledem ke kontextu situace) a senzitivita v oblasti sociální percepce, které podmiňují interpretaci sociální situace. Důležitou roli v daném procesu hraje rovina sociální zkušenosti (rodinné vztahy a prostředí) a psychosociální determinanty jedince, tj. úroveň kognitivních a emočních procesů, jako je např. kvalita vědomostí, porozumění, emočního prožívání, sebepojetí, temperamentu apod. (Spence, S. H., 2003; Elkin, F., Handel, G., Cahill, S., 2007; Helus, Z., 2007).

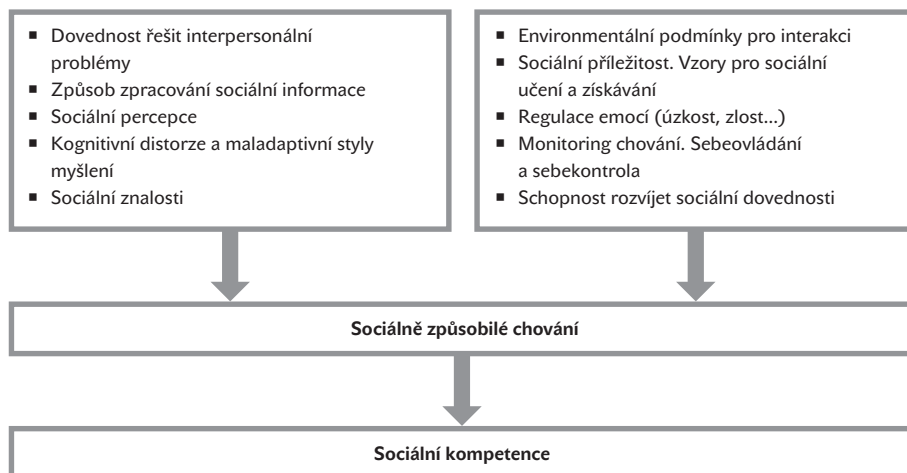


Schéma 7 | Základní behaviorální, kognitivní, emocionální a environmentální determinanty sociální odpovědi (Spence, S. H., 2003)

Významnou roli při konstituování sociálně kompetentního jedince hraje *zážitek sounáležitosti a prožitek úspěchu*, jež fungují jako protektivní faktory předcházení narušení sebepojetí a psychosociálního vývoje (Běhouňková, L., Vojtová, V., 2004; Helus, Z., 2007). Tento požadavek vychází z premis, že na podkladě hodnocení druhých lidí vzniká sebehodnocení a sebepojetí jedince, které se odráží do způsobů chování a reagování na své okolí. Svými reakcemi pak jedinec zpětně ovlivňuje své reakce z okolí na svou osobu. Jako další významná podmínka rozvoje sociální kompetence je uváděno *tvořivé klima a humor*, které toto klima podněcují (Jurčová, M., 1998). Podpora tvořivosti je přímo úměrná schopnosti vyrovnávat se kreativně s problémy a konflikty. Jedinec získává flexibilitu, nekonformní náhled na interpretovanou sociální situaci (Kusá, D., 1998). Sociální kompetentnost se snižuje v ohrožujících a stresových situacích (Vojtová, V., 2001; Helus, Z., 2004, 2007; Hewstone, M., Stroebe, W., 2006). Sociální kompetence je možné rozvíjet manifestně nebo latentně. Latentně, implicitně je sociální kompetentnost nabývána v procesu *neformálního učení*, které se odehrává v rodině, výchovné skupině, ve společnosti přátel a vrstevníků, v hromadné dopravě a veřejných prostorech, prostřednictvím médií, v rámci zájmových a jiných organizací. Probíhá v různých prostředích a prostřednictvím mnoha každodenních aktivit, během kterých dochází k interpersonální interakci.

Dle výzkumu OECD (2005a) není prostředí evropských škol stále ještě ve většině případů prostorem explicitního rozvoje sociální kompetence, tj. záměr-

ného nácviku, tréninku sociálních dovedností. OECD (2005a) dále upozorňuje, že školní prostředí není schopno osvojení sociálních dovedností zaručit, už vzhledem k tomu, že jejich vývoj je celoživotní. Přesah vzdělávání do každodenního života je nedostačující, stejně jako míra aktivního cíleného nácviku jednotlivých sociálních dovedností. Podstatné zázemí pro změnu v České republice v tomto ohledu by mohl tvořit započatý proces transformace školství a systému péče o ohrožené děti.

Na základě realizovaných výzkumných šetření se domníváme, že záměrný, cílený a systematicky vedený nácvik sociálních dovedností je možné aplikovat přímo do edukačního procesu základních škol (Běhounková, L., 2007, 2010a). Tvorba nových tréninkových metod, metodik a metodických bank pro rozvoj sociální kompetence není nutná ani žádoucí, protože v současné době existuje mnoho nácvikových metodických cyklů.² Cílený nácvik sociálních dovedností v rámci vzdělávání může nabývat formy specifické i nespecifické prevence rizikového chování. V rámci nácviku by měla být rozvíjena zdravá sebedůvěra ve vlastní schopnosti, anticipace důsledků svého chování, možnost participace na řešení problémových situací ve svém životě. Zážitek a vědomí vlastní kompetentnosti při řešení svých problémů s sebou přináší pozitivní perspektivu do budoucnosti (srov. Reichelová, E., 1997; Komárková, R., Slaměník, I., Výrost, J., eds., 2005; Helus, Z., 2004; Kauffman, J. M., 2007; Běhounková, L., 2010a). Jedinec současně získává sebejistotu v mezilidské interakci a zvládání stresových situací. Nové vzorce chování nahrazují nežádoucí projevy a vedou k eliminaci vzniku konfliktních situací. Naučené chování přináší novou či korektivní zkušenost, která by měla přinést jiné postoje ve vnímání sebe sama a své sociální situace (Běhounková, L., 2007, 2010a).

Úroveň zvládnutí sociální kompetence významně ovlivňuje pozitivní interpersonální vztahy a tím pocity subjektivní i objektivní pohody (Blatný, M., Dosedlová, J., Kebza, V., 2005). Vybavenost sociální kompetencí lze považovat za protektivní faktor proti rizikovému chování a psychickému onemocnění, neboť zvyšuje odolnost vůči stresu a psychické zátěži.

3.5 Diagnostika aktuální úrovně sociální kompetence

Hodnocení sociální kompetence slouží pro evaluaci její dosažené aktuální úrovně a pro účely stanovení priorit a zaměření intervenčních postupů. Při hodnocení sociální kompetence je důležité vymezit dvě základní východiska – *stanovení indikátorů kompetentnosti* a *stanovení metod zjišťování*. Diagnostické hodnocení sociálních dovedností u dětí probíhá v pěti koherentních etapách:

2 K vedení tréninku sociální kompetence je možné využít verifikované metodické řady sloužící k rozvoji jednotlivých sociálních dovedností. Vhodným metodickým portálem je např. www.odyssea.cz, www.rvp.cz, www.modernivyuka.cz, www.edu.cz, www.zkola.cz, www.mojeskola.net.

1) *klasifikace deficitů sociálních dovedností*, 2) *situační analýza problému*, 3) *volba cílového chování pro intervenci*, 4) *aplikace intervence a její průběžná evaluace*, 5) *výstupní evaluace intervence*. Pokud bychom preventivně diagnostikovali sociální dovednosti dětí, např. žáků s problémy v chování v základních školách, pak by první fází předcházela fáze 0) *screening a identifikace problému*. Za tímto účelem je možné zvolit techniky pracující se skupinovou dynamikou, expresivitou, zážitkem, vhodná je například artefietika (Běhounková, L., 2007).

3.5.1 Indikátory sociální kompetentnosti

Stankowski (2004) usuzuje, že efektivní způsob zkoumání socializačního procesu je z hlediska mechanismů sociálního přizpůsobení, které je třeba chápat jako účinnost nebo stupeň, na jakém jedinec realizuje požadavky osobní nezávislosti, společenské odpovědnosti, jež je od jedince očekávána v závislosti na věku a požadavcích. Indikátory dobré přizpůsobivosti jsou: *v realitě ukotvený pohled na sebe i sociální prostředí, hledání žádoucích forem uvolňování emočního napětí, zdokonalování řešení konfliktů*. Špatná přizpůsobivost (nízká sociální a emoční zralost) se projevuje nespokojeností, pocity neštěstí, oslabením intelektuální a společenské aktivity, nepřiměřenými obrannými mechanismy a reakcemi, nedostatkem znalostí a dovedností znemožňujícím kooperaci.

Explicitně vyjádřené základní indikátory posouzení kvality sociální kompetence definují Výrost a Slaměník (2008) v šesti trsech (tab. 16):

- **Sociální adjustace** – míra úspěšnosti jedince v dosahování důležitých vývojových úloh a cílů.
- **Společenský status** v různých oblastech jedincova života. Pro zjištění úrovně sociální kompetence se porovnává sociální status se statutem dobře adjustovaného jedince dané společnosti, který by měl mít určitý socioekonomický status.
- **Obecné posouzení sociální kompetence**, jejímiž zdroji je sebeposouzení, hodnocení vrstevníky, učiteli, rodiči.
- **Sociální chování** – zdrojem informací je frekvence sociálních interakcí, výskyt prosociálního chování, hodnocení míry naplňování požadavků relevantních aktuálním sociálním rolím.
- **Posouzení produktů sociálního chování**, tzn. úroveň sociálních vědomostí, akceptace jedince vrstevníky (sociometrické metody).

Hodnocení životních způsobilostí sociálního chování, tj. kognitivní, sociální a konativní vnímání a interpretování sociálních situací.

Sociální způsobilosti	Kognitivní způsobilosti	Konativní způsobilosti
Komunikace, asertivita	Rozhodování a řešení problémů	Stres management
Způsobilost pro rozvoj zdravých sociálních vztahů	Anticipace svého chování, reflexe následků chování	Manažerování emočního prožívání, včetně agrese
Vyjednávání, odmítnutí	Kritické myšlení	Sebekontrola
Empatie	—	—

Tabulka 16 | Sociální, kognitivní a konativní způsobilosti

Výsledky výzkumů zkoumajících sociální kompetence u dětí a adolescentů konstatují čtyři *typy deficitů sociálního chování*. Ty je možné využít jako indikátory identifikující deficitní oblasti sociální kompetence (Elliot, S. N., Gresham, F. M., 1993; Gresham, F. M., 1997; Lane, K. L., Gresham, F. M., O'Shaughnessy, T. E. et al., 2002):

1. **Deficit osvojení (nabytí) sociálních dovedností** – je způsoben nedostatečně rozvinutými či absentujícími sociálními znalostmi a dovednostmi, což se odráží v omezeném repertoáru chování v různých podmínkách. Intervence by se měla zaměřovat na osvojení nových dovedností.
2. **Výkonový deficit** – nechybí sociální vědomosti a dovednosti, ale absentuje neuro-kognitivní schopnost pro aplikaci nabyté sociální dovednosti a demonstraci sociálně způsobilého chování v sociálních situacích. Problém v používání žádoucího sociálního chování úzce souvisí s nedostatečnou motivací. Intervence by se měla zaměřit na podněcování a posilování žádoucích sociálních dovedností.
3. **Deficit v plynulosti (obratnosti) používání sociálních dovedností** – jedná se o neobratnost v sociálním kontaktu, kdy dítě chce sociální dovednost použít, zároveň ví jak, ale její aplikace je strnulá, nešikovná, neúčelná. Může mít původ v nepřítomnosti kompetentního modelu sociálního chování nebo v nepřiměřeném použití nově osvojené nebo málo užívané sociální dovednosti. Intervence se bude zaměřovat na opakování a procvičování sociálních dovedností. Vyšší procento jedinců trpí deficitem plynulosti než předchozími dvěma deficity (Watson, T., S., Gresham, F. M., 1998).
4. **Konkurenční problémové chování** (externalizačního i internalizačního charakteru) – tuto deficitní oblast dělí na dvě podúrovně:
 - a. **Deficit sebekontroly sociálních dovedností** (inhibovanost nebo impulzivita narušují rozvoj sociálních dovedností)

b. *Deficit sebekontroly výkonu* (absence schopnosti uplatňovat získané sociální dovednosti)

Z hlediska perspektivy problematického chování považuje Spence (2003) chyby v sociálním výkonu za výsledek zpevněného soupeřivého (konkurenčního) chování nebo chování zamezujícího užití vhodné sociální odezvy. Např. děti a mladiství s poruchou řízeného chování (conduct disorder) bez pozitivní vazby ve svém blízkém okolí (sociálním a emočním poli), inklinují k vrstevnickým partám s odlišnými normami, kde může být přijetí násilí základní hodnotou uspokojování potřeb či řešení konfliktů. Užití agrese tak převládne nad adekvátními sociálními dovednostmi, jejichž užití bylo neúspěšné. U sociálně úzkostných dětí Spence (1999) identifikovala sklon ke kognitivním problémům při zpracování situace, k podceňování vlastní sociální zdatnosti, nízkou schopnost vyjadřovat vlastní očekávání, předjímání negativních výsledků interakce, což u těchto dětí vede k vyhýbání se sociálním situacím. Obě skupiny – jak děti s poruchami chování exteranalizačního charakteru, tak i internalizačního charakteru (sociálně úzkostné, inhibované) méně často iniciují sociální interakci a významně méně získávají pozitivní zpětnou vazbu od vrstevníků.

Deficitní oblasti sociální kompetence u jedinců v riziku vzniku poruch chování shrnuje Běhouňková (2007), přičemž vychází z četných výzkumných šetření (Lašek, J., 2005a; Oudová, D., 2007; Elkin, F., Handel, G., Cahill, S., 2007; Kauffman, J. M., 2007 aj.):

- *Seberegulace a anticipace* – potlačení emotivních reakcí a anticipace důsledků vlastního chování v kontextu sociální situace, nerespektování hranic a pravidel.
- *Schopnost sebereflexe*, tj. sebekritické vidění svého chování a jednání.
- *Vidění své existence* – egocentrismus, preference vlastních zájmů, názorů, pocitů, přílišná vztahovačnost, neschopnost naslouchání, zističnost.
- *Způsoby řešení problémů*, absentuje tvůrčí a cílevědomý postoj k hledání alternativních, efektivnějších řešení.
- *Tolerance vůči odlišnosti* – její deficit se projevuje v různých oblastech chování, např. nízká akceptace odlišného názoru bez zavržení ostatních názorů jedince.
- *Empatie*, tj. dovednost interpretovat pocity a chování druhého.
- *Altruismus*, tj. schopnost přizpůsobit vlastní chování tak, aby bylo přijatelné nebo prospěšné pro druhé.

- **Asertivní chování**, tj. schopnost prosadit své zájmy, ale respektovat zájmy druhých, nést odpovědnost za své jednání, ale nepřebírat odpovědnost za druhé, schopnost požádat o pomoc (Fontana, D., 1997; Nakočný, M., 2004).

Shrneme-li uvedené indikátory sociální kompetence, čili frekvence prosociálního chování ve specifických sociálních situacích, pak získáme čtyři cílové oblasti rozvoje sociálních dovedností: *a) podpora osvojování dovedností, b) zlepšení aplikace sociálních dovedností, c) snížení či vymizení konkurenčního problémového chování (časté u dětí s rizikem či poruchou chování), d) ulehčení generalizace a udržení sociálních dovedností*. Poslední jmenovaný cíl by měl být centrálním cílem všech programů rozvoje sociálních dovedností (viz kapitola 4.2.1).

Podrobná analýza deficitních oblastí napomáhá při navrhování optimálního způsobu intervence a vyvarování se chyb (např. rozšiřování rejstříku sociálních dovedností u dětí, které je mají v repertoáru, ale bez ohledu na to, zda je používají). Lze předpokládat, že se v praxi častěji setkáme s kombinací deficitů.

3.5.2 Situační analýza problému

Situační analýza problému a klasifikace deficitů sociálních dovedností jsou základním stavebním kamenem pro stanovení intervenčních postupů. V průběhu situační analýzy problému jsou identifikovány strategie chování, včetně pojmenování vhodných a nevhodných projevů v chování dítěte, jejich motivace. Jsou vymezeny charakteristiky ovlivňující vznik a průběh nevhodného chování, tj. rizikové faktory („spouštěče“ a „zpevňovače“) a případné protektivní faktory. Analyzují se interakce významných subjektů účastných v dané situaci (sleduje se jejich sociální role, reakce, skupinová dynamika, tenze, koheze), jsou analyzovány reakce a očekávání dítěte vůči důležitým osobám a očekávání těchto osob vůči dítěti. Přínosné je zodpovězení otázky zaměřené na funkčnost chování, tj. k čemu chování slouží – jaká je jeho hodnota pro „přežití“? Neméně důležité je zachycení subjektivního výkladu situace dítětem, do níž se promítá jeho sebepojetí a sociální role, kterou zastává (Janský, P., 2001; Eschenbach, R., 2004; Martin, P., Bateson, P., 2009). Metodické postupy používané při situační analýze problému mohou být rozdílné podle toho, z jakých principů klasifikace a definování faktorů vstupujících do problému vycházejí (zaměření na zjišťování žádoucích či nežádoucích efektů). Doporučujeme metodický postup (schéma 8), při němž jsou upřednostněny pozitivní potenciály (faktory) úspěchu (Eschenbach, R., 2004):³

3 Daná strategie je přejata ze sféry marketingu a managementu, kde je situační analýza soustředěna na zjištění potencialit či rizik uvnitř firmy (mikroprostředí) a na hospodářském trhu (makroprostředí).

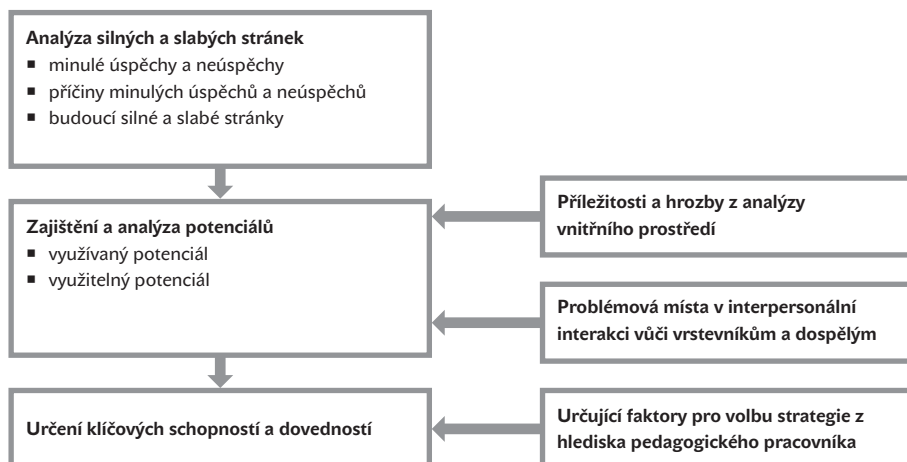


Schéma 8 | Dílčí kroky analýzy potenciálů, silných a slabých stránek chování (Eschenbach, R., 2004)

3.5.3 Metody a nástroje evaluace sociální kompetence

Pro posouzení úrovně sociální kompetence nelze vytvořit univerzálně aplikovatelný instrument, neboť jedním nástrojem nelze postihnout komplexitu tohoto jevu. Pro zjištění sociální kompetence je třeba využít kombinaci diagnostických nástrojů pro opakované měření (nikoliv jednorázovou evaluaci). Volby metod měření sociální kompetence úzce souvisí se zvoleným indikátorem, s účelem měření, s věkem respondentů a prostředím, v jehož kontextu hodnocení probíhá.

Pro evaluaci sociálních dovedností slouží přímé a nepřímé metody hodnocení. **Přímé metody** jsou ty, které evaluují chování v čase a místě jeho aktuálního výskytu, jedná se např. o **systematické pozorování v přirozeném prostředí**, zejména významné je **participantní pozorování**, které eliminuje efekt vlivu pozorující osoby na chování subjektu. Méně často je užíváno **sebepozorování** (např. formou vedení deníku). Pozorování poskytuje obrovské množství dat, a mělo by tedy být součástí všech komplexních diagnostických šetření sociální kompetence. Pro účely hodnocení sociálních dovedností, ať už jakýmkoliv typem pozorování, je zásadní kódovací systém, který by měl umožňovat co nejjednodušší způsob zaznamenávání (záznamový arch s vyznačenou osou prioritně sledovaných charakteristik.). Souběžně je důležité nastavení časového plánu, aby se eliminovalo zkreslení, které by vzniklo, kdyby se zaznamenávaly pouze určité okamžiky. Pozorování musí probíhat v dostatečně dlouhém časovém úseku a při široké škále řízených i volných činností. V neposlední řadě je stěžejní nastavení množství pozorovaných jevů a konkrétnost zahrnutých a de-

finovaných behaviorálních kategorií (definice musí být jasná, úplná a objektivní). Na základě pozorování vzniká popis chování definovaný výše v rámci nástinu situační analýzy. Souhrnně lze říci, že výstupní informace pozorování obsahují (Martin, P., Bateson, P., 2009):

- strukturu chování, dovedností (vnější podoba, forma, časový rámec apod.),
- jeho důsledky (na druhé, na sebe sama, na prostředí),
- vztahové rámce (pozice a orientace chování vůči subjektům i objektům v okolí, tj. iniciace interakce a její směr).

Pozorování je dominantně užíváno pro sledování jednotlivce. Při sledování skupiny je možné se řídit několika pravidly sběru dat (srov. Pelikán, J., 1998; Lane, K. L., Gresham, F. M., O'Shaughnessy, T. E. et al., 2002; Gajdošíková, H., 2006; Mioviský, M., 2006; Hendl, J., 2008; Martin, P., Bateson, P., 2009): 1) *sběr at libitum* bez stanovení limitů pro pozorovaného jedince (zapisovány jsou všechny podstatné vzorce chování; daná metoda slouží zejm. pro předběžné pozorování), 2) *sběr od ústředního jedince (fokální sběr)* určuje centrální subjekt, na nějž se zaměří pozornost, 3) *sběr snímkováním* zaznamenává určité kategorie chování každého jedince v určitém okamžiku, tj. v pravidelných intervalech, 4) *sběr výskytu chování* zaznamenává výskyt konkrétního typu chování, společně s podrobnostmi, kterých jedinců se to týkalo (je vhodné využít pro záznam významného, ale vzácně se vyskytujícího typu chování).

Extrahujeme-li výše uvedené teze, pak získáme pět faktorů, které je důležité si před zahájením pozorování ujasnit: 1) *přesná definice chování, včetně klasifikace trsů chování, dovedností a diferenciací projevů*), 2) *rozsah hodnoceného chování (frekvence, intenzita, délka trvání)*, 3) *množství pozorovaných chování*, 4) *počet pozorovacích jednotek*, 5) *časový plán*. Výstupy pozorování pro účely stanovení situační analýzy chování dítěte v zařízení pro výkon ÚV, OV by měly být spíše kvalitativního charakteru než kvantitativního (měření latence, frekvence, doby trvání a intenzity⁴), ač jsou bezesporu cenným zdrojem informací.

Mezi *nepřímé metody* hodnocení sociálních dovedností patří např. *rozhovor, hodnotící škály sociálních dovedností, dotazníková šetření, sociometrie, projektivní metody, ohniskové skupiny, videonahrávky* aj. *Rozhovory* slouží k identifikování vnitřní motivace a postoje, tj. zjištění funkce nebo příčiny chování dítěte apod. Výhodou rozhovoru je navázání osobního kontaktu s participantem, možnost detailnějšího doptávání i vzhledu. Důležité je dodržení principů vedení rozho-

4 Latence je doba od počátku pozorování do prvního výskytu chování. Frekvence zachycuje počet výskytů chování za časovou jednotku. Doba trvání je časový interval, během něhož trvá jeden výskyt chování. Intenzita nemá žádnou univerzálně platnou definici, měří míru a sílu výskytu (např. prostřednictvím lokální frekvence – tj. počtu dílčích činností za jednotku času, nebo prostřednictvím délky trvání). Blíže se se problematikou kvantifikace chování zabývá Martin a Bateson (2009).

voru – záznam rozhovoru, kódování, struktura rozhovoru (Švaříček, R., Šedová, K. a kol., 2007). Před vedením rozhovoru je vhodné použít hodnotící škály sociálního chování, které poskytnou orientační informace. Při rozhovoru dojde k upřesnění interpretací a významných okruhů témat vyplývajících z posuzovacích škál. Škálování by pro zachování objektivitu hodnocení mělo provést více posuzovatelů (pedagog, rodič, dítě). Angloamerická odborná literatura upřednostňuje pro hodnocení sociálních dovedností standardizovaný nástroj **Social Skills Rating System (SSRS)**, který je považován za nejkomplexnější multievaluační škálu. Poskytuje informace o *sociálních dovednostech* (např. sebekontrola, spolupráce, odpovědnost, vztah žáka a učitele, akceptace spolužáky), o *problémovém chování a akademické kompetenci*. SSRS je diferencováno dle věku na tři úrovně: předškolní (3–5 let), základní (6–12 let) a střední (13–18 let). Hodnocení (multievaluaci) provádějí pedagogové, rodiče a dítě a jeho vrstevníci – spolužáci (Gresham, F. M., Elliot, S. N., 1990). Jinou často využívanou a standardizovanou posuzovací škálou je **Social Skills Inventory (SSI)**, jejímž autorem je Riggio (1986). Tato škála o 90 položkách diferencuje sociální kompetentnost na šest základních sociálních dovedností: *emocionální expresivitu, emocionální senzitivitu, emocionální kontrolu, sociální expresivitu, sociální senzitivitu a sociální kontrolu*. V českém prostředí je hodnocení sociálních dovedností prováděno zpravidla v rámci hodnotících škál poruch chování. **Dotazníky** přímo zaměřené na sociální dovednosti nejsou v České republice příliš využívány. Lze využít některé subtesty nebo subškály, ale pouze jako doplňující metodu. **Sociometrie** slouží ke sběru pozitivních nebo negativních voleb v menší skupině a určení sociální pozice v ní. Tuto metodu je třeba vnímat pouze jako screeningový nástroj. **Projektivní metody** se využívají zejm. při práci s dětmi a dospívajícími. Diferencujeme je na verbální, grafické a manipulační. Nejčastěji se využívají kresebné techniky, skrze které se zjišťují spíše osobnostní předpoklady sociální kompetentnosti. Jejich obliba stoupá, ale poměrně vysoké riziko tkví v nekvalifikované, zavádějící interpretaci. Při využívání projektivních metod je nezbytné pamatovat na to, že jsou spíše doplňkovou diagnostickou metodou. Proto je třeba sestavit diagnostickou baterii těchto metod, nelze se spolehnout na výsledek jednoho projektivního testu. **Ohnisková skupina (focus group)** je efektivní metoda pro sledování komunikačních dovedností jednotlivce ve skupině – schopnost zapojení do interakce při skupinové diskusi, schopnost argumentace, spolupráce, využívání komunikačních prostředků atd. Zároveň se pořizuje audio a video záznam pro detailní analýzu jednotlivců i skupinové dynamiky. Vedení ohniskové skupiny musí probíhat dle ustálených metodologických principů (Miovský, M., 2006). **Videonahrávka** je metoda využívaná buď samostatně (např. videotrénink interakcí – VTI), nebo jako doplňující metoda. Její výhodou je komplexnost, autentičnost a objektivita.

Využití metod pro zjištění sociální kompetence skrze posouzení úrovně sociálních dovedností musí odpovídat exaktnímu vědeckému postupu. Jejich

nekvalifikované a živelné používání, popřípadě přejímání ze zahraničí, může zásadním způsobem ovlivnit proces intervence v neprospěch dítěte. Proto apelujeme na využívání standardizovaných diagnostických nástrojů v českých podmínkách, a to pouze v rukách proškolených odborníků. V tomto ohledu je třeba zkvalitňovat pregraduální i postgraduální přípravu pedagogických pracovníků v zařízeních pro výkon ÚV, OV, zejm. etopedů, popřípadě pro tuto cílovou skupinu poskytovat dostatečně kvalitní nabídku DVPP v oblasti diagnostiky sociální kompetence.

4 Výchovně terapeutické přístupy zaměřené na rozvoj sociální kompetence dětí v zařízeních pro výkon ÚV, OV

Vycházíme-li z výzkumů rizikového chování, nalézáme souvislost mezi kauzální predikcí rizikovosti a narušenou oblastí sociální kompetence, včetně adaptability (Matoušek, O., Kroftová, A., 2003; Vojtová, V., 2001, 2002, 2010; Elkin, F., Handel, G., Cahill, S., 2007; Oudová, D., 2007). Deficity sociální kompetence a jednotlivých sociálních dovedností jsou příčinou prohlubování problémů v chování (Goldstein, A. P., 1999; Spence, S. H., 2003; Lane, K. L., Gresham, F. M., O'Shaughnessy, T. E. et al., 2002). Úspěšné zvládnutí sociálního světa (a integrace do něj) vyžaduje široký repertoár sociálních dovedností k řešení interpersonálních problémů, kterému předchází sofistikované zpracování podnětu, selekce strategií chování a volba výstupní odezvy chování. Výzkumy Coie et al. (1995) dokládají, že dosažená úroveň sociální kompetence v interpersonálních vztazích má dlouhodobý vliv na psychologické, akademické a adaptivní fungování jedince. Oslabení sociální kompetence a problémy ve vrstevnických vztazích, v rodině a s učiteli může být naopak spojováno s četnými formami psychopatologie – s poruchami řízeného chování, sociální fobií, depresí, autistickými rysy či hebefrenní schizofrenií (Spence, S. H., 2003). Z tohoto pohledu považujeme rozvoj sociálních dovedností za důležitou součást preventivních programů rizikového chování zaměřených na předcházení prohlubování obtíží v chování a sociálním fungování. Obzvláště významný je pak u dětí a mladých lidí umístěných v zařízeních institucionální výchovy, kteří prožili četná psychická zranění. Tyto zkušenosti ovlivňují jejich další prožívání a vnímání sebe, druhých i okolního světa. Specifika chování nasedající na tyto životní prožitky se významně promítají do oblasti sociálního chování, které je příznačné pervazivním pocitem nedůvěry vůči světu a vztahům. Intervenci deficitů sociální kompetence proto považujeme za prioritní oblast etopedické podpory dětem a mladistvým v zařízeních institucionální výchovy.

4.1 Východiska rozvoje sociální kompetence v zařízeních NVP

Podpora rozvoje sociální kompetence u dětí a mladistvých umístěných v zařízeních institucionální výchovy je ukotvena v *zákoně č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů*¹ (dále jen zákon č. 109/2002 Sb.). Zákon hovoří o zajištění vzdělávacích, terapeutických a sociálně rehabilitačních programů pro děti a mladistvé podle jejich specifických výchovných a vzdělávacích potřeb, které jsou dle zákona odstupňovány dle samostatnosti:

- samostatné chování přiměřeně věku
- samostatné chování, vyžadující občasnou kontrolu
- chování vyžadující občasné vedení a stálou kontrolu
- nesamostatné, vyžadující stálé vedení i kontrolu
- vyžadující soustavnou intenzivní individuální péči

Zároveň daný zákon stanovuje právo dítěte s nařízenou ústavní výchovou na rozvíjení tělesných, duševních a citových schopností a sociálních dovedností (§ 20 odst. 1 písm. b) a na vyjádření svého názoru na zamyšlená a prováděná opatření, která se ho dotýkají, jeho názorům musí být věnována adekvátní pozornost odpovídající jeho věku a rozumovým schopnostem (§ 20 odst. 1 písm. j).

Veškeré aplikované výchovně terapeutické přístupy k dětem s poruchami chování v zařízeních pro výkon ÚV, OV musí být vzhledem k multikauzálnímu charakteru zacíleny interdisciplinárně a zároveň individuálně. Vystává otázka, do jaké míry je možné zohledňovat individuální specifika v oblasti sociální kompetence konkrétních dětí a mladistvých, vzhledem k uspořádání výchovně terapeutického procesu v NVP (zejm. vysoké počty dětí ve výchovné skupině). Limity zařízení institucionální výchovy jsou zřejmé a je možné je pouze minimalizovat, nikoliv zcela odstranit (blíže viz kapitola 4.1.1).

Výchovný proces v NVP je třeba vnímat jako komprehensivní sociální rehabilitaci,² která je soustředěna na podporu dítěte k samostatnému životu, což implikuje nabývání širokého spektra klíčových kompetencí, včetně sociální kompetence. Facilitace sociální kompetence je neoddělitelnou součástí vý-

1 Tímto pozdějším předpisem je zákon č. 383/2005 Sb., kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb. Aktuálně však MŠMT usiluje o celkovou úpravu zákona č. 109/2002 Sb.

2 V zahraniční literatuře angloamerické proveniencie se setkáváme s užíváním obecného pojmu *péče*. Avšak pojem *komprehensivní rehabilitace* považujeme za výstižnější, neboť implikuje jak *péči*, tak *výchovu* (reedukaci a resocializaci), ale i *terapii*.

chovného procesu integrujícího následující přístupy (Labáth, V. a kol., 2001; Kurelová, M., Sekera, O., Kubíčková, H., 2008):

- **Pedagogický přístup** je zacílený na podporu vzdělávací dráhy dítěte a mladistvého (vzdělávání, doučování).
- **Sociální přístup** se soustředí na facilitaci a reparaci žádoucích sociálních vazeb v sociálním poli jedince a rozvoj sociálních dovedností umožňujících kvalitní život v sociální síti (práce s rodinným systémem, rozvoj sociální kompetence).
- **Organizačně režimový přístup** usiluje o vytvoření hranic, tj. uvědomění si jejich funkce a jejich respektování (bodový systém, vnitřní řád, soupis pravidel ve skupině, odměny a tresty atd.).
- **Zdravotní přístup** se zaměřuje na péči o tělo, zdraví a zdravý životní styl.
- **Psychoterapeutický přístup** rozvíjí psychosociální aspekty osobnosti v intraindividuálním i interindividuálním kontextu. Terapie by měla působit na nejhlubší vrstvy osobnosti dětí a zasahovat do oblasti modifikace chování (Pytko, L., 1995, in: Sekera, J., 2008).

Aplikace psychoterapeutických (skupinových) přístupů by měla prostupovat celým procesem komprehensivní rehabilitace. Otázkou je, v jakém poměru aplikovat terapii a nácvik žádoucího chování (sociálních dovedností). Kožnar (1992) upozorňuje, že sloučení role vychovatele a terapeuta je žádoucí, možné i prokazatelně efektivní. Jones a Asen (2004) ve svém výzkumu upozornili, že terapie prováděná v kontextu uzavřených podmínek, tj. v zařízení institucionální výchovy (ale i v kontextu soudně nařízené léčby, uvěznění, psychiatrické léčby apod.) vede někdy k lepším výsledkům než terapie prováděná v otevřených podmínkách. Pravděpodobně na jedince v uzavřených podmínkách působí intenzivnější korelace proměnných faktorů aktivizujících motivaci ke změně.

4.1.1 Limity NVP pro rozvoj sociální kompetence

Jakkoliv jsou aktivity pedagogických pracovníků v zařízeních institucionální výchovy vřelé a pečující, nemohou nikdy nahradit individualizovaný přístup v rodině. Odejmutí dítěte z biologické rodiny a jeho umístění v zařízení kolektivní výchovy bývá v drtivé většině doprovázeno *sekundární deprivací* nasedající na ztrátu klíčových osob, rodinných vazeb, či pouze známého prostředí, ať už je jejich míra narušení jakákoliv. Umístěním dítěte do ústavního zařízení je přetržen jeho dosavadní způsob života, vnímaný jako přirozený, a tudíž dochází i k omezení přirozených sociálních reakcí a interakcí. Každá další změna umís-

tění znamená pro dítě další nové trauma vyplývající ze ztráty nových vztahových osob. V důsledku toho je ovlivněn, zpravidla zpomalen či zdeformován, proces utváření sebepojetí a utváření přirozených sociálních rolí.

Život v zařízeních institucionální výchovy vytváří pro socializaci *umělé, tzv. skleníkové podmínky*, charakterizované ztrátou soukromí, kumulací jedinců s rizikovým chováním na jednom místě, inklinací k přijetí hodnot „ústavní subkultury“ (Sekera, J., 2008). Skupina je velmi důležitou entitou ovlivňující sociální rozvoj dítěte v zařízení institucionální výchovy. Její velikost a stabilita hrají zásadní roli při utváření skupinové atmosféry, jejích rituálů a pravidel. Jestliže trvá stabilita skupiny pouze několik týdnů či měsíců, pak dochází k vážnému narušování skupinové dynamiky. Limitem výchovných skupin je také počet střídajících se vychovatelů i dalších pracovníků a pojetí své role vychovatele ve vztahu k dětem. Problematická je také nekoedukovanost některých zařízení, která dle Mühlpachra (2001) může vážným způsobem ohrožovat sociální vývoj mladistvých, pro něž je důležitá zkušenost sexuálního experimentování v pubertálním období. Proto je třeba v maximální míře vytvářet prostor pro nabývání zkušeností reálným prožitkem v reálném světě mimo zařízení náhradní výchovy.

Do procesu socializace dětí a mladistvých v zařízeních institucionální výchovy se dále negativně promítají *nedostatky výchovných systémů*, které taxativně vymezují tresty a odměny, což vede k účelovému chování. Užívané strategie nedostatečně využívají individuální hodnocení, které může mít podpůrný a rozvojový charakter a v neposlední řadě odosobňují hodnocení; dítě je tak hodnoceno vnitřním řádem, a ne vychovatelem (Gottwaldová, M. a kol., 2006).

Pro dobrý vývoj sociální kompetence je významné věnovat pozornost signálům dítěte a empaticky na ně reagovat, stejně jako dávat prostor iniciativě dítěte a citlivě ji reflektovat. Je potřebné, aby pedagogičtí pracovníci v zařízeních pro výkon ÚV, OV disponovali senzitivitou pro hledání a *udržení harmonické roviny interakčního rytmu dítěte*. Není-li úsilí dítěte o navázání kontaktu odměněno pozorností, zesiluje tyto pokusy a zvyšuje se jeho neklid (Pokorná, V., 1993; Ondráček, P., 2003). Zároveň je stěžejní, aby pedagogičtí pracovníci byli schopni rozpoznat jemné difference v projevech chování, a v kontextu anamnestických dat o dítěti volili vhodné výchovné koncepce a terapeutické metody (Jedlička, R., 2003; Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006). Chybnou interpretací problémového chování a míry narušení attachmentu, způsobenou neporozuměním potřebám dítěte, může docházet k vážné sekundární traumatizaci dítěte. Příkladem je použití direktivních přístupů opírajících se o disciplínu, režim a tresty u emočně labilního dítěte, které potřebuje facilitovat sebepojetí na základě pozitivních stimulů a akceptace. Naopak výchovná koncepce založená na poskytování emocionální podpory, pochopení, akceptaci osobnosti, použitá u dítěte s hostilným, agresivním a egoistickým chováním vycházejícím z jeho osobnostní výbavy, může prohlubovat tyto psychosociální rysy dítěte

(Labáth, V. a kol., 2001). Požadavek různorodého reagování na podněty jednotlivých dětí klade zvýšené nároky na senzitivitu a emoční stabilitu vychovatele.

Rozsáhlý výzkum Sekery (2008) dokládá, že v zařízeních institucionální výchovy je kladen malý důraz na individualizaci procesu sociální rehabilitace. Tato skutečnost souvisí s absencí jasné zakázky (kontraktu) mezi zadavatelem ústavní a ochranné výchovy (společnost, soud, rodina) a poskytovatelem služby, rodinou či dítětem. Proces socializace by měl být v zařízeních ústavní a ochranné výchovy profesionalizován, tj. měl by být průběžně analyzován a evaluován. Analýza chování dítěte a případně stanovení strategie řešení problému by mělo probíhat v rámci *podrobné analýzy deficitních oblastí jedince* (sociální kompetence, chování) a *situační analýzy prostředí*, které by měly být prvním krokem k dalšímu individuálnímu plánování. Plánování rozvoje sociálního chování by měl být kontinuální proces, vycházející ze systematického pozorování prováděného na základě spolupráce multidisciplinárního týmu (blíže viz kapitola 3.5.3).

4.1.2 Princip podpory a kontroly

Základním východiskem pro práci s dětmi s rizikovým chováním je postoj odborníka k dítěti. Teoretické znalosti a praktické dovednosti jsou samozřejmě nezbytnou a prioritní součástí profesní výbavy pedagogických pracovníků, nesmíme však opomíjet fakt, že aplikace těchto profesních dovedností a znalostí je determinována právě kvalitou postoje pedagogického pracovníka vůči dítěti. Z obecného pohledu se do výchovně terapeutických přístupů promítají základní dva principy: 1) *princip růstu* a 2) *princip moci*. Tyto principy se odrážejí ve vnímání vztahu, ve vnímání osobnosti, ve výkladu událostí a postojích ke změně (Labáth, V. a kol., 2001; Satirová, V. et al., 2005).

Princip růstu (podpory) vychází ze symetrického vnímání vztahů, založených na vnímání jedinečnosti a osobitosti jednotlivce. Je podporována individualita jedince, včetně všech aspektů s tím spojených, tj. sebeúcta, sebeakceptace, schopnost adekvátního rozhodování, přijetí odpovědnosti za svá rozhodnutí apod. Sebeúcta ovlivňuje to, jakým způsobem bude jedinec zacházet se sebou samým. S nízkou sebeúctou koresponduje tendence nechat se unášet událostmi, které jsou považovány za nezvratné. Jedinec se tak vnímá jako oběť událostí a okolností, nepřebírá zodpovědnost za sebe a svůj život a nekonstituje se jako svobodná osobnost (Satirová, V. et al., 2005). Model růstu podporuje nacházení vnitřních zdrojů rozvoje a vlastního životního smyslu a hodnot. Jedinec je podporován ke změně prostřednictvím otevřené komunikace, náhledu na svou životní situaci a sebe sama v ní, stejně jako poskytováním příležitosti k rozhodování. Model růstu hledá možné způsoby a cesty řešení, nerezignuje na změnu, povzbuzuje k aktivitě, dodává odvahu a naději na pozitivní změnu. Tento princip je ve své podstatě přístupem konstruktiv-

ním a permisivním. Odborník využívající model růstu používá kongruentní formy komunikace, které se projevují shodou verbální a nonverbální složky komunikace a jsou založeny na přijetí, senzitivitě, reflexi emocí, potřeb a očekávání, otevřenosti, upřímnosti, zodpovědnosti aj. Skrze kongruenci může dojít k naučení se nových pozitivních copingových strategií.

Princip moci (kontroly) hierarchizuje vztahové rámce na dominantně submisivním (mocenském) základě, jimž podléhají i očekávané způsoby komunikace. Rigidní udržování stávajícího stavu je bezpečné a pohodlné. Možnost změny není očekávána, neboť je považována za nemožnou a v konečném důsledku je podvědomě vnímána jako nežádoucí a ohrožující statu quo dominantní osoby. Je tedy patrný strach ze změny. Hierarchický model do značné míry potlačuje individualitu pevnými a neměnnými pravidly, režimovým opatřením. Je definován jako model restriktivní a kontrolující. Disciplína se stává cílem, nikoliv prostředkem jak podporovat žádoucí projevy chování. Dochází k omezování potřeb individuality ve jménu systému, řádu a pravidel, k omezování možnosti rozhodování se, zbavování zodpovědnosti za svůj život a své chování. Blokuje jedince v hledání i nacházení sebe sama, v osobním růstu (Satirová, V. et al., 2005). Odborník, který uplatňuje princip moci, usiluje, ať už vědomě či nevědomě, o zesměšnění dítěte, snížení jeho sebedůvěry, přistižení při chybě a neúspěchu (neustále upozorňuje na chyby a nedostatky v jeho chování a prožívání), projevuje vůči dítěti nedůvěru, častěji udílí tresty než odměny, v dítěti vyvolává negativní emoce (strach, úzkost), odsuzuje, obviňuje a hrozí (vyhrožuje). Nebývá výjimkou, že pedagogický pracovník preferující mocensky orientovaný přístup není schopen přijímat a respektovat odlišné názory, není schopen přiznat vlastní chybu, orientuje se na výkon (Janský, P., 2004) a hluboko v osobnosti se skrývá jeho nízká sebeakceptace a sebeúcta (Helus, Z., 2004). Komparaci obou modelů zachycuje tab. 17.

HIERARCHICKÝ MODEL	MODEL RŮSTU
Způsob vnímání světa – vnímání vztahu	
Lidé nemají rovnou hodnotu (hodnotu jedince určuje role a status)	Lidé si jsou rovni (přijetí jedinečnosti druhých)
Vztah je založen na principu dominance a podřízenosti	Vztah je založen na partnerství a rovnocennosti
Role a status splývají s identitou (role implikuje sílu a dominanci nebo podřízenost)	Role a status jsou oddělené entity
Moc nad druhými lidmi vyvolává izolaci, strach, odsouzení a nedůvěru	Rovnost dává prostor pocitům lásky, moci nad sebou samým, respektu, svobodě se vyjadřovat

HIERARCHICKÝ MODEL	MODEL RŮSTU
Způsob vnímání světa – vnímání osobnosti	
Každý musí poslouchat a přizpůsobovat se	Každý je individualita a může se definovat z pozice vnitřního zdroje síly a validace
Lidé se rodí puzeni ke zlu (patologizace osobnosti)	Člověk se může pozitivně vyvíjet, na základě aktivizace vnitřních zdrojů, podpory sebeúcty, sebepřijetí, zodpovědnosti za sebe aj.
Očekávání, že všichni by měli být stejní a pak svět bude dobrý	Očekávání, že různorodost může být pozitivním faktorem utvářejícím společnost
Lidé znehodnocují a popírají své pocity a svou odlišnost	Lidé vyjadřují své pocity a akceptují svou odlišnost
Způsob vnímání světa – vnímání a výklad událostí	
Zjednodušený vzorec vnímání chování jedince z pohledu následků (vzorec „akce vyvolává reakci“)	Cirkulární vnímání událostí ve své kontinuitě a s vědomím proměnných veličin v životní linii dítěte („akce-reakce-interakce“)
Ten, kdo má moc, nejlépe ví, co je dobré (existuje jeden jediný správný způsob)	Je mnoho cest, kterými se můžeme vydat (poskytuje možnost použít vlastní kritéria pro výběr, volbu)
Černobílé vnímání světa vytváří prostor pro manipulaci, omezuje objevování a kreativitu, vede k poslušnosti	Systémový přístup a kontinuální vnímání chování dítěte generují informovanost, objevování, kreativitu, důvěru, pořádek
Postoj ke změně	
Bezpečí znamená zachování statu quo	Bezpečí roste z jistoty v procesu změny a růstu
Změna není možná. Je vnímána jako nežádoucí, nemožná a nenormální, je odmítána (a to i přes zjevné nepohodlí a bolest)	Změna je VŽDY možná, je vnímána jako dosažitelná a žádoucí
Strach ze změny, tj. z neznáma, z nového	Přijetí rizika a zodpovědnosti za svůj život

Tabulka 17 | Komparace hierarchického modelu a modelu růstu (podle Satirová, V. et al., 2005; Labáth, V. a kol., 2001)

Princip moci podporuje odkázanost dítěte na své okolí, snižuje jeho sebeúctu a sebepojetí, a tím blokuje jeho vývojové potenciality a směřování do budoucnosti (Helus, Z., 2004). Rezignace na změnu s sebou zároveň nese riziko vzniku syndromu vyhoření (burnout effect), a tím další snížení angažovanosti a motivace práce s vnitřními zdroji klientů (dětí a jejich rodin). Model růstu klade vysoké požadavky na profesionály v institucionální výchově z hlediska dovednosti sebereflexe, terapeutické sebezkušenosti, osobnostní zralosti apod.

Profesní kompetence pedagogického pracovníka zásadním způsobem ovlivňují kvalitu rozvoje sociálních dovedností v kontextu přípravy dítěte a mladistvého na odchod ze zařízení pro výkon ÚV, OV. Pedagogický pracovník musí disponovat otevřeností vůči změnám, vnitřní uvolněností, kladným vztahem k sobě i druhým, z čehož vyplývá jistota reakcí i v neobvyklých situacích, orientací na pomoc druhým, jasnými interakcemi s ostatními, flexibilitou, senzitivitou vůči skupinové dynamice, vřelostí, empatií a opravdovostí, v neposlední řadě také odbornými znalostmi z oblasti sociální psychologie (Hermonchová, S., 1991; Kožnar, J., 1992; Satirová, V. et al., 2005). Veškeré snahy pedagogických pracovníků v zařízeních institucionální výchovy by měly směřovat k tomu, aby se dítě mohlo co nejdříve vrátit do své biologické či náhradní rodiny a v případě, že tento cíl není možné naplnit, připravovat dítě kontinuálně a cíleně na samostatný život. Aby bylo dosaženo citlivého a zároveň funkčního přechodu dítěte z institucionálního prostředí do života (ať už do rodiny, nebo do samostatného života), tak je zapotřebí kontinuálního vzdělávání pedagogických pracovníků v tématech modelu růstu, postojů ke změně, nástrojů (metod a technik) k práci s jedincem i jeho rodinným systémem, plánování odchodu apod. (viz kapitoly 4.5 a 5.3). Proces přípravy na odchod musí probíhat dlouhodobě a promyšleně v rámci multidisciplinární spolupráce.

4.1.3 Neformální a cílený rozvoj sociální kompetence

K rozvoji sociálních dovedností dětí umístěných v NVP dochází ve dvou formách: 1) *neformální rovina* (implicitní, skrytá) a 2) *cílený trénink* (vědomý nácvik). Neformální rozvoj sociálních dovedností probíhá v přirozených situacích s potenciálem přenosu pozitivní zkušenosti. Cílený rozvoj se zaměřuje na záměrnou a intenzivní podporu nabytí sociálních dovedností, zvýšení jejich používání v běžném životě (aplikace a generalizace), zpevnění vhodných způsobů chování a snížení používání nevhodných způsobů sociálního chování (prevence sociálního selhání). Součástí cíleného rozvoje je zvědomění vlastních strategií chování. Zvýšení sociální kompetence v obou případech předpokládá osobní, bezprostřední zkušenost dítěte (Kožnar, J., 1992).

Cílený rozvoj sociálních dovedností považujeme za významnou preventivní aktivitu, zaměřující se na předcházení sociálnímu selhávání. Výzkumy zaměřené na efektivitu preventivních programů dokonce uvádějí, že u preventivních programů zaměřených na rozvoj sociálních dovedností se zvyšuje pravděpodobnost dosažení krátkodobých cílů prevence (Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., 2002). Rozvoj sociálních dovedností tedy může stát jako samostatný preventivní program, nebo jako jedna z jeho významných součástí, která zvyšuje jeho efektivitu.

Obečné znaky efektivní selektivní či indikované prevence³ zaměřené na rozvoj sociálních dovedností definují autoři Lane, Gresham a O'Shaughnessy et al. (2002) takto:

- ***Snižuje motivaci pro chování změnou situace*** (např. dítě si vynucuje pozornost vychovatele, ten zareaguje poskytnutím častější, respektive plánovitěji zacílené pozornosti směrem k dítěti).
- ***Učí alternativní způsoby chování***, které vedou ke stejnému cíli nebo mají stejnou funkci (nácvik jiných, žádoucích a vědomých, způsobů získávání pozornosti),
- ***Oslabuje spojitost mezi negativním projevem chování a pozitivním získáním*** (např. získání pozornosti vychovatele), v opačném případě dochází k posilování negativních projevů v chování.

Pro programy zaměřené na rozvoj sociálních dovedností platí obdobná kritéria (principy) efektivity jako pro programy prevence rizikového chování. Přehled kritérií efektivity programů prevence shrnuje tab. 18. Při efektivní realizaci preventivních programů (rozvoje sociálních dovedností) je stěžejní vytvoření důvěrného vztahu v průběhu dlouhodobé a kontinuální práce s dětmi v malých skupinách (případně jejich sociální sítě – s rodinou, vrstevníky, pedagogickými pracovníky). Nepravidelné aktivity s nízkou intenzitou prožitku se ukazují jako neefektivní. Důležitá je vzájemná interakce na partnerské bázi, dostatečný prostor pro vzájemnou diskusi a reflektování aktivit (Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H., 1996, 1999). Pro tyto účely je vhodné využívat technik pro aktivní zapojení všech členů skupiny (zážitkově reflektivní techniky, artefletika, pohybové aktivity apod.). Dále je vhodné, když se do procesu rozvoje sociálních dovedností aktivně zapojí pedagogický pracovník, a to i tehdy, jestliže je program poskytován externími odborníky (*Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže*, 2010). Uplatněné aktivity musí odpovídat věku, specifikům a aktuálním potřebám cílové skupiny, z tohoto důvodu je zásadní průběžně zjišťovat tematické preference skupiny, skupinovou dynamiku apod. Efektivní je takový program, který je jasný a strukturovaný (výcho-diskem je promyšlená metodika, časové ohraničení, vymezení pravidel apod.). V rovnováze by mělo být jak předávání srozumitelných a vyvážených informací (nikoliv zastrašování, zavádějící informace, zakazování), tak rozvoj dovedností (sociálních dovedností, praktických dovedností pro život). Pouhé předávání informací (přednášky, besedy) nevede ke změnám postoje ani chování. Efek-

3 V praxi je prevence diferencována na tři typy: *všeobecná, selektivní a indikovaná*. *Všeobecná prevence* se zaměřuje na širokou populaci dětí a mladistvých. Cílovou skupinou *selektivní prevence* jsou jedinci v riziku vzniku poruch chování (rizikového chování). *Indikovaná prevence* se zaměřuje na cílovou skupinu jedinců, kteří vykazují varovné známky rizikového chování.

tivní program je podrobován evaluaci, jejíž výstupy slouží pro diskusi všech zúčastněných (Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., eds., 2010).

PREVENTIVNÍ PROGRAMY	
Co funguje	Co nefunguje
dlouhodobá a kontinuální práce (důvěra)	■ krátkodobé a málo intenzivní programy (nepravidelné aktivity, bez uceleného rámce) ■ jednorázové programy, jednorázové přednášky a besedy bez návaznosti
práce v malých skupinách (interakce, dialog)	hromadné programy a programy bez interaktivních prvků (nerozvíjí dovednosti, chybí zpětná vazba)
aktivní účast cílové skupiny (prožitek, výtvarné a pohybové techniky, reflexe)	pouhé informování
aktivní zapojení pedagogického pracovníka na programu poskytovaném externími odborníky	programy poskytované osobami bez dostatečných zkušeností nebo těmi, které nemají respekt a uznání
včasnost a relevance programu dle věku cílové skupiny	přílišná obecnost
reakce na aktuální potřeby cílové skupiny	opomíjení potřeb cílové skupiny
nabídka pozitivních alternativ (zdravý životní styl, posilování sebevědomí, rozvoj komunikace, nácvik řešení problémů, vedení k zodpovědnosti)	zastašování, varovné slogany a odstrašující příklady
jasný a strukturovaný program (předem daná metodika, požadavky na vzdělání a kompetence lektorů, časové ohraničení, vymezená témata a pravidla, shrnující závěr)	spoléhání na jeden typ programů bez zapojení dalších možností (např. komunitních aktivit, rodičů)
jasné a vyvážené informace	sliby, zavádějící informace, zakazování
důraz na kontext programu (respektování specifik dané lokality, spolupráce s rodiči, spolupráce institucí zapojených do programu prevence)	kampaně ve sdělovacích prostředcích (nemají vliv na změnu chování, v ideálních případech pouze zvyšují informovanost)
evaluace programu (zařízení dostává zpětnou vazbu o realizaci programu)	setrvačnost, pokud je program stále stejný i přesto, že už není aktuální

Tabulka 18 | Přehled efektivních a neefektivních principů v programech prevence (Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H., 1996, 1999; Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., 2002; Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže; Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., eds., 2010)

Efektivita programů prevence je podmíněna celým spektrem intervenujících proměnných (Morris, R. J., Nicholson, J., 2010), vliv mají především tyto faktory:

- **Typ a stupeň poruchy chování** a predikace jejího vývoje.
- **Podpora, vnímavost a potencialita** pedagogických pracovníků a rodičů a míra jejich zapojení do programu rozvoje, která zajišťuje kontinuitu, neboť umožňuje dítěti generalizovat a upevňovat žádoucí naučené strategie chování v různých prostředích. Zároveň jsou rodiče (pedagogický pracovník) významným modelem pro kognitivní strategie a chování.
- **Kvalita vztahu** (důvěrnost vztahu) mezi dítětem a pedagogickým pracovníkem.
- **Kvalita prostředí** – pozitivní, podporující a respektující prostředí má silný protektivní vliv.

Výzkum Lane, Gresham a O'Shaughnessy et al. (2002) potvrdil, že u dětí s problémy i poruchami chování (a lze předpokládat, že i u dětí v NVP) nestačí rozvoj sociálních dovedností pouze na implicitní úrovni (v rámci každodenních aktivit), ale je třeba aplikovat dlouhodobou a cílenou intervenci sociálních dovedností. Na všeobecně zaměřenou intervenci (v rámci školní třídy) nejsou děti s problémy v chování dostatečně senzitivní, potřebují intenzivnější formu podpory či intervence (indikovanou prevenci).

4.2 Metody tréninku sociálních dovedností

Metod tréninku sociálních dovedností existuje široké spektrum, např. *terapeutické instrukce, hraní rolí, modelování, koučování, nácvik řešení problémových situací, pozitivní sociální zpěvňování, zpětná vazba, domácí úkoly, skupiny*. Odborníci preferují multimodální integrativní přístupy (nácvikové programy) před monomodálními, které využívají jednotlivé metody izolovaně (Spence, S. H., 2003; Praško, J., Kosová, J., 1998). Optimální nácvikové programy by měly obsahovat tyto složky:

Terapeutické instrukce založené na jednoduchých, názorných a postupných pokynech. Jsou prezentovány *přímou instruktáží* (vysvětlení jednotlivých kroků, předvedení a nácvik), *individuálním koučováním* v prezentované situaci, *potvrzováním* smysluplných instrukcí skupiny, která koučuje člena skupiny (dítě či mladistvého).

Metoda trénování využívá k nácviku verbální instrukce a probíhá v následujících krocích: a) *prezentace sociálního pravidla*, b) *procvičování*, c) *zpětná vazba* (Spence, S. H., 2003).

Metoda modelového chování (modelování) je učena skrze pozorování žádoucího chování u jiné osoby (modelu). Vychází z předpokladu Bandu-

rovy teorie sociálního učení, že určité chování je naučené prostřednictvím zprostředkovaných zkušeností a je možné je překonat pozorováním chování modelového vzoru. Výzkumy potvrzují, že modelování je účinnější, pokud se model (vzor) *a) podobá klientovi, b) jeho jednání není zcela bezchybné (dokonalé), c) předvádí chování v krátkých časových úsecích, které klient bezprostředně opakuje, d) zároveň klient dostává zpětnou vazbu, jak mu chování jde, e) dostává pochvalu za úspěšné zvládnutí nacvičovaného jednání* (Praško, J., Kosová, J., 1998).

Nácvik chování, modelových rolí (hraní rolí, zvládání modelových situací) dává prostor pro procvičování chování ve strukturovaných bezpečných (modelových) situacích, je proto nejdůležitější součástí nácviku sociálních dovedností (Spence, S. H., 2003). Je důležité, aby dítě přehrávalo nejen vlastní roli, ale také proti roli (rodič, pedagog apod.), a to v co nejrealističtějším zadání situace. Procvičování může být skryté (představa situace, sociální interakce), otevřené (hraní rolí) nebo verbální (slovní řešení situace, interakce). Osvědčené je hraní dle scénáře, který popisuje sociální situaci, související chování a cílové sociální dovednosti, na které se zaměřuje (např. požádání vrstevníků o přepnutí jejich oblíbeného televizního programu). Scénář může být doplněn hracími kartami s podrobným popisem chování a žádoucích reakcí pro danou roli. Hraní rolí může být také součástí deskové hry, při níž se hází kostkou a hrací plocha obsahuje body, na nichž dochází k nácviku dovedností. Nicméně, je třeba mít na paměti, že nácvik v umělých podmínkách není tak efektivní jako v podmínkách běžných nebo blízkých se běžným situacím.

Zpětná vazba – při ní využíváme **pozitivní posilování** za účelem snížení frekvence negativního chování a zpevnění žádoucích projevů v jejich chování. Pokud není určité chování odměňováno, vymizí (vyhasínání je součástí operantního podmiňování). Způsob odměny je vhodné předem domluvit, může jít např. o pozornost, pochvalu, bodový systém. Jestliže jedinec jedná nežádoucím způsobem, nesmí mu okolí poskytnout očekávanou odměnu (Atkinson, R. L., 2002; Ondráček, P., 2003). Na závěr zpětné vazby je třeba dítěti konstruktivně doporučit, co by šlo ještě zlepšit.

Posilování rozlišovacích dovedností je založeno na principu řízení podnětu, kdy je chování (dovednost) posilováno pouze v přítomnosti určitého stimulu, ale v přítomnosti jiného stimulu posilováno není. Dítě se tak naučí diferencovat situace, ve kterých lze konkrétní chování použít, a ve kterých ne. Posilování rozlišovacích dovedností se zaměřuje na obecné rozlišení chování, na drobné nuance v chování a na diferenciaci nekompatibilního chování (např. dohodnutí se s ostatními je neslučitelné s hádáním se s ostatními, požádání o půjčení hračky je neslučitelné

s praním se o hračku). Naučení se diskriminaci (rozlišení) je mnohem snazší než dosáhnouti generalizace dovednosti.

Domácí úkol podněcuje k opakování (a zvědomování postupů) v reálných situacích. Při zadávání úkolu je vhodné popsat instrukce na kartu. O provedení si jedinci na danou kartu zapíší záznam, který přinášejí ve formě scénáře na další setkání skupiny (Praško, J., Kosová, J., 1998; Spence, S. H., 2003). Díky tomu je možné sledovat vývoj, identifikovat problematicky realizované dovednosti a zároveň predikovat další rozvoj (a obsah budoucích lekcí). Vhodné je, když jsou do tréninku zapojeni vrstevníci, rodiče a pedagogičtí i nepedagogičtí pracovníci zařízení, to však vyžaduje jejich specifický trénink v metodách koučování sociálních dovedností, aby poskytovali zpětnou vazbu a posilovali vhodné reakce. Snižuje se tím riziko, že by mohly být sociální dovednosti dítěte ignorovány, nebo dokonce trestány (Spence, S. H., 2003).

Vyjednávání či konstruktivní hádka jsou metody řešení nevhodného chování, které demonstrují pozitivní model řešení problémů. Stimulují k aktivnímu přístupu na participaci řešení problému, stanovování pravidel, umožňují nacházení alternativních řešení (Janský, P., 2004).

Expozice je behaviorální technika, na jejímž základě je jedinec systematicky veden k tomu, aby se pozvolna vystavoval situacím, kterých se obává. Rozlišuje se expozice přímá nebo nepřímá. Při přímé expozici je jedinec vystavován reálným podnětům, při nepřímé je konfrontován s představami (symboly) nepříjemně prožívaných podnětů (Lane, K. L., Gresham, F. M., O'Shaughnessy, T. E. et al., 2002). Obdobně lze aplikovat logoterapeutickou techniku **paradoxní intence** (Frankl, V. E., 1997), která odbourává úzkost ze selhání, např. při sociálním kontaktu. Jde o opačnou formulaci přání humorným způsobem, který umožňuje sebedistanci a náhled (strach ze zakotnutí při seznámení může být reformulován jako podnět k seznámení).

Ve všech metodách a programech rozvoje je třeba dodržet *princip posloupnosti*, tj. postup od jednoduchého k obtížnějšímu, který zajistí, aby se ukotvily bazální dovednosti, na nichž budou moci stát dovednosti komplikovanější. Začínat by se mělo od neverbálních projevů (mimika, gestika, proxemika, postulika), přes naslouchání, zpětnou vazbu a prosby, podávání a přijímání kritiky, až k asertivnímu chování v komplexních situacích. Sociální dovednosti lze nacvičovat jak individuálně, tak skupinově (doporučují se malé skupinky o třech až devíti členech). Skupinový nácvik shledává Praško, Kosová (1998) jako efektivnější, neboť lze využít skupinové dynamiky k rozvoji individuality dítěte i rozvoji skupinové koheze. Nácvik musí probíhat v malých postupných krocích (díl-

cích fázích), doporučuje se dodržovat styl „málo a často“. Po ukotvení dovednosti je možné postoupit k dalšímu cíli (tréninku další dovednosti). Platí, že délka tréninku sociální kompetence je pro každého jednotlivce individuální, záleží zejm. na charakteru a rozsahu deficitu sociálních dovedností a na rychlosti sociálního učení. Odborníci se shodují, že prvotní zlepšení přicházejí přibližně po 8 až 12 lekcích (přičemž jedna lekce je v rozsahu 45 minut cíleného nácviku).

4.2.1 Vybrané příklady zahraničních programů rozvoje sociálních dovedností

Nácvik sociálních dovedností probíhá prostřednictvím různých intervenčních programů. Vědecky verifikovaných a průběžně evaluovaných programů pro rozvoj sociálních dovedností různých cílových skupin existuje v zahraničí (oproti České republice) nespočet. Při výběru zahraničních programů rozvoje sociálních dovedností jsme akcentovali ty, jejichž efektivita prošla opakovaným výzkumným ověřením.

4.2.1.1 Přípravný program rozvoje prosociálních dovedností

Přípravný program rozvoje prosociálních dovedností (The Prepare Curriculum) je psychoedukační skupinový program intervence vyvinutý Goldsteinem (1999). Zaměřuje se na rozvoj několika základních trsů sociálních dovedností, především u dětí s poruchami chování (blíže tab. 19), a to v šesti pokročilostech (tab. 20):

- **Zvládání agrese** obsahuje facilitaci prosociálních dovedností v těchto čtyřech krocích: a) modelování, b) hraní rolí, c) zpětná vazba, d) generalizace (vzdělávací transfer). Dále se zaměřuje na rozvoj sociální percepce, sebekontroly a morálního usuzování.
- **Zvládání stresu** zahrnuje trénink zvládání stresových situací, nácvik řešení problémových situací, doplňující podpůrné modely chování (tj. vyhledávání a identifikace se žádoucími vzory chování).
- **Oslabování předsudků** se zaměřuje na rozvoj empatie, kooperace, porozumění a schopnost týmového chování.

Kurikulum přípravného programu rozvoje sociálních dovedností			
Oblast rozvoje	Agrese	Stres	Předsudky
Chování	Výuka prosociálních dovedností a trénink sociální percepce	Doplňující podpůrné modely chování	Rozvoj kooperace
Emoce	Rozvoj sebekontroly	Trénink zvládání stresových situací	Rozvoj empatie
Kognice	Podpora morálního usuzování	Nácvik řešení problémových situací	Rozvoj porozumění a schopnost týmového chování

Tabulka 19 | Kurikulum přípravného programu rozvoje sociálních dovedností (Goldstein, A. P., 1999)

Skupina	Pokročilost	Konkrétní dovednosti
I.	Základní sociální dovednosti	■ naslouchání ■ zahájení konverzace, kontaktu ■ udržení konverzace ■ kladení otázek ■ dávání odpovědí ■ poděkování ■ představení sebe sama ■ představení druhých lidí ■ dovednost pochválit druhé lidi, říct kompliment
II.	Pokročilé sociální dovednosti	■ požádání o pomoc ■ připojení se k (př. ke konverzaci, k činnosti skupiny atd.) ■ dávání instrukcí ■ následování instrukcí ■ dovednost omluvit se ■ přesvědčit druhé
III.	Dovednosti pro zacházení s emocemi	■ rozpoznání svých emocí (vč. jejich pojmenování) ■ vyjadřování svých emocí ■ porozumění pocitům druhých ■ zacházení s lidmi, kteří projevují hněv, zlost ■ vyjadřování sympatie a náklonnosti ■ zacházení se strachem (úzkostmi) ■ sebehodnocení

Skupina	Pokročilost	Konkrétní dovednosti
IV.	Dovednosti nahrazující agresi	- požádat o svolení - sdílení - pomáhat druhým - domlouvání, vyjednávání - používání sebeovládání, sebekontroly - postavit se za svá práva - reagování na provokující chování - vyhýbání se problémům s druhými - držet se dál od bitek a hádek
V.	Dovednosti pro zvládání stresu	- asertivně vznést stížnost, nespokojenost - asertivně odpovědět na stížnost - mít sportovního ducha (dovednost prohrávat, hrát fair) - zacházet s rozpaky a studem - zacházení se samotou a pocity vyčlenění - postavit se za své přátele - reakce na přesvědčování - reakce na selhání - zacházení s protichůdnými zprávami, informacemi - zacházení s obviněním, nařčením - připravenost na obtížnou konverzaci - vyrovnávání se s tlakem skupiny
VI.	Dovednosti k plánování	- rozhodování o tom, co budu dělat - povědomí o tom, co způsobuje problémy - nastavení cílů - vědomí svých možností a schopností - shromažďování a zjišťování informací - uspořádání problémů dle důležitosti (priorit) - rozhodnost (učinit rozhodnutí) - soustředění se na úkol a jeho splnění

Tabulka 20 | Rozvoj prosociálních dovedností od předškolního věku do adolescence (Goldstein, A. P., 1999)

Kurikulum programu je tvořeno deseti lekcemi, které zahrnují různorodé techniky nácviku výše uvedených trsů sociálních dovedností (např. hry, hraní rolí, čtení, poslech, kreslení, diskuze, relaxace aj). Významnou součástí je *vzdělávací transfer* procvičování dovedností v různých prostředích (doma, v zařízení pro výkon ÚV, OV, ve společnosti, ve škole), jehož prostřednictvím dochází k efektivnější generalizaci osvojených dovedností.

Proces nácviku sociálních dovedností Goldstein (1999) diferencuje do devíti kroků:

1. **Deskripce žádoucí sociální dovednosti** – v rámci skupinové diskuse se pojmenuje dovednost, která bude u jednotlivých členů aktuálně nacvi-

čována, u někoho to může být uvolněné projevoování emocí, u jiného zdrženlivé ovládání emocí (Kratochvíl, S., 2009).

2. **Diskuse o významu dané sociální dovednosti** – v jejím rámci probíhá zdůvodnění potřeby a zvědomění využitelnosti konkrétní sociální dovednosti na konkrétních příkladech z běžného života.
3. **Model dovednosti** – instruktor (trenér, pedagogický pracovník) předvádí sociální dovednost v rámci hraní rolí (model žádoucího sociálního chování).
4. **Výběr herců** a rozdělení rolí. Nejprve se určí role hlavního aktéra, který si k sobě vybere spoluhráče pro dialog. Každý se postupně vystřídá ve všech rolích.
5. **Nastavení hraní rolí**
 - a. Instruktor popíše situaci a znovu pojmenuje nacvičované dovednosti.
 - b. Nastavení podpůrné atmosféry ve skupině – zejm. pomoc úzkostným dětem/mladistvým odbourat strach z hraní role (podrobné instrukce).
 - c. Instruktor zprostředkovává transfer do reálného života.
6. **Chování a pravidla při hraní rolí** – instruktor připomíná všem členům jejich role a odpovědnosti, kontroluje pravidla, dává průběžnou zpětnou vazbu, ostatní skupina (pozorující) dostává jasné instrukce, co má sledovat (držení těla, tón hlasu, obsah sdělení apod.). Goldstein (1999) nedoporučuje, aby byl instruktor součástí hraní rolí, jeho stěžejním úkolem je mediovat proces nácviku (včetně případných konfliktů) a pozorovat tento proces, aby mohl účastníkům poskytovat zpětnou vazbu.
7. **Poskytnutí zpětné vazby** – doporučuje se dodržet následující pořadí při vyjadřování reakcí a komentářů:
 - a. Spoluhráč – sdělení pocitů, reakcí
 - b. Pozorovatelé – zdůraznění konkrétních momentů, relevantních informací
 - c. Instruktor – důraz na posílení pozitivních momentů
 - d. Hlavní aktér – pocity, sebehodnocení a reflexe zpětné vazby ostatních
8. **Žkousení v reálném životě** – poté, co hlavní aktéři úspěšně zvládnou dovednost v rámci hraní rolí, jsou vyzváni, aby dovednost trénovali v běžných situacích (domácí úkoly).
9. **Volba nového pořadí hráčů** – hlavních a vedlejších herců.

Goldstein (1999) uvádí, že je možné se sociálním dovednostem naučit, stejně jako všem akademickým dovednostem, a to pomocí systematického přístupu.

4.2.1.2 Systém cíleného intervenčního tréninku sociálních dovedností (TSD)

Trénink sociálních dovedností u dětí a mladistvých s poruchami chování a emocí (dále také jako TSD či Trénink), rozvinula výzkumnice Spence (2003) pro děti a mladistvé ve věku 7 až 18 let. Trénink a jeho efektivita je empiricky verifikována na cílové skupiny dětí s poruchami řízeného chování (Spence, S. H., Marzillier, J. S., 1979, 1981) a u dětí sociálně úzkostných (Spence, S. H., Donovan, C., Brechman-Toussaint, M., 1999). Trénink je zacílen na zvýšení schopnosti užívání vhodného sociálního chování důležitého pro dosahování úspěchu v sociálních situacích. Program je zaměřen na procvičování senzitivity sociální percepce a interpretace sociálních situací, stejně jako posilování sociálních dovedností, žádoucího chování a řešení interpersonálních problémů. Efektivní sociální chování *snižuje obrany a konkurenční problémové chování, stejně jako podporuje kognitivní restrukturalizaci stereotypních vzorců chování, autoregulaci a management svého chování v neobvyklých situacích*. Výzkumy potvrzují, že TSD je multifunkční metoda efektivní pro zvýšení dílčích sociálních dovedností u dětí s poruchami chování a emocí, neumožňuje však signifikantní a trvalé změny v psychopatologii poruchy chování. TSD je možné vnímat jako cenný terapeutický systém, nelze jej však zaměňovat s mocným všelékem. Funkčnost TSD je posílena, pokud je integrován do širšího systému (kognitivně behaviorální) intervence. Spence (2003) zdůrazňuje nutnost komplexního hodnocení úrovně sociálních deficitů dítěte, přičemž vychází z diferenciací Greshama (1997). Na základě identifikovaných oblastí stanovuje konkrétní podobu tréninku. Trénink zahrnuje následující komponenty (Spence, S. H., 2003):

- *Trénink sociálně způsobilého chování* obsahuje instrukce (pokyny), diskuse, modelové situace, hraní rolí (opakování), zpětná vazba a posilování vhodných způsobů reagování (zpevňování). Rozvíjí verbální i neverbální dovednosti.
- *Trénink sociální percepce* je považován za základní komponentu TSD. Zaměřuje se na správnou a přesnou interpretaci sociálních podnětů v jejich sociálním kontextu, což umožňuje identifikaci sociálního problému a vyhodnocení jeho zvládnutí (nastavení sociálního chování tak, aby byla sociální situace zvládnuta žádoucím způsobem). Zahrnuje monitorování (sledování), diskriminaci (rozlišování) a identifikaci podnětů týkajících se 1) vlastních pocitů a citových stavů, 2) pocitů a citových stavů druhých lidí, 3) charakteristik, vlastností a sociálních rolí ve specifických sociálních kontextech a situacích. Trénink sociální percepce

může probíhat jako diskuse o napsaném, obrazovém (fotografie, obraz) či audiovizuálním ilustračním podnětu, zachycujícím určitou sociální situaci.

- ***Techniky sebezvoje (učení) a sebeřízení (kontroly)*** rozvíjejí vnitřní řeč, posilují pozitivní momenty v chování a úspěšné zvládnutí sociální situace (motivační aspekt).
- ***Řešení sociálních problémů*** se soustředí na identifikaci problému, hledání alternativních řešení, anticipaci důsledků, výběr a plánování vhodných odpovědí (reakcí).
- ***Redukce soupeřivých, blokuujících a nevhodných sociálních reakcí*** procvičuje management chování v „nouzových“ situacích, relaxační techniky, kognitivní restrukturalizace problému a trénink rodičů (rodinného systému).

Uvedené zahraniční příklady cíleného tréninku sociálních dovedností považujeme za inspirativní i pro prostředí náhradní výchovné péče. Pro dosažení efektivních výsledků se však předpokládá odborná aplikace. Z tohoto důvodu považujeme za důležité, aby došlo k rozšíření nabídky dalšího vzdělávání pro pedagogické pracovníky v zařízeních pro výkon ÚV, OV v metodách rozvoje sociálních dovedností.

Pro rozvoj sociálních dovedností v NVP lze využívat kromě cíleného tréninku dalších postupů, které poskytují příležitost pro jejich systematickou podporu. Patří k nim např. komunitní principy práce, formativní hodnocení a individuální plánování. Vzhledem k jejich specifčnosti se jim budeme věnovat v následujících kapitolách.

4.3 Komunitní a skupinové principy práce

Osvědčený model péče NVP, v jehož rámci dochází k implicitnímu i cílenému rozvoji sociálních dovedností, je přístup využívající *prvky komunitní a skupinové práce*. Tento model vychází z psychoterapeutického pojetí komunity jako skupiny, která poskytuje modelové situace k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a emocí. Při každodenním soužití dochází k vzájemným interakcím a konfliktům, které poskytují prostor pro poznání svého podílu na vytváření, či udržování konfliktů a současně se v tomto prostoru lze naučit novým, diferencovanějším a přizpůsobivějším formám chování (Kratochvíl, S., 2009). Komunitní systém je možné chápat v užším smyslu jako psychoterapeutickou metodu (popsanou výše) a v širším smyslu jako sociální a organizační systém péče (Kalina, K., 2008) či styl práce (Kra-

tochvíl, S., 2009), který lze snadno aplikovat i v zařízeních institucionální výchovy. De Leon (2000) nazývá komunitu, která pracuje s cílovou skupinou dětí a adolescentů s poruchami chování a narušeným psychosociálním vývojem, jako demokratickou terapeutickou komunitu.

Komunitní systém péče podporuje všestranně otevřenou komunikaci (Kra-tochvíl, S., 2009) a předpokládá jasně deklarovaná a evaluovaná práva a povinnosti každého jedince (Janský, P., 2004). Na rozhodování i procesu podpory a péče se podílejí všichni zúčastnění – pedagogičtí pracovníci i samotné děti a mladiství, kteří se tak učí chápat a přijímat odpovědnost za vlastní chování, a to ve vztahu k sobě, jednotlivým členům skupiny i skupině jako celku. Tento způsob práce rozvíjí a kultivuje sociální komunikaci mezi všemi členy skupiny (komunity), tedy jak mezi vrstevníky navzájem, tak i ve vztahu k dospělým. Dospělé osoby, tj. pedagogičtí pracovníci, nejsou ve skupinovém (komunitním) systému v postavení formálně nadřazené autority, opírající se pouze o vnější kázeň, neboť komunitní principy stojí v opozici k hierarchicko-autoritativnímu uspořádání péče a komunikace. V rámci procesu naslouchání mají členové skupiny možnost získat pohled druhých lidí na stejnou věc, tj. konfrontovat vlastní subjektivní vnímání reality s pohledy ostatních členů skupiny (komunity). Tím vytváří prostor pro empatii a získání náhledu. Záměrem je navodit atmosféru se silným pozitivním emočním klimatem prostřednictvím skupinové dynamiky, která bude působit jako stimul pro cílenou psychosociální změnu jedince, včetně kognitivní restrukturalizace a nácviku repertoáru žádoucího chování. Důležitým principem je prožitek a schopnost prostřednictvím skupinových procesů ovlivňovat interpersonální vlastnosti jedince. Sociální prostředí komunity se vyznačuje organizovaností, strukturou a bezpečím (Kalina, K., 2008). Terapeutický potenciál komunitního systému v zařízeních institucionální výchovy spočívá v každodenním společném životě, neboť prožívání a chování jednotlivců, jejich vypořádávání se s pravidly, organizační strukturou a soužitím s ostatními členy se stávají základním výchovně terapeutickým materiálem.

Základní platformou komunitního systému je komunitní sezení a skupinová setkání (ta nabývají buď charakteru nácvikového či podpůrného). **Komunitní sezení** je pravidelným setkáním všech participantů péče – dětí a mladistvých i pedagogického personálu, na kterém se (přiměřeně věku dětí) diskutuje řízení a organizace, činnosti a procesy v komunitě, což podporuje otevřenost, sdílení, spoluzodpovědnost a korektivní zkušenost. Sezení může dále zahrnovat terapeutické, tréninkové a relaxační techniky. V zařízeních pro výkon ÚV, OV také zpravidla implikuje hodnotící dimenzi formou zpětnovazebních reakcí. Frekvence komunitních sezení je různorodá, od každodenního setkávání po týdenní interval, významné je však pevné a pravidelné ukotvení v časovém harmonogramu. **Tréninkové (výcvikové) skupiny** se zaměřují na rozvoj

určitých dovedností, typů interakcí a způsobů chování nebo na zpracování aktuálně významných témat a problémů (s akcentem na behaviorální aspekt). Otvírání témat prostřednictvím technik nesmí způsobit hluboký intrapsychický problém či trauma, případně nesmí zůstat bez ošetření. Je třeba umět s technikami dobře zacházet, aby práce ve skupině nebyla pro děti a mladistvé ohrožující. Techniky musí být používány s respektem vůči charakteru tréninkové skupiny. V každém případě však nesmí být opomíjen význam bezpečného prostředí. Není výjimkou, že v rámci tréninkových skupin je aplikován sociálně psychologický trénink osvojování nových forem chování a sociálních dovedností, jenž je často syčen psychoterapeutickými prvky, zdůrazňujícími zážitkovou složku více než nácvikovou (Hermochová, S., 1991). Nejedná se však o psychoterapii, neboť trénink není založen na odstranění kauzálních symptomů, ale jedná se o posílení sociální kompetence (Labáth, V a kol., 2001). V tréninkových skupinách se uplatňuje systematicky plánovaný nácvik způsobů socializace pomocí různých řízených postupů, jako je hraní rolí, psychodrama, vyjadřování emocí, sebeprosazení (nácvik asertivity, konstruktivní hádky), nácvik sebeovládání atp. Možnost vyzkoušení si v bezpečném prostředí komunity různé typy chování vede k rozšíření rejstříku rolí, dovedností vedoucích k překonání nefunkčních stereotypů a rigidity v reakcích i postojích (Kalina, K., 2008). **Podpůrné (terapeutické) skupiny** jsou více zaměřeny na odkrývání skutečných pocitů a psychologických potřeb dítěte. Realizátorem musí být kvalifikovaný terapeut. Ve školském prostředí je častější náplní těchto skupin rozvoj osobnosti než její restrukturalizace. Cílem podpůrných skupin je poskytnutí porozumění, facilitace důvěry v sebe sama a mobilizace vlastních zdrojů při zvládnutí zátěžových situací. Prioritou podpůrných terapeutických skupin je bezpečné prostředí, v němž je vymezen pevný rámec pravidel, ale zároveň zůstává prostor pro toleranci a zvládnutí klientova opakovaného testování důvěry a pevnosti vztahů. Blíže se tématem terapeutických skupin, jejich vedením i výzkumem, zabývají autoři Yalom, Leszcz (2007) a Kratochvíl (2009).

V průběhu pobytu v (demokratické) terapeutické komunitě působí léčebné principy aktualizující jednotlivé etapy socializace v rodině. V jejím průběhu jsou tedy aktualizována, případně korigována či rekonstituována vývojová selhání v těchto oblastech: *attachment* (bazální vazba), *containment* (kontejnování), který se vyznačuje schopností obsáhnout a ohraničit své prožívání, zpracovat je, vyznat se v něm a přiměřeně je vyjadřovat, díky čemuž je umožněna integrita Já. Dalšími principy je komunikace, zapojení a vědomé jednání (Campling, P., Haigh, R., 1999). Systematizaci teoretických principů komunity zachycuje tab. 22.

Teoretický princip	Původ v individuálním vývoji	Aspekty terapeutické komunity	Nástroje rozvoje
Attachment	primární vazba, vztahování se, ztráty a růst	sounáležitost, koheze	doporučování, připojování, odcházení
Containment prožívání	mateřské a otcovské hranice a obsahování (kontejnování)	bezpečí	podpora, pravidla, hranice, struktura a řád, korektivní emoční zkušenost
Komunikace	hra, řeč, sebeexplorace	otevřenost	návštěvníci, skupiny a podskupiny, komunikační klima
Zapojení	nacházení místa mezi ostatními	zážitkové učení, sociální učení	komunitní setkání (struktura a obsah), univerzalita
Chování a jednání	ustavení vlastního Já jako východiska pro vlastní aktivitu	vědomí sebe sama	rozhodování, zodpovědnost, zkušenost, rozvoj sociálních dovedností

Tabulka 21 | Principy působení (demokratické) terapeutické komunity (Campling, P., Haigh, R., 1999; Yalom, I. D., Leszcz, M., 2007; Vymětal, J. a kol., 2007)

Aplikace prvků komunitního systému do školských zařízení institucionální výchovy implikuje ale i rizikové aspekty. Prvním z nich je *dosažení jednotného přístupu všech pedagogických pracovníků podílejících se na činnosti komunity*. To předpokládá sladěnost v kooperaci pracovníků zařízení. Jednotný systém pravidel, požadavků i hodnocení dětí, včetně konzistence a důslednosti aplikace těchto principů vytváří srozumitelné, spravedlivé, a tudíž i bezpečné prostředí. Konzistentní aplikace principů nedovoluje dětem od důsledků svého chování utíkat, rozvíjí jejich sebekontrolu a anticipaci chování. Je tak účinnou metodou sociálního učení (Bačová, V. ed., 2008). Druhým rizikovým aspektem je *dosta-tečně senzitivně individualizovat přístup i konkrétní nároky vůči jednotlivcům*, odrážející se v hodnocení, včetně jeho důsledků. Aby diferencovaný přístup nebyl vnímán komunitou jako diskriminační, je třeba obecně platné požadavky transparentně deklarovat a opakovaně zveřejňovat, případně o nich diskutovat a podávat jasné argumenty. Rozhodnutí vzbuzující pocity nespravedlnosti je třeba důsledně vysvětlovat (Běhounková, L., 2007). Vhodné je také pro zvýšení transparentnosti individuálního přístupu seznámit výchovnou skupinu s prioritními cíli rozvoje jednotlivých členů skupiny. Třetím rizikovým aspektem je *vnímání komunity jako homogenního celku*. Uvnitř zdravé komunity se vytvářejí koalice, vzniká opozice a existuje diverzita. Ve skupinách, kde členové nedisponují zdravým sebepojetím, se setkáváme se zvýšeným rizikem výskytu skupinového myšlení, konformity. Čtvrtým rizikovým aspektem může být *po-*

silování skupinové identity, které vede ke zvýšení napětí mezi odlišnými skupinami (Janský, P., 2004; Sekera, J., 2008). Důležité je vytvořit komunitu jako skupinu založenou na důvěře, otevřenosti, akceptaci, spolupráci a porozumění.

Základním předpokladem pro úspěšnou aplikaci komunitních principů v zařízeních NVP je otevřená a partnerská komunikace mezi členy týmu, jeho pravidelná intervize a supervize (*Metodický pokyn k poskytování supervize ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a ve školských zařízeních preventivně výchovné péče*).

4.4 Formativní hodnocení

Pro rozvoj sociálních dovedností může být využit proces hodnocení, který je každodenní neoddelitelnou součástí sociálně rehabilitačního procesu v NVP. Smyslem hodnocení není klasifikace (roztřídění) zvládnutí či nezvládnutí určité sumy obsahů a odhalování slabých míst dětí a mladistvých, ale diagnostika míry zvládnutí různých oblastí vzdělávání (akademické, sociální, dovednostní), zpětná vazba, motivace a inspirace pro zaměření chování či zacílení jeho korekce (Petty, G., 2008). Rizikovým aspektem hodnocení chování (či školního výkonu) ve školním prostředí je jeho objektivita, která může být ovlivněna sympatiemi (či antipatiemi) pedagogického pracovníka k dítěti. Helus (2004) upozorňuje na výzkumně ověřenou premisu, že ti jedinci, kteří bývají dlouhodobě podhodnocováni, snižují své aspirační cíle v celkovém přístupu k vlastnímu vzdělávání. Z pohledu životní perspektivy je podhodnocování demotivující, kdežto nadhodnocování může mít povzbuzující, motivační charakter. Ale pouze za předpokladu, že aspirační cíle sahají jen mírně nad možnosti jedince danými jeho nadáním, přílišný rozdíl by snižoval motivaci a efektivitu jeho snažení (Vojtová, V., 2010). Výzkumy OECD (2005b) potvrzují, že efektivní hodnocení je takové, které má pro dítě dostatečnou informační hodnotu. Pro naplnění tohoto hlediska musí implikovat kritéria jasnosti a srozumitelnosti, musí mít spíše formativní (průběžný, zpětnovazební) než sumativní (finální, souhrnný) charakter, orientuje se na využití principu sebehodnocení a podílení se na hodnocení (možnost vyjádřit se k hodnocení), nezaměřuje se na srovnávání (diferenciaci podle výkonu) s ostatními, mělo by vést k posílení vnitřních motivačních složek napomáhajících ke zlepšení budoucích výsledků (možnost zažití úspěchu), k sebeřízení a plánování v procesu učení, včetně stanovování reálných cílů a jejich postupnou realizaci (srov. Helus, Z., 2004; Vojtová, V., 2010). Současně musí hodnocení podle Houšky (2007) uspokojovat zejm. potřeby stimulace (zvědavosti, tvořivé práce) a uznání (ocenění, zájmu o sebe a svůj rozvoj) apod.

Formativní hodnocení je součástí komplexního procesu učení a předchází mu poskytnutí dostatku informací o tom, jaké dovednosti, znalosti by měly být výstupem procesu učení, předání jasných instrukcí k metodám a techni-

kám nácviku, ponechání dostatku času na zpevňování, vysvětlení chybných postupů, tj. proč dítě neuspělo, jak opravit chyby či zdokonalit žádoucí dovednosti. Proces učení, rozvoje se tak stává transparentnější. Podle individuálních potřeb je poskytován dostatek času na opravování a nácvik. Významnou složkou formativního hodnocení tvoří *sebehodnocení*, tj. vědomí svých silných a slabých stránek a na jeho základě stanovení svých cílů. Součástí sebehodnocení je sebereflexe, která umožňuje k vytvoření náhledu na příčiny svého úspěchu či neúspěchu. Sebehodnocení je doplňováno komentářem pedagogického pracovníka, který koriguje míru reálnosti aspirační úrovně a charakter role, kterou v sociální síti dítě přijímá (např. ve smyslu podpory identifikace s kladnými vzory). Pro sebehodnocení dětí a mladistvých je důležité stanovení reálných cílů a znalost postupu plánování dílčích kroků k jejich naplnění, k tomuto účelu je vhodné využívat tzv. model SMART (Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., 2002). *SMART* je akronym slov, která vystihují vlastnosti, jaké by měly mít správně stanovené cíle:

Specifičnost (specific),

Měřitelnost (measurable),

Atraktivita a dosažitelnost/Akceptovatelnost (attainable, acceptable),

Relevance/Realističnost (results-based, relevant, realistic),

Termínovanost (time-bound).

Specifičnost cíle znamená jeho konkrétní a přesné pojmenování a definování konkrétních výstupů, kterých chce jedinec dosáhnout. **Měřitelnost** vyjadřuje možnost ověření výsledku, případně míru splnění cíle. **Atraktivita a dosažitelnost/Akceptovatelnost** cíle vychází z přiměřené náročnosti, která musí být výzvou, nikoliv odrazujícím úkolem. **Relevance/Realističnost** cíle (dílčího kroku) je vztažena k účelnosti, tj. přiblíží jedince k obecnějšímu cíli. **Termínovanost** vyjadřuje ukotvení v čase, které je důležité pro motivaci jedince i organizaci (rozkrokování) postupu dosažení cíle (Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., 2002; O'Neill, J., Conzemius, A., 2001).

V rámci formativního hodnocení je podtrhováno oceňování a pozitivní způsoby hodnocení, tj. orientace na úspěch (nikoliv na chybu). Aby hodnocení plnilo poznávací, informativní (zpětnovazebnou), motivační a korektivní funkci, je třeba užívat popisného jazyka, který se vyvaruje posuzovacích stanovisek s pozitivní či negativní konotací (což ale neznamená upuštění od popisu nedostatků). K efektivním metodám pozitivně orientovaného hodnocení patří např. psaní deníků, vedení portfolií, tj. záznamů (charakteristik) o procesu učení, či tzv. „soupisy úspěchů“.

OECD (2005b) považuje formativní hodnocení za vysoce efektivní nástroj rozvoje osobnosti žáků (jejich potencialit, dovedností, schopností) a kultivace

jejich strategií učení a chování. Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání na základě dlouhodobého mezinárodního výzkumu konstatovala, že formativní hodnocení představuje vhodný nástroj pro inkluzivní hodnocení, které podporuje žáka v poznávání vlastních vzdělávacích strategií a motivuje jej k dalšímu seberozvoji a sebepoznávání (Watkins, A. ed., 2007).

4.5 Individuální plánování (case management)

Zákon č. 109/2002 Sb. ukládá zařízením náhradní výchovné péče zpracovávat pro každé jednotlivé dítě *program rozvoje osobnosti a dále roční plán výchovně vzdělávací činnosti a týdenní program výchovně vzdělávací činnosti*. V jeho rámci by měl být rozpracován mimo jiné i rozvoj sociálních dovedností konkrétního dítěte. Tato dokumentace podléhá kontrole České školní inspekce (ČŠI), ta však hodnotí formální existenci dokumentace, nikoliv jejich kvalitu, ani výsledky jejich realizace v praxi (zde se opět ukazuje naléhavost zavedení standardů kvality poskytovaných služeb v zařízeních institucionální výchovy). Uvědomujeme si, že naplňování individuálního přístupu v zařízeních institucionální výchovy je za stávajících personálně organizačních podmínek více než problematické, jak dokládají aktuální výzkumy Sekery J. (2008) a Sekery O. (2009). Toto zjištění je alarmující, vzhledem k tomu, že stanovení a realizace individuálního plánu rozvoje u dětí umístěných v zařízeních institucionální výchovy je třeba vnímat jako klíčový moment výchovně terapeutického procesu (Standardy Q4C, 2007). Jeho cílem je vybudování účinného vztahu a v návaznosti na něj zajistit pro dítě podporu, která v sobě bude spojovat výchovné, terapeutické i sociální přístupy. Tím se zlepší příležitost dítěte či mladistvého pro vstup do samostatného života, společnosti, získání práce a následně i kvalita jeho života.

Individuální plánování (case management) zahrnuje tři základní úkoly. Prvním je podrobné posouzení současného stavu jedince v bio-psycho-sociálním kontextu, tj. detailní deskripce životní linie jedince v kontextu sociálních systémů (sociální pole rodiny, sociální síť). V praxi to znamená, že koordinátor podpory a péče – *klíčový pracovník (case manager)* by měl mít přehled nejen o potřebách a potencialitách dítěte, ale měl by mít povědomí o potencialitách sociální opory v jeho okolí. Vzhledem k tomu, že porucha chování se utváří dlouhodobě s kumulativním efektem problémů, je důležitým bodem první fáze hierarchizace problémů, které je třeba aktuálně řešit (popis identifikace problému blíže rozpracováváme v kapitole 2.4.1). Dalším úkolem individuálního plánování je navržení dostupných služeb s identifikovanými potřebami klienta a vydefinování cílového stavu, který by měl nastat po určité době. Výstupem této fáze je tzv. individuální plán podpory a péče, na jehož tvorbě by se mělo aktivně podílet samo dítě ve spolupráci s klíčovým pracovníkem, dalšími participujícími pracovníky, a pokud je to možné, tak i s rodinou dítěte. Třetím

úkolem je realizace individuálního plánu, jehož součástí musí být zaznamenávání uskutečněných kroků a jejich dopadu. Sledování realizovaných kroků a jejich výsledků slouží k vyhodnocení efektivity plánu a jeho periodické revizi (Standardy Q4C, 2007).

Individuální plán by měl obsahovat základní informace o dítěti (včetně důležitých kontaktů), základní informace o osobách a organizacích participujících na péči (včetně kontaktů), souhrn potřeb dítěte v různých oblastech a možnosti jejich uspokojování, vytyčení priorit rozvoje, definice krátkodobých dílů (v horizontu 3 až 6 měsíců) a indikátorů jejich plnění, přehled plánovaných služeb, postupů, opatření, přehled osob zodpovídajících za jejich plnění (určení klíčového pracovníka apod.), popis procesu evaluace a cyklické revize, přehled rizik a jejich zvládnutí (Matoušek, O., Pazlarová, H., 2008).

Vzhledem ke specifikům cílové skupiny ohrožených dětí v zařízeních institucionální výchovy je třeba respektovat při individuálním plánování následující principy (Matoušek, O., Pazlarová, H., Baldová, L., 2008; Matoušek, O., Pazlarová, H., 2010):

- **Princip normalizace**, který akcentuje maximální snahu o přiblížení přirozeným podmínkám jedince bez ohrožení (rizika). V podstatě se jedná o to, jak by měl systém péče o ohrožené dítě doplňovat, kompenzovat, případně regulovat vliv jeho rodiny. Optimální míru a povahu kontaktu dítěte s biologickou rodinou je nutno posuzovat bez předsudků a s ohledem na nejvyšší zájem dítěte.
- **Princip aktivní účasti dítěte na tvorbě plánu**, a pokud je to možné, pak i participace blízkých osob.
- **Princip spolupráce všech zúčastněných osob**, přičemž musí být dopředu definované role a odpovědnosti.
- **Princip podpory pozitivního potenciálu dítěte** (jeho postojů, vlastností, zájmů, sociálních dovedností).
- **Princip efektivity** zdůrazňuje, že stanovený plán musí být pravidelně hodnocen z hlediska naplňování cílů a upravován vzhledem k měnícím se potřebám dítěte.
- **Princip srozumitelnosti jazyka** je důležitý, aby došlo k porozumění a přijetí cílů i ze strany dítěte a jeho rodiny.

Rizikovým aspektem individuálního plánování je *multidisciplinární spolupráce pracovníků a zajištění její kontinuity*, obojí je do značné míry závislé na osobní angažovanosti participujících pracovníků, ale také na filozofii zařízení. Z hlediska zařízení je důležité, jaké vytváří podmínky pro kvalitní realizaci individuálního plánování, její evaluaci, jaké komunikační strategie podporuje

(podpora otevřené a partnerské komunikace zainteresovaných osob). *Absence kontroly plnění úkolů a nepravdělná či žádná aktualizace plánu* vede k tomu, že se stane pouhým formálním dokumentem ztrácejícím praktický smysl. Individuální plán selhává, jestliže *cíle nejsou definovány na základě modelu SMART* (specifičnost, měřitelnost, akceptovatelnost, realističnost, termínovanost cílů), tzn. že cíle předpokládají způsobilosti nebo zdroje, které nejsou dostupné. Dítě není motivováno, je pasivní, *nepatří v plánu přínos*. Dalším rizikovým momentem je, že do procesu plánování nebyly zapojeny důležité vztahové osoby.

5 Příprava na odchod dítěte z NVP do samostatného života

Odchod dítěte z rodiny, zapříčiněn jakýmkoliv důvody, je vždy náročnou etapou ve všech fázích rodinného životního cyklu (Duvall, E. M., 1957), neboť hluboce zasahuje identitu rodičů, promítá se do rodinné dynamiky a vzťahových konstelací. U mladých dospělých vyrůstajících v zařízeních institucionální výchovy je přirozeně situace v mnoha aspektech odlišná od situace mladých dospělých opouštějících rodinu. Klíčový rozdíl spočívá ve strategii plánování odchodu a přípravy na něj. V rodině tato strategie nabývá více implicitní podoby, mladý dospělý se připravuje na svůj samostatný život průběžně, neorganizovaně, latentně. Zároveň existuje předpoklad, že k osamostatňování v rodině dochází postupně, s dopomocí rodiny (zejména, je-li mladý dospělý studentem připravujícím se na své budoucí povolání v pregraduálním vzdělávání do 26 let). Věk osamostatňování se podle sociologických průzkumů posouvá do vyššího věku po plnoletosti, dle těchto údajů dochází k osamostatnění v průměrném věkovém rozmezí 24 až 27 let, u mužů je udávána spíše horní hranice (Svobodová, K., 2007). Recipročním očekáváním rodičů pak je, že se o ně jejich potomci postarají ve stáří. Tuto domněnku potvrzují ¾ respondentů ve výzkumu Svobodové (2007).

Domníváme se, že v zařízeních institucionální výchovy by měly být veškeré aktivity komprehensivní rehabilitace zacíleny na přípravu dítěte (v každém věku) na jeho budoucí odchod ze zařízení. Příprava na samostatný život se podle našeho názoru dotýká dětí všech věkových skupin v těchto zařízeních. V zahraničních pramenech je tato fáze sociálně rehabilitačního procesu označována jako *příprava na opouštění péče* v zařízeních institucionální výchovy nebo *příprava na odchod* z nich (Rada Evropy, 2010). V českých zemích se spíše používá označení *příprava na vstup do života*, či na samostatný život. Mezi oběma pojmy můžeme vnímat jemný významový rozdíl. Proces „přípravy na opouštění“ zařízení jako by akcentoval přípravu před odchodem a moment přechodu do života, kdežto pojem „příprava na vstup do života“ více zdůrazňuje moment integrace po odchodu. Přestože mezi oběma pojmy vnímáme významovou diferenciaci, zacházíme s nimi v této práci synonymně.

Standardy pro péči o děti mimo domov v Evropě (2007, dále v textu Standardy Q4C) charakterizují proces opouštění zařízení jako *proces osamostatnění nebo návratu do rodiny, který je zaštiťován podporou dosavadního pečovatele*. Cílem je, aby odchod dítěte proběhl co možná nejdříve, ale pouze za předpokladu, že bude připravený, promyšlený, citlivý a s aktivním zapojením dítěte do procesu rozhodování. Standardy Q4C (2007) deklarují, že stěžejním krokem přípravy na vstup do života je důkladné individuální plánování a multidisciplinární spolupráce při její realizaci (blíže viz kapitola 4.5).

Příprava na samostatný život je významná fáze sociálně rehabilitačního procesu v zařízeních NVP a doposud jí nebyl ze strany odborníků věnován dostatek pozornosti. Při jejím bližším prozkoumání vyvstávají otázky, na které se budeme snažit hledat odpovědi dále v textu: Kdy je třeba začít s přípravou na odchod a kdy ji ukončit? Co by tato příprava měla obsahovat, aby dítě/mladého člověka vyladila do života?

5.1 Charakteristika procesu přípravy na odchod dítěte z NVP do samostatného života

Proces změny je ovlivněn vnitřními faktory motivovanými třemi základními motivačními silami: 1) *ohrožení, bolest nebo strach*, 2) *naděje*, 3) *uvědomění* (Satorová, V. et al., 2005). Cílem veškeré podpory a sociální rehabilitace v zařízeních NVP je, aby příprava na opouštění podpory v těchto zařízeních byla pro děti a mladistvé procesem korigovaným vědomými intencemi.

Na základě analyzovaných zdrojů (legislativních i metodických dokumentů, odborné literatury, výzkumných pramenů), vztahujících se k přípravě na odchod ze zařízení institucionální výchovy v ČR a dokumentace externích poskytovatelů programů přípravy na vstup do života, usuzujeme, že příprava u dětí do 15 let je zaměřena více implicitně. Probíhá častěji v rámci výchovně terapeutické činnosti, zacílené na vyrovnávání emočních, intelektových a sociálních deficitů způsobených deprivací a raným narušením attachmentové vazby a v rámci běžného chodu zařízení, který slouží k nácviku praktických, zejm. sebeobslužných dovedností. U mladistvých a mladých dospělých od 15 do 26 let se naopak proces přípravy na vstup do života více aktualizuje, a je tedy ve větší míře specificky zacílen. Takto zaměřené programy rozvoje akcentují osvojování praktických dovedností i znalostí důležitých pro samostatný život.

5.1.1 Legislativní rámec procesu přípravy na vstup do života

Domníváme se, že akcentace přípravy na vstup do života až po dosažení 15 let věku života je způsobena postojem české legislativy k této fázi NVP. Platná legislativa ČR se totiž v otázce přípravy na odchod jedince ze zařízení institucionální výchovy zaměřuje především na specifickou pozici mladistvých a mladých dospělých ve věku od 15 do 26 let, kteří se zaobírají především otázkou budoucího samostatného života. Příprava na odchod u dětí do 15 let věku je popisována spíše jako implicitní součást individuálního plánování rozvoje, než jako svébytný proces s explicitně formulovanými cíli a postupy řešení.

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 109/2002 Sb.) řeší otázku přípravy dětí a mladistvých zejména v kontextu *přípravy na budoucí zaměstnání, z hlediska organizačního zabezpečení ukončení pobytu v zařízení, věcné pomoci při odchodu zletilých ze zařízení a poradenstvím v průběhu a po odchodu ze zařízení*. Zákon č. 109/2002 Sb. stanovuje, že mladý člověk po dosažení 18 let věku může zůstat v zařízení institucionální výchovy, pokud se i po dosažení zletilosti soustavně připravuje na ***budoucí povolání*** a je nezaopatřený. V takovém případě může na základě své žádosti uzavřít se zařízením smlouvu a zařízení mu poskytne plné přímé zaopatření nejdéle však do věku 26 let, a to za podmínek sjednaných ve smlouvě. Mladý dospělý tak může být ubytován v prostorách zařízení, ale i mimo ně (§ 2 odst. 6 a 7 písm. e), § 24 odst. 2 písm. e) až g) a § 24 odst. 5). Statistické údaje však ukazují, že drtivá většina mladých dospělých přesto odchází ze zařízení hned po ukončení plnoletosti. Možnost dobrovolného prodloužení trvání ústavní výchovy až do ukončení přípravy na povolání využilo ve školním roce 2009/10 pouze 5,2 % mladistvých, jedná se tedy o 408 mladistvých z celkového počtu 7878 umístěných dětí a mladistvých v zařízeních pro výkon ÚV, OV všech typů v tomto školním roce (ÚIV, 2010). Bližší informace poskytuje tab. 23.

Nejméně 6 měsíců před propuštěním dítěte (či mladistvého) je ředitel zařízení povinen ***informovat příslušný obecní úřad o nadcházejícím propuštění*** dítěte ze zařízení. Pokud mladý člověk odchází ze zařízení z důvodu zletilosti, je ředitel zařízení povinen umožnit mu jednání se sociálním kurátorem [§ 24 odst. 1 písm. j) – l)]. Přípravy na odchod (respektive nácviku praktických dovedností) se také dotýká ***možnost samostatného cestování*** dětí starších 15 let a přechodného ubytování mimo zařízení u mladistvých s ukončenou povinnou školní docházkou, a to za účelem studia či zaměstnání [§ 23 ods. 1 písm. c) a h)]. Mladý člověk, který po dosažení zletilosti odchází ze zařízení, má ***nárok na věcnou pomoc*** nebo ***jednorázový peněžitý příspěvek*** v hodnotě nejvýše 15 tis. Kč podle své skutečné potřeby v době propouštění a podle hledisek

stanovených vnitřním řádem zařízení (§ 33). Dále zákon č. 109/2002, Sb. deklaruje, že se mladistvému/mladému dospělému ve spolupráci s OSPOD poskytuje *poradenská pomoc* se zajištěním ubytování a práce, a nadále je mu i po opuštění zařízení poskytována poradenská pomoc při řešení tíživých životních situací (§ 33). V otázce poskytování poradenství není však zákonem (ani jiným dokumentem) jasné deklarováno, kdo, jak dlouho a za jakých podmínek bude tuto službu poskytovat.

Zařízení	18 let a více	Z toho dobrovolné prodloužení ÚV, OV	Počty dětí v zařízeních pro výkon ÚV, OV v roce 2009/10	% starších 18 let v jednotlivých typech zařízení pro výkon ÚV, OV
DD	398	349	4704	8,5
DDŠ	10	9	787	1,3
VÚ	103	46	1534	6,7
DÚ	10	4	853	1,7
Celkem	521	408	7878	6,6

Tabulka 22 | Počty mladých dospělých starších 18 let v zařízeních pro výkon ÚV, OV (ÚIV, 2010)

Blíže podmínky přípravy na vstup do života specifikuje *vyhláška č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních* (dále jen *vyhláška č. 438/2006 Sb.*), která uvádí, že v zájmu přípravy na budoucí samostatný život dítěte může být v zařízení zřízena jedna nebo více samostatných *bytových jednotek* pro *ubytování* jednotlivých dětí nebo nejvýše tříčlenné skupiny dětí, jež se připravují na ukončení institucionální výchovy a odchod z NVP. Do těchto bytových jednotek mohou být umístěny děti starší 16 let podle kritérií a za podmínek stanovených vnitřním řádem zařízení (§ 2 odst. 6).

Legislativní ošetření přípravy na odchod ze zařízení institucionální výchovy a ošetření následné podpory postihuje pouze zlomek z celé problematiky. Zevrubnost a neúplnost systémového ukotvení přípravy na odchod dětí a mladistvých z NVP vede k tomu, že míra pomoci dítěti je závislá na možnostech a filozofii jednotlivých zařízení a pracovníků v nich. Konkrétní roli pak hraje vnímání důležitosti procesu přípravy na vstup do života, propracovanost koncepce přípravy dětí na odcházení v praxi, způsob realizace multidisciplinární spolupráce mezi zařízením a dalšími poskytovateli sociálních služeb, regionální dostupnost organizací sociální opory (zejm. organizací realizujících programy rozvoje, přípravy na odchod a následnou podporu pro děti a mladistvé

ze zařízení pro výkon ÚV, OV) apod. S odkazem na 1. kapitolu této studie chceme upozornit na fakt, že procesu přípravy dětí a mladistvých na odchod ze zařízení není z hlediska legislativních a metodických dokumentů věnována dostatečná pozornost. V praxi stále schází standardy kvality práce v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče (dále Standardy kvality práce v ÚV, OV nebo též Standardy), metodika práce s dětmi a mladistvými připravujícími se na samostatný život, stejně tak jako systém podpory a metodických postupů pro zapojení těchto dětí a mladistvých do společnosti. Systémové ošetření těchto fází sociálně rehabilitačního procesu, z hlediska organizace i metodik, nastartoval transformační proces institucionální výchovy, v jehož rámci byly tyto nedostatky pojmenovány (MPSV, 2008a, 2009b; MŠMT, 2009b) a byla započata tvorba Standardů kvality práce v ÚV, OV. V současné době však stále existuje pouze pracovní verze Standardů, která dosud nebyla zpřístupněna široké veřejnosti (MŠMT, 2010). Nutno podotknout, že tvorba Standardů kvality práce v ÚV, OV je pomalu se vyvíjející proces, jehož aplikace do praxe bude vyžadovat vysoké finanční náklady (současné odhady MŠMT se pohybují kolem 40–60 milionů Kč).

Národní zpráva o strategiích sociální opory a sociálního začleňování (MPSV, 2008b) sice deklaruje, že v letech 2008 až 2010 budou pro děti a mladistvé opouštějící zařízení institucionální výchovy zřizovány v rámci dotačních programů tzv. *cvičné byty v zařízeních*, kde se mladiství budou moci připravovat na samostatný život mimo zařízení. Avšak tento politický krok neřeší daný problém ve své komplexnosti. Navíc počet reálně existujících cvičných bytů není znám. Dále dokument zdůrazňuje, že Standardy kvality práce v ÚV, OV (dosud neaplikované v praxi) musí obsahovat *program (plán) pro osamostatnění dítěte před odchodem ze zařízení*. Avšak v tomto bodě shledáváme nekompatibilitu pracovní verze Standardů kvality práce z roku 2010 s Národní zprávou o strategiích sociální opory a sociálního začleňování, neboť tento bod v pracovní verzi Standardů zcela absentuje, stejně jako v ní není vůbec řešena problematika následné podpory a péče. Pokud nedojde k systémovému ukotvení přípravy na samostatný život a následné podpory, pak nelze očekávat žádné změny v praxi.

5.1.2 Fáze procesu přípravy na vstup do života

Příprava dítěte na vstup do samostatného života musí probíhat dlouhodobě a systematicky. Na základě analýzy odborné literatury ji diferencujeme do tří fází – zahájení, průběh, návrat.

Zahájení první fáze přípravy na návrat dítěte, mladistvého do rodiny nebo do samostatného života by měla být započata dnem příchodu dítěte do zařízení. V jejím rámci je vytvořen podrobný *plán podpory a péče*. V zařízení NVP je zpracován *plán rozvoje osobnosti* (zákon č. 109/2002 Sb.), ve spolupráci s poskyto-

vateli sociálních služeb je stanoven *plán sanace rodiny* (Bechyňová, V., Konvičková, M., 2008). Rieger (2009) tyto plány nazývá „*Vstupní dohoda*“ a zdůrazňuje, že je třeba, aby byla napsána pro klienta (dítě i jeho rodinu) srozumitelným jazykem. S plánem podpory a rozvoje je klient podrobně seznámen, v průběhu se podílí na jeho vyhodnocování a stanovování dalších cílů, to vše na úrovni odpovídající jeho (jejich) vývojovým možnostem.

Druhá fáze procesu přípravy na vstup do života probíhá během umístění dítěte v NVP. OSN (2009) zdůrazňuje, že zvláštní úsilí by mělo směřovat k tomu, aby každému dítěti, mladistvému, pokud je to možné, mohla být přidělena *specializovaná osoba*, která by usnadnila jeho nezávislost při odchodu ze zařízení. V českém prostředí hovoříme o *principu garantství* či *klíčovém pracovníkovi* v zařízení, který jedince v průběhu výchovně terapeutického procesu provází, je jakýmsi „důvěrníkem“. Klíčový pracovník na jedné straně zodpovídá za plánování a průběh sociálně rehabilitačního procesu a zároveň je na straně druhé patronem naplňování osobních potřeb, zájmů a cílů dítěte. Prostřednictvím garantství je naplňován princip důvěrnosti a vztahovosti k jedné zástupné osobě v zařízení. Cílem druhé fáze je zahrnout do procesu sociální rehabilitace členy rodiny, udržovat vzájemný kontakt (Rushton, A., Minnis, H., 2003), zajistit návazné sociálně-psychologické a preventivně-terapeutické služby (Rieger Z., 2009), trénovat dovednosti pro samostatný život (Gough, D., 2001), poskytovat kariérní poradenství a zvyšovat informovanost i motivaci v oblasti předprofesní přípravy (OSN, 2009), což napomáhá k dosažení finanční nezávislosti a zajištění vlastního příjmu po odchodu do samostatného života. Odborníci doporučují, že nejpozději šest měsíců před skončením péče je nezbytné uspořádat *případovou konferenci*, na níž budou prodiskutovány hlavní sféry budoucího samostatného života dítěte, což jsou přinejmenším: bydlení, pracovněprávní vztahy, partnerské vztahy, kontakty s vlastní rodinou (Folda, J., ed., 2009). Na úplný závěr této fáze by měl proběhnout *rituál loučení s institucí*, který se započíná rozhodnutím o datu opuštění zařízení (návratu). Loučení probíhá ve dvou rovinách: a) *terapeutická*, uzavírající individuální konzultace (loučení s klíčovými osobami, předání zpětné vazby, důležitých kontaktů), b) *rituální*, zprostředkovávající odchod dítěte/mladého dospělého ze skupiny, instituce (loučení s ostatními členy komunity). Samotný odchod z instituce je třeba detailně připravit, nacvičit se všemi zúčastněnými, tj. ať už odchází dítě do rodiny (vlastní či náhradní), nebo mladý dospělý do samostatného života. Průběh loučení záleží na věku dítěte, typu a tradici zařízení (jeho filozofii, klimatu, apod.).

Třetí fáze se soustředí na preventivně-terapeutické provázení jedince po odchodu (návratu) ze zařízení do rodiny nebo samostatného života. Odchod ze zařízení znamená převzít rozhodování, účast na svém životě a zodpovědnost

za něj, což vyvolává nejistotu. Proto je důležité, aby mělo dítě, mladý dospělý možnost se obrátit na „poradce, průvodce“, který mu pomůže s integrací do života (tj. do rodiny, pracovního kolektivu, komunity). Pro mladé dospělé po odchodu z NVP by měla existovat *návazná ambulantní služba*. S jejími pracovníky by měli být děti a mladiství seznámeni již v průběhu umístění v zařízení, to proto, aby se neobávali včas kontaktovat odborníka se svými potížemi. Především v první etapě (tj. zhruba tři měsíce) po odchodu ze zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy potřebuje dítě či mladý dospělý *intenzivní podporu*, ta by měla přejít v *podporu poradenskou*, která by měla v průběhu času *doznívat* (tj. situace se stabilizuje, mladý dospělý se adaptoval na nové životní podmínky). *Ukončení následné podpory* může být navrženo z důvodů naplnění cílů, nespolupráce, nutnosti psychoterapeutické léčby. V případě, že je spolupráce ukončena, a přesto klient požaduje další kontakt, je možné upravit „zakázku“ dle jeho potřeb a možností zařízení zajišťujícího následnou podporu.

5.1.3 Proces přípravy na vstup do života jako výzkumný problém

Důkazem nedostatečně věnované pozornosti přípravě dětí a mladistvých na vstup do samostatného života po ukončení náhradní výchovné péče v České republice je také absence výzkumných šetření tohoto fenoménu. Existující výzkumy se zabývají úspěšností integrace do společnosti po odchodu ze zařízení (např. Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J., 1995, 1997; Gjuričová, J., 2007¹), jiná usilují o komplexní uchopení procesu odcházení z pohledu identifikace problematických stránek systému (Staněk, M., 2008; Folda, J., ed., 2009). Vzácně se objevují výzkumná šetření zaměřená na kvalitativní pohled na samotný proces přípravy či postoje dětí a mladistvých k přípravě na vstup do života (Kopřivová, L., Gulová, L., 2006; Matoušek, O., Pazlarová, H., Baldová, L., 2008; Štěpánková, I., Vojtová, V., 2010; Tichý, J., Vojtová, V., 2010; Tóthová, S., Vojtová, V., 2010; Kmoníčková, N., Vojtová, V., 2010).

5.1.3.1 Úspěšnost integrace do společnosti po odchodu ze zařízení

Výzkum Gjuričové (2007) přináší alarmující data o mladých dospělých a jejich cestě po ukončení ústavní či ochranné výchovy. Výzkumníci sledovali soubor respondentů, kteří v letech 1995–2004 opustili zařízení pro výkon ÚV, OV, jednalo se o 17 454 dětí. Podle výstupů odcházejí děti/mladiství v drtivé většině

1 Upozorňujeme, že analýza obsahuje chybně uvedený údaj, kterým je délka pobytu dětí v dětských domovech v ČR. Ta není, jak uvádí výzkum, 14,5 let, ale 4,5 let. Původní údaj byl dementován, viz <http://anv.cz/odborne/147-osobnost-deti-umistenychv-detskyh-domovech-z-pohledu-vybranych-vyzkumu-a-ustavni-vychova-v-cislech> a <http://anv.cz/tema/27-analyza-efektivitu-fungovani-systemu-pece-o-deti/118-poznamky-dr-jaroslava-dvoraka-k-analyze-efektivitu-fungovani-systemu-pece-o-ohrozene-deti>.

zpět do původních rodin (12 308 respondentů, tj. 70,5 %), pouze 1268 respondentů (7,3 %) využilo služeb Domu na půl cesty a 1,1 % respondentů se obrátilo na azylová zařízení (202 respondentů). Výzkumný tým dále zjistil, že se trestné činnosti po opuštění zařízení institucionální výchovy dopustilo celkem 56 % z těchto dětí/mladistvých. Fakt, že 40 % trestných činů se dopouští mladí lidé až po jednom roce po opuštění zařízení institucionální výchovy, naznačuje, že v praxi je nedostatečná kontinuální následná podpora a péče (služby), kterou by tito mladí lidé využívali.

Příčiny selhávání mladých lidí po odchodu ze zařízení institucionální výchovy je zapříčiněna celým spektrem kauzalit (Matoušek, O., Pazlarová, H., Baldová, L., 2008). Jedná se o *limity na straně samotných dětí/mladistvých* poznamenaných psychickou deprivací různého rozsahu, které vedou k problematickému sebepojetí a sebehodnocení, emočním a vztahovým problémům (v partnerství, rodičovství), k poruchám chování, snížené motivaci a aspiraci (např. týkající se vzdělávání, trávení volného času) atd. Na straně druhé jsou selhání zapříčiněna *limity zařízení*, které vedou v určité míře ke stigmatizaci, izolovanosti, nepřipravenosti na nároky samostatného života, neboť zde děti/mladiství žijí v ekonomické a do jisté míry i sociální jistotě, kterou po odchodu ztrácí (je o ně pečováno). Pokud zařízení nepodněcuje kontakty dětí/mladistvých s vrstevníky a lidmi mimo zařízení, pak si vytváří většinu sociálních vazeb uvnitř zařízení (ne v okolní komunitě). Často nemají děti/mladiství reálnou představu o životě mimo zařízení (např. o úrovni bydlení mladých lidí, obtížích se získáním a zejm. udržením práce apod.). Absence následné podpory způsobuje, že se při prvních obtížích propadají do sociální izolace, ocitají se bez finanční, sociální i emocionální podpory (a navíc se stále přítomnou nedůvěrou v ostatní lidi i instituce).

5.1.3.2 Identifikace problematických stránek systému

V roce 2008 provedl výzkumný tým společnosti Median a Nadace Sirius rozsáhlé mapování systému péče o ohrožené děti (Staněk, M., 2008). Kvalitativní část výzkumu se mimo jiné zaměřila na identifikaci a prioritizaci problémů ohrožených dětí opouštějících zařízení NVP. Informanti této části se rekrutovali z řad pracovníků OSPOD (297 participantů) a z neziskových organizací (304 participantů). Výsledky tohoto šetření komparujeme s výstupy situační analýzy expertního týmu pracovníků Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze, Sdružení SOS dětské vesničky a Střediska náhradní rodinné péče (Folda, J., ed., 2009). V oblasti vstupu do života a následné podpory odborníci identifikovali jako nejproblematictější tyto oblasti:

- **Sociální nepřipravenost** (obtíže s hledáním a udržením práce, svůj vliv má také nižší průměr vzdělání oproti vrstevníkům vyrůstajícím v biologické rodině, schází samostatnost při řešení životních situací).

- ***Ekonomická nesamostatnost*** (hledání bydlení a možnosti bydlení zaplatit).
- ***Absence emocionální podpory*** (zároveň po odchodu ze zařízení nemá mladý dospělý ochranu před biologickou rodinou nebo partou).

Informanti poukazují na nedostatek zařízení a odborníků, kteří se věnují dětem opouštějícím zařízení institucionální výchovy, ale i náhradní rodinnou péči a také na jejich nerovnoměrné regionální rozmístění. Mladí dospělí se i z těchto důvodů v drtivé většině vrací do biologické rodiny, jejíž životní podmínky nebyly sanovány. Je zřejmé, že pobyt v zařízení institucionální výchovy bez sanace rodiny nevede k posílení kvality života dítěte. Státem garantovaný systém péče není schopen na tyto problémy a potřeby adekvátně reagovat (schází finance, ale i multidisciplinární kooperace rezortů při řešení těchto problémů).

Folda (2009) zároveň poukazuje na absenci kvalitativních výzkumných dat týkajících se dětí a mladých dospělých odcházejících z náhradní výchovné či rodinné péče. Absence těchto dat také do jisté míry vyplývá z platných právních předpisů v České republice, garantujících ochranu osobních dat (zejm. zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů).

5.1.3.3 Postoje dětí a mladistvých k přípravě na vstup do života

Výzkumná šetření zaměřená na popis procesu přípravy z pohledu samotného dítěte vychází buď z přímých výpovědí mladistvých v zařízeních institucionální výchovy, rozhovorů s pedagogickými pracovníky anebo z analýzy kazuistik či katamnestických šetření. Pozitivním jevem současného výzkumu v oblasti přípravy na opouštění zařízení institucionální výchovy je, že se na tuto problematiku zaměřila výzkumná pozornost samotných pedagogických pracovníků těchto zařízení (např. Kopřivová, L., Gulová, L., 2006; Štěpánková, I., Vojtová, V., 2010; Tichý, J., Vojtová, V. 2010; Tóthová, S., Vojtová, V., 2010). Zvláštní pozornost zaslouží deskripce metodologie výzkumu Matouška, Pazlarové a Baldové (2008), který se zaměřil na zachycení životní linie 103 dětí a mladistvých z pěti dětských domovů v České republice. Data byla získána kazuistickým šetřením (analýza dostupné dokumentace) a vedením rozhovorů s dětmi a mladistvými, jejich vychovateli a sociálními pracovníky. Výzkumníci mapovali oblasti rodinných vztahů v kontextu odchodu z náhradní výchovné péče, osobnostní dimenze dětí a mladistvých, jejich vztahy k vrstevníkům i dospělým autoritám, zkušenosti s partnerskými vztahy, vzdělávací dráhu v kontextu plánů do budoucna, zdravotní stav a zájmy. Soubor vykazoval téměř poloviční genderové rozložení (52 dívek, 51 chlapců). Věková struktura souboru participantů byla od 11 do 21 let. Kazuistické šetření se zaměřovalo především

na věkovou skupinu mladistvých starších 15 let, kteří se aktuálně připravovali na odchod z DD. Děti mladší 15 let tvořily 12,8 % souboru, mladiství ve věku od 16 do 18 let tvořili nejpočetnější skupinu souboru (64,1 %) a mladí dospělí ve věku od 19 do 21 let tvořili 23,1 % souboru.

Data z výše uvedených výzkumů, mapujících stav procesu přípravy na opouštění zařízení institucionální výchovy v České republice, jsme analyzovali, komparovali a výstupy kategorizovali. Z výzkumných šetření uvádíme pouze ty údaje, které jsou relevantní k procesu přípravy na vstup do života (Kopřivová, L., Gulová, L., 2006; Gjuričová, J., 2007; Matoušek, O., Pazlarová H., Baldová, L., 2008; Štěpánková, I., Vojtová, V., 2010; Tichý, J., Vojtová, V., 2010; Tóthová, S., Vojtová, V., 2010; Kmoníčková, N., Vojtová, V., 2010).

Postoje k zařízení a ústavní a ochranné výchově se promítají do způsobu přijímání podpory v zařízení. Počáteční, adaptační fázi umístění, takřka všichni participanti z DDŠ v katamnestických rozhovorech označují za stresovou situaci, provázenou pocitem bezmoci, zoufalství a strachu. Jako největší problém označili proces adaptace na podmínky zařízení, tj. zvykání si na režim a pravidla. K dalším fázím pobytu v zařízení, informanti uváděli komentář, že jim nejvíce vadila nedostatečná volnost a kontrola a na druhou stranu jim pomáhal individuální a laskavý přístup pracovníků, ale i pevná a srozumitelná pravidla a režim (Tóthová, S., Vojtová, V., 2010).

Žájem, podpora a pomoc rodiny. Výzkum Matouška, Pazlarové a Baldové (2008) poskytuje data v oblasti rodinných vazeb a budoucích očekávání podpory. Počty dětí/mladistvých, jež jsou v kontaktu s biologickými rodiči, se v jejich výzkumu téměř shodují s počty dětí bez tohoto kontaktu. Ve 43,7 % případů rodina nemá o kontakt s dítětem zájem, v 5,8 % nemá o kontakt zájem dítě. Vztahy se sourozenci jsou často jedinými, které se podaří zachovat z původní rodiny. Více než ½ informantů deklaruje, že od své biologické rodiny neočekává po ukončení ÚV, OV žádnou pomoc ani podporu (58,2 %). Nějakou formu podpory očekává ¼ informantů (25,3 %). Oproti tomu pouze 8,1 % rodin uvádí, že poskytne dítěti po odchodu ze zařízení pomoc. Ve více než ½ případů nejsou očekávání rodiny zřejmá (57 %) a zhruba 1/5 rodin pomoc ani podporu svému dítěti nenabízí. Ve svých výpovědích informanti také udávají obavy z toho, že po odchodu z DD po nich rodina bude požadovat finanční výpomoc. Katamnestický výzkum Štěpánkové, Vojtové (2010) mapující životní linii 45 dívek po odchodu z VÚ, je v otázce rodinné podpory po vstupu do života optimističtější, uvádí totiž, že 48,9 % (n = 22) se po odchodu ze zařízení setkala s úspěšnou pomocí své rodiny. Přesto jsou daná zjištění alarmující vzhledem k vysokému počtu mladých lidí (60–70,5 %), kteří se po odchodu ze zařízení institucionální výchovy vrací do původní nesanované rodiny (Gjuričová, J., 2007; Štěpánková, I., Vojtová, V., 2010).

Pomoc a podpora mimo rodinu při integraci do společnosti. V případě, že dívky odcházející z výchovných ústavů nehledaly pomoc u rodiny (48,9 %), spolehlaly se nejčastěji samy na sebe (17,8 %), popřípadě na pomoc přátel (11,1 %). Pouze 6,7 % dívek kontaktovalo sociálního kurátora. 15,5 % dívek nezvládá integraci do společnosti, z toho 4,4 % dívek odmítá přijímat normy společnosti (Štěpánková, I., Vojtová, V., 2010).

Vztahy v zařízení, zejména blízké vztahy s pedagogickými pracovníky zařízení, mohou sehrát důležitou protektivní roli při vstupu do života, neboť mohou saturovat deprivaci narušenou schopnost navázat a udržet stabilní a kvalitní vztahy. Výzkum Matouška, Pazlarové a Baldové (2008) udává, že 1/3 participantů má neutrální vztah k pečujícím osobám v zařízení. 5 % informantů jejich výzkumu přiznává vážné konflikty a neshody s vychovateli. 1/2 informantů má spíše pozitivní vztah k pečujícím osobám v zařízení, přičemž pouze 10 % informantů uvádí, že navázalo s vychovatelkou či vychovatelem hlubší vztah. Nezodpovězenou otázkou zůstává, co umožňovalo (podmiňovalo) navázání emočně bližšího vztahu mezi dítětem a pedagogickým pracovníkem? Výzkum Tóthové a Vojtové (2010) dokládá, že nejen pedagogičtí pracovníci se stávají klíčovými vztahovými osobami, ale také pracovníci pomocného personálu (kuchařka, údržbář apod.) sehrávají důležitou roli při vztahování se dětí. Toto zjištění je důležité zejm. pro management zařízení. Podle našeho názoru by měli být pracovníci pomocného personálu (nejen) z těchto důvodů zahrnováni do specifických vzdělávacích a intervizních aktivit týmu.

Vzdělávání a příprava na budoucí zaměstnání sehrává stěžejní roli při uplatnění na trhu práce v samostatném životě, což koreluje se spokojeností s vlastním životem (Štěpánková, I., Vojtová, V., 2010). Z výzkumného šetření Matouška, Pazlarové a Baldové (2010) vyplývá, že v oblasti předprofesní přípravy nemá 40,8 % informantů jasnou představu o své profesní budoucnosti. Kmoníčková, Vojtová (2010) na základě provedeného kvalitativního šetření s 24 mladistvými ze dvou výchovných ústavů dále specifikují, že nižší orientaci ve své budoucí profesi vykazují ti mladiství, kteří se vzdělávají přímo v prostorách výchovného ústavu, oproti mladistvým vzdělávajícím se mimo zařízení. Výsledky s největší pravděpodobností souvisí s nižší mírou motivace a zájmu o studium (vlivem omezeného výběru oborů) i nižší mírou samostatnosti mladistvých studujících přímo v zařízení. V této otázce by byla zajímavá komparace představ vrstevníků z běžné populace o své profesní budoucnosti. Výzkum Matouška, Pazlarové, Baldové (2010) dále uvádí, že zhruba 1/5 informantů se chce věnovat profesi, kterou si vybrala za svůj obor (19,4 %) a o něco méně početná skupina informantů (15,3 %) ví, jakou profesi by chtěla v životě vykonávat, ale přesto studuje jiný obor. Pouze 2 % informantů se nechce věnovat profesi, kterou studuje. Po vstupu do samostatného života je u mladých dospělých častým

rizikem neudržení si práce. Výzkumy uvádí, že to vyplývá z požadavků na přizpůsobení se pracovním nárokům zaměstnavatele (které jsou zejm. pro děti dlouhodobě vyrůstající v NVP neúnosné), ze snížené seberegulace i snížené orientace v mezilidských vztazích (Tóthová, S., Vojtová, V., 2010). Přesto více než ½ dívek se do jednoho roku po odchodu ze zařízení zapojila do pracovního procesu, zbývající část dívek jako důvod nenalezení práce uvádí nízké vzdělání, vysokou nezaměstnanost v regionu a neovládání nároků, které na ně klade pracovní proces (Štěpánková, I., Vojtová, V., 2010).

Příprava na samostatné bydlení. Kopřivová, Gulová (2006) prováděly výzkumné šetření v dětských domovech, na jehož základě popisují několik alternativ pomoci s přípravou na samostatné bydlení, od forem plného (přechodného) zajištění ubytování či nácviku bydlení po formu žádné pomoci. Dětské domovy mohou disponovat tzv. *startovacími byty*, poskytujícími zpravidla dvou až třem mladým dospělým možnost přechodného ubytování. Alternativou startovacích bytů jsou *bytové jednotky přímo v zařízeních*, určených pro mladistvé starší 15 let (využíváno je zejména pro starší věkové kategorie). Cílem je přenášet na tyto mladistvé vyšší míru odpovědnosti v oblasti zacházení s penězi, hospodaření. V případě, že zařízení nemají možnost startovacích bytů, zpravidla usilují o maximální podporu mladistvého při zajišťování bydlení, ať už ve spolupráci s městem či obcí (možnost přidělení *sociálního bytu*) nebo s jinými organizacemi zajišťujícím dočasnou následnou podporu a péči, tj. *Domy na půl cesty*, *Azylové domy*, *Centra sociální pomoci* apod. Některé dětské domovy, při selhání všech možností, praktikují dočasné ubytování dítěte v dětském domově (bez prodloužení ústavní výchovy). Autorky výzkumu upozorňují i na takové přístupy zařízení, kdy je mladý dospělý po odchodu ze zařízení předán do péče sociálních kurátorů (či jiných organizací zajišťujících přechodnou následnou podporu) bez další pomoci a podpory. Obdobné přístupy výzkumy shledaly při řešení pracovní-právní problematiky.

Zcela výjimečně je ve výzkumných šetřeních mapována **otázka finančních úspor dětí a mladistvých** a jeho způsobu zajištění ze strany zařízení. Výzkum Kopřivové a Gulové (2006) upozorňuje na různé alternativy v oblasti spoření (stavební spoření, vkladní knížky, zapojení do nadačních fondů apod.²). Autorka uvádí, že spoření bývá zařízeními považováno za důležitou součást pří-

2 Například Nadační fond Livie a Václava Klausových ve svém projektu Startovné do života podporuje děti z dětských domovů ve věku od 14 do 18 let. Cílem projektu je kromě pomoci dětem z dětských domovů při jejich přípravě na vstup do života po opuštění dětského domova, přispění k osamostatnění a nalezení vlastní cesty, také zvýšení motivace dětí a mladistvých k dobrým výsledkům ve studiu a v činnostech ve volném čase. Dítěti zapojenému do projektu je založeno konto, na něž je každoročně přispíváno 2 500 Kč, každé dítě může získat navíc motivační bonus 1 500 Kč na základě splněných motivačních kritérií v oblasti školních výsledků, chování a mimoškolních aktivit. Naspořené peníze získané z projektu musí být využity na nějaký konkrétní účel, jenž schvaluje soud.

pravy dětí a mladistvých na vstup do samostatného života. Otázkou zůstává, do jaké míry jsou děti do tohoto procesu zapojovány, jak je jim finanční oblast vysvětlována, jak jsou seznamovány s finančním plánováním a jak jsou učeny s financemi zacházet.

Následná podpora – rizikové aspekty odchodu ze zařízení. V katemnestickém šetření Kopřivové, Gulové (2006) a Tichého, Vojtové (2010) uváděli partipanti z dětského domova problémy, s nimiž se setkali po odchodu ze zařízení. V první řadě se museli vypořádat s *náhlou svobodou*, která v sobě zahrnovala jak obavy a strach z budoucnosti, tak euforický pocit volnosti, který v sobě nese riziko experimentování a hedonismu. Nezřídka bývá nezvládnutí svobody spouštěčem řady špatných rozhodnutí s dlouhodobými negativními následky. Tichý a Vojtová (2010) uvádí, že nejlépe zvládají pocit naprosté svobody ti, kteří se po odchodu ze zařízení nastěhují ke svému partnerovi nebo do jeho rodiny. Dále výzkumy uvádí, že se informanti potýkali s *předsudky a nálepkováním* (labellingem) vycházejícím z negativní generalizace zařízení institucionální výchovy. Tóthová, Vojtová (2010) potvrdily negativní zkušenost stigmatizace u ½ informantů. Jako další problematickou oblast partipanti shledávají v *absenci následné podpory*, respektive v nabízení pouze *pasivní nabídky pomoci*. Po odchodu ze zařízení nikdo aktivně informanty nekontaktoval. Důvodem, proč se dospívající a mladí dospělí ve většině případů neobrátní na zařízení s řešením svých aktuálních problémů, je strach z přiznání vlastního selhání a případě z odmítnutí. Chťejí dokázat, že svou situaci zvládnou bez pomoci. Informanti také poukazují na to, že by se příprava na odchod a vstup do samostatnosti měla v zařízeních řešit aktivněji již od 15 let věku mladistvého. V běžné rodině se dítě osamostatňuje postupně a rodiče na ně dohlížejí i po jeho odchodu. Fáze následné podpory však není českou legislativou dostatečně řešena a v praxi systémové řešení následné podpory i péče zásadním způsobem chybí.

Shrneme-li uvedená výzkumná zjištění z *hlediska protektivních faktorů* pohledem partipantů, získáme zároveň přehledné schéma limitů institucionální výchovy v přípravě dětí na samostatný život. Informanti při rozhovorech identifikovali následující protektivní faktory, které jim pomohly při přechodu do samostatného života:

- důvěrný vztah k některému z pracovníků (pedagogických i nepedagogických)
- motivace ke studiu a dokončení předprofesní přípravy (zejm. studium oboru podle zájmu dítěte)
- kontakty s lidmi mimo zařízení (brigády, zájmy, přátelství, podpora vztahu s dívkou apod.)

- podpora kontaktu s biologickou rodinou (včetně širší rodiny)
- získání praktických dovedností do života, které umožní postarat se o sebe
- dlouhodobá (průběžná) a cílená příprava na odchod (jednalo se zejm. o znalosti sociální sítě, pracovně-právních dokumentů, pomoc se zajištěním ubytování, práce)
- podpora samostatnosti (např. vyřízení občanského průkazu, brigády, samostatné nakládání s vymezeným finančním obnosem, vaření apod.)
- rozvoj sociálních dovedností (zejm. komunikační dovednosti)
- osobnostní rozvoj (rozvoj zdravého sebepojetí, hodnotový systém, náhled na svět)
- finanční podpora (úspory, peníze určené k odchodu, tzv. „odchodníčkově“)

Z výzkumných šetření je patrné, že zařízení se přípravě na odchod do samostatného života věnují nesystematicky, v různém rozsahu i kvalitě, kdy není přesně vymezen obsah činnosti přípravy, zodpovědné osoby (klíčového pracovníka) apod. Výsledkem je stav, kdy dítě či mladý dospělý odchází po nedostatečné přípravě do světa, na nějž není připraven a ani tento svět není zpravidla dostatečně připraven na něj (schází informovanost veřejnosti, propojení života v zařízení s okolním světem, sanace rodiny). Nejednotnost poskytované podpory v tak komplikované fázi života jedince vnímáme za dlouhodobě neudržitelný jev a považujeme jej za prioritní bod řešení v rámci transformačního procesu systému péče o ohrožené děti.

5.2 Následná podpora

Návrat dítěte, mladého dospělého z NVP do rodiny nebo do samostatného života je vždy životně náročnou situací, která klade vysoké nároky na adaptabilitu jedince, na jeho emoční stabilitu, kritické myšlení apod. Následná podpora by měla proto být součástí cíleného programu přípravy dětí na odchod ze zařízení pro výkon ÚV, OV (Standardy Q4C, 2007; Rieger, Z., 2009; Rada Evropy, 2010). V procesu přechodu jedince ze zařízení do následné podpory či péče je třeba brát ohled na jeho pohlaví, věk a vyzrálost, zdravotní stav, rodinnou situaci a celé spektrum dalších specifických okolností. Do procesu přechodu je třeba zapojit poradenství a podporu, zejména s cílem zabránit vykořisťování a zbytečné další institucionalizaci dětí a mladých dospělých (OSN, 2009). Standardy Q4C (2007) stanovují důležitost zajištění možnosti sledování, trvalé

podpory a kontaktů dítěti a mladému dospělému po odchodu ze zařízení. Zároveň ukládají pečovatelské organizaci za úkol vypracování plánu průběžné a následné podpory, který zahrnuje zprostředkování a udržování kontaktu dětí a mladistvých s emocionální sítí, která pro ně byla důležitá v průběhu realizace sociální rehabilitace v zařízení (Standard 18). Příprava následné podpory by se měla uskutečnit v nejranějším období umístění dítěte do zařízení, přinejmenším však dostatečně dlouho před jeho odchodem. V zařízeních náhradní výchovné péče v ČR je nezbytnost přípravy na vstup do samostatného života spojována s jedním rokem před samotným odchodem dítěte. Toto pojetí však neodpovídá potřebám dětí a mladistvých a považujeme je za nedostačující (Matoušek, O., Pazlarová, H., Baldová, L., 2008).

Situční analýza Foldy (2009) mapující následnou podporu o mladé lidi odcházející ze systému náhradní výchovné a rodinné péče dokládá, že tato problematika je mnohem více předmětem zájmu neziskových organizací, než státem garantovaných služeb poskytovaných v rámci rezortu MPSV a MŠMT.

5.2.1 Typy služeb následné podpory a péče

Při stanovení typů služeb následné podpory a péče vycházíme ze zákonů MŠMT a MPSV. V *zákoně č. 109/2002 Sb.* se setkáváme pouze s vágní formulací, která ukládá pracovníkům zařízení institucionální výchovy poskytovat poradenství mladým dospělým osobám po opuštění zařízení institucionální výchovy. Není však stanovena forma, obsah ani rozsah této služby. Daná legislativní nekonkrétnost vede vychovatele k tomu, že i dětem nabízejí nekonkrétně a pasivně vymezenou nabídku pomoci po jejich odchodu (ve smyslu „když budeš potřebovat, ozvi se“). Většinu v praxi existujících typů služeb následné podpory a péče pro mladé dospělé opouštějící zařízení pro výkon ÚV, OV stanovuje *zákon č. 108/2006 Sb.*

V rámci **odborného poradenství** jsou mladým dospělým poskytovány potřebné informace v oblasti rodinných a mezilidských vztahů, pracovněprávní a majetkově-právní problematiky, právní ochrany, sociálního zabezpečení a bydlení.

Doprovázení je forma podpory aplikovaná při řešení praktických situací vyplývajících ze samostatného života, např. pomoc při uplatňování oprávněných nároků, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, doprovázení na úřadech, popř. podpora při řešení životních situací (např. zprostředkování psychoterapeutické péče, pomoc při hledání zaměstnání, ubytování apod.).

Ubytování je služba sociální prevence, která má zabránit sociálnímu vyloučení mladých dospělých opouštějících NVP a pomoci jim překonat jejich nepříznivou sociální situaci. Ubytování je možné poskytnout podle konkrétní potřeby

v azylových domech, domech na půl cesty, centrech sociální pomoci, intervenčních centrech i ubytovnách. Jednotlivé typy zařízení poskytují různé typy služeb. Volba toho kterého zařízení by měla korespondovat s mírou dosažené samostatnosti mladého dospělého. Služba poskytovaná v domech na půl cesty (na rozdíl od ubytoven a azylových domů) zahrnuje nejen poskytnutí ubytování, ale také trénink dovedností pro život, podporu vzdělávání, zprostředkování kontaktu s odborníky i komunitou, pomoc při uplatňování práv, obstarávání osobních záležitostí, pomoc v životní orientaci a podporu při hledání hodnotového systému.

Přímé zaopatření se poskytuje osobám, které nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby např. z důvodů zdravotních (domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení) a na přechodnou dobu lze tato zaopatření poskytnout také osobám závislým na návykových látkách či duševně nemocným, kteří mají zájem o začlenění do běžného života (např. terapeutické komunity).

Zprostředkování **finanční pomoci** se děje obvykle prostřednictvím nadačních fondů, zaměřených na podporu v různých životních situacích. Finanční pomoc je také možné aplikovat prostřednictvím *zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů*, který stanovuje možnost přiznání nároku na dávku – **pomoc v hmotné nouzi**. Pro účely tohoto zákona může být za osobu v hmotné nouzi považována také osoba propuštěná ze školského zařízení pro výkon ÚV, OV nebo z pěstounské péče po dosažení zletilosti, respektive po 19. roce života, která s ohledem na neuspokojivé sociální zázemí a nedostatek finančních prostředků nemůže úspěšně řešit svoji situaci a je ohrožena sociálním vyloučením. Příslušný orgán pomoci v hmotné nouzi sestavuje v úzké spolupráci s osobou v hmotné nouzi žádající mimořádnou okamžitou pomoc **program individuálního motivačního postupu** s cílem předejít jejímu sociálnímu vyloučení. Obsah programu individuálního motivačního postupu stanovuje konkrétní dílčí kroky a časový rozpis plnění těchto aktivit, rozsahu spolupráce s příslušným orgánem pomoci v hmotné nouzi.

5.2.2 Klíčové nedostatky v oblasti následné podpory

V současnosti není pro mladé lidi opouštějící zařízení institucionální výchovy v České republice vytvořen *komplexní systém, finančně podporovaný a odborně garantovaný státem*, který by překlenuval podporu a péči v zařízení a zároveň poskytoval oporu v samostatném životě po jeho opuštění. Každé zařízení aplikuje následnou podporu dle svých možností a filozofie. Určitou nadějí v určení priorit následné podpory vidí odborná veřejnost v transformačním procesu systému péče o ohrožené děti a zejm. ve vytvoření Standardů kvality práce

v ÚV, OV. Avšak, jak uvádíme v předchozích kapitolách, současná pracovní verze Standardů se problematikou následné podpory a péče vůbec nezabývá (MŠMT, 2010).

Výsledkem nekonceptního řešení následné podpory o mladé dospělé po odchodu z NVP je různorodé regionální zastoupení poskytovatelů následné podpory (někde i její úplné chybění), různorodá kvalita poskytovaných služeb a absence provázanosti jednotlivých služeb. Negativním důsledkem nesystémového ukotvení následné podpory je statisticky vysoký počet mladých dospělých vracejících se po ukončení nařízené ústavní výchovy do nesanovaných rodin a jejich selhávání v sociální integraci (Gjuričová, J., 2007).

Za další nedostatek v oblasti následné podpory považujeme dlouhodobé podhodnocení finančních prostředků, určených na rozvoj přípravy mladých lidí na vstup do života ze systému institucionální výchovy a rozvoje nástrojů následné podpory. Současná podoba distribuce finančních prostředků více vyhovuje zařízením pro výkon ÚV, OV, neboť jejich příjmy jsou dlouhodobě zajištěny na základě školských právních předpisů. Neziskové organizace jsou proti tomu v trvalé finanční nejistotě a jako takové obtížněji garantují dlouhodobou formu podpory mladým dospělým. V důsledku chybějících finančních zdrojů je pak příprava mladých lidí na odchod a především následná podpora často nesystematická a neprobíhá potřebně dlouhou dobu. Nedostatek finančních prostředků zároveň významně znesnadňuje vznik dalších potřebných služeb, které by umožnily v rámci možností plynulý a bezproblémový přechod mladých lidí z prostředí zařízení institucionální výchovy do samostatného života. Bez významného zvýšení a především změn v těchto finančních prostředcích určených na služby následné podpory mladým lidem odcházejícím ze zařízení institucionální výchovy nelze předpokládat významné rozšiřování a zkvalitňování nabízených služeb. Nicméně je třeba vzít v potaz, že jakýkoliv transformační proces vyžaduje zvýšené finanční náklady na veřejný rozpočet.

V neposlední řadě je třeba připomenout, že cílová skupina pro služby následné podpory, tj. mladí lidé odcházející ze systému institucionální výchovy, nemá v procesu komunitního plánování odpovídající zastoupení a především politickou podporu. Důsledkem tohoto stavu je, že vytvářené komunitní plány často nereflektují skutečné potřeby těchto mladých lidí.

5.2.3 Doporučení k následné podpoře dětí a mladistvých vychovávaných mimo vlastní rodinu

Po dobu nejméně dvou let po ukončení ústavní či ochranné výchovy by mělo mít dítě či mladý dospělý jednoho *klíčového pracovníka*, který by koordinoval podporu a svolával v případě potřeby případové konference (doba jednoho

roku není dostatečná, vzhledem k náročnosti adaptace v novém kontextu sociálního prostředí).

Mladým lidem vstupujícím do samostatného života by měl být zajištěn přístup k sociálním, právním a zdravotnickým službám spolu s odpovídající peněžitou podporou.

Je žádoucí posílit kapacitu *Domů na půl cesty*. Zabránit tomu, aby v těchto domech byli mladí lidé vyrůstající bez podpory rodiny ubytováni společně s lidmi, kteří byli (dokonce opakovaně) ve výkonu trestu odnětí svobody. Domy na půl cesty by neměly striktně omezovat pobyt na jeden rok, ale individualizovat podporu (Folda, J., ed., 2009). Zároveň je vhodné podporovat a propagovat programy obcí, které mladým lidem opouštějícím zařízení institucionální výchovy usnadňují přístup k bydlení.

Dle OSN (2009) by měl být veřejný i soukromý sektor stimulován (např. pomocí pobídek) k zaměstnávání jedinců z různých služeb péče, zejména osob se speciálními vzdělávacími potřebami. Je žádoucí podporovat a propagovat firemní programy, které dětem vyrůstajícím bez podpory rodiny usnadňují vstup na trh práce.

5.3 Práce s rodinným systémem

V předcházejícím textu opakovaně zdůrazňujeme v souladu s četnými výzkumy i odbornými názory, že základním stavebním kamenem péče o ohrožené děti je práce s jejich rodinným systémem. Přičemž stejná důležitost musí být kladena jak na fázi preventivní (předcházení odebrání dítěte z jeho rodiny), tak i fázi intervenční (po odebrání dítěte z rodiny) a ideálně i ve fázi následné podpory (po návratu dítěte do rodiny). Práce s rodinou dítěte umístěného v zařízení institucionální výchovy je oblastí, která není dosud ve školské legislativě ukotvena a není ani metodicky propracována. Nicméně současné znění *zákona č. 109/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů* sice nedeklaruje postupy a možnosti práce s rodinným systémem, ale zároveň je ani nezakazuje. Určité ukotvení práce s rodinným systémem poskytují zákony rezortu MPSV (*zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů* a *zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*). Práce s rodinným systémem může nabývat různých podob, na základě analýzy české i zahraniční odborné literatury poskytujeme deskripci vybraných typů práce s rodinným systémem, které považujeme za přínosné pro aplikaci v praxi náhradní výchovné péče v ČR, a to v různých fázích práce s rodinným systémem.

5.3.1 Sociální terapie

Sociální terapie (socioterapie, social therapy) zahrnuje přístupy a opatření, v nichž se využívá preventivního a léčivého potenciálu lidské komunity – pospolitosti, sociálního prostředí a společenských aktivit. Sociální aspekt prolíná všemi aktivitami socioterapie, jejímž cílem je opětovné zapojení, návrat (resocializace, readaptace) do života (Bobek, M., Peniška, P., 2008; Vymětal, J., 2010). Do socioterapie patří *léčba prostředím, léčba společenstvím* (komunitní aktivity, pracovní terapie), *sociorehabilitační programy* (např. chráněné dílny, víkendové výjezdy apod.), *svěpomocné programy, socioterapie v přirozeném prostředí* (např. docházení odborně vedených dobrovolníků do rodin apod.).

Socioterapie není explicitně legislativně definována. *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*, popisuje obdobný termín *sociálně terapeutické činnosti*, které lze zahrnout do socioterapie v rámci sociálních služeb (a také je v jejich rámci hradit). Neuvádíme komplexní výčet činností uvedený ve jmenované vyhlášce. Ale považujeme za důležité vyzdvihnout ty činnosti, které korespondují s tématem této práce, tj. činnosti vedoucí k *rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností, podporující sociální začleňování, výchovné, vzdělávací a aktivizační služby a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím* (vyhláška č. 505/2006 Sb.).

5.3.2 Sanace rodiny

Sanace rodiny je aktuálně vnímána jako důležitá, avšak v praxi v nedostatečné míře aplikovaná metoda sociální práce (MPSV, 2008a, 2009a). Jedná se o *soubor opatření sociálně právní ochrany, sociálních služeb a dalších opatření a programů, jejichž cílem je předcházet, zmírnit nebo eliminovat kauzality ohrožení dítěte a poskytnout tak rodičům i dítěti pomoc a podporu k zachování rodinného systému* (Bechyňová, V., Konvičková, M., 2008). Sanační práce s rodinou by tedy neměla přicházet v podobě krizové intervence (tzv. „den poté“), ale měla by fungovat jako preventivní opatření uplatňované dříve, než je dítě z rodiny odebráno. Sanace rodiny se v různých etapách vývoje problému v rodině zaměřuje na různé cíle. Zahraniční i české výzkumy dokládají, že pokud je rizikovým rodinám poskytnuta podpora v době před narozením, nebo krátce po něm a pokud tato podpora rodičovství v případě potřeby trvá i v raném věku dítěte, nemusí dojít k odebrání dítěte z rodiny z důvodů zanedbávání péče (Hustons, C., Armstrong, K., 1999; Dubowitz, H., DePanfilis, D., 2000). Při rané intervenci se sanace zaměřuje na podporu intuitivního rodičovství (Pilařová, M., Hradilková, T., eds., 1999). Sanace rodiny po umístění dítěte do ústavní výchovy se v první fázi (pokud fungovala již předtím) zaměřuje na co nejšetrnější odchod dítěte z domova (příprava dítěte a rodičů k nástupu do zařízení), dále na snižování deprivace umístěných dětí, na posilování rodičovských kompetencí (např. po-

moc rodičům, aby udrželi kontakt s dítětem) a v poslední fázi na bezpečný návrat dítěte do rodiny. Bechyňová, Konvičková (2008) uvádějí, že čím dříve je rodina umístěného dítěte zařazena do programu sanace, tím větší šance vzniká na návrat dítěte domů, neboť může být využit motivační potenciál ke změně vyvolaný aktuální situací odloučení dítěte od rodiny. V průběhu umístění dítěte je udržování kontaktu rodičů s dítětem důležité nejen z hlediska snižování traumatizace dítěte, ale také proto, že umožňuje konfrontaci mezi imaginárním a reálným obrazem rodiče. To vylučuje dva extrémy v postoji dítěte vůči rodiči – idealizaci, anebo naopak negaci rodiče a jeho odmítnutí.

Kontraindikací pro sanaci rodiny je znaleckým posudkem prokázaná nezpůsobilost rodičů k péči o dítě (např. psychické a fyzické týrání dítěte, zneužívání, závislostní chování rodičů, vážné psychiatrické onemocnění rodičů) nebo nesouhlas rodičů ke spolupráci se sanačním multidisciplinárním týmem. České i zahraniční organizace udávají, že úspěšná sanační práce s rodinou se daří v 70 % případů, kdy dochází ke snížení rizik v rodině do té míry, že je dítě v rodině ponecháno nebo je do ní navraceno.

Je zřejmé, že do programů sanace rodiny jsou zařazovány takové rodinné systémy, které se dlouhodobě (mnohdy generačně) nacházejí v obtížné sociální situaci. Problémy v těchto rodinách nabývají kumulativního charakteru a proces změny je pomalý a náročný na profesionalitu a multidisciplinární spolupráci odborníků. Cílem je osvobodit rodinnou síť od dysfunkčních poznatků, copingových vzorců získaných v dětství a transformovat je, tj. nahlížet na ně z odlišné perspektivy (aktualizované). Základním činitelem změny rodinného systému je cizí prvek, profesionál (terénní pracovník, etoped, terapeut, mediátor, sociální pracovník). Prostřednictvím projevování úcty a podpory pomáhá sanační pracovník hledat rodině cestu při osvojování funkčních systémů péče o dítě a copingových strategií (Satirová, V. et al., 2005).

Ujasněním a detailním vysvětlením principů sanace rodinného systému všem participujícím osobám v tomto procesu jsou eliminována nereálná očekávání, a tím se významně zvyšuje úspěšnost sanace. Z těchto důvodů je třeba respektovat následující postupy (Dubowitz, H., DePanfilis, D., 2000; Satirová, V. et al., 2005; Bechyňová, V., Konvičková, M., 2008; Matoušek, O., Pazlarová, H., 2010):

- Sestavit **multidisciplinární tým sanace rodiny** a určit jeho koordinátora (členem je vždy pracovník OSPOD, sanační pracovník, pracovník zařízení pro výkon ÚV, OV, je-li dítě umístěno v tomto zařízení a další odborníci participující na péči o rodinu – např. učitel, lékař, speciální pedagog, psycholog, státní zástupce apod.). Úspěšnost se zvyšuje, pokud pro dítě důležitá osoba sehrává při plnění plánu sanace prioritní úlohu.
- **Konkretizovat očekávání** od sanace rodiny a reálné možnosti jednotlivých členů multidisciplinárního týmu (možnosti rodiny ve vztahu k návratu dítěte domů ze zařízení institucionální výchovy apod.).

- Pečlivě **posoudit míru ohrožení dítěte** v rodině, silné stránky rodiny, vztahy rodič-dítě, postoje rodičů a dítěte k intervenci v rodině a názory rodinných příslušníků na možnost umístění dítěte mimo rodinu.
- Dostatečný **čas na navázání a budování důvěrného vztahu** mezi rodinou a sanačním pracovníkem.
- **Vysvětlit konkrétní změny** v rodině, které lze sanací dosáhnout (společnou prací s rodinou) a definování jejich časového rámce (tzv. „smartování“ cílů). Pouze reálné cíle kladou na členy rodiny přiměřené nároky vedoucí k úspěšné sanaci.
- Nepřebírat **zodpovědnost** za změnu v rodině na sebe. Sanační pracovník dodává odvalu a naději na pozitivní změnu, není sám o sobě nositelem změny. Je třeba jednotlivé členy přivést k rozpoznání zdrojů svých těžkostí a podporovat je v jejich odstranění či změně.
- Ujasnit si **pravidla spolupráce** při tvorbě a realizaci sanačního plánu rodiny a předávání informací o situaci dítěte v rodině (pravidla jsou známá všem zúčastněným).
- Definovat **pravidla jasné a otevřené komunikace** v rámci multidisciplinárního týmu (včetně pravidelné supervize týmu).
- **Sanační plán** rodiny obsahuje: cílový stav situace rodiny, časový úsek pro naplnění tohoto stavu a minimální časový úsek pro měření efektivity dílčích kroků, domluvená kritéria (indikátory) efektivity (podle nichž bude efektivita hodnocena). Sanační plán je pro rodiče i dítě srozumitelný (rozumí mu) a s uvedeným plánem souhlasí.

Posouzení míry ohrožení dítěte může probíhat za využití různých modelů hodnocení. *Darlingtonský systém hodnocení rodiny* využívá rozhovory s jednotlivými členy rodiny, pozorování a posuzovací škály zaměřené na *zjištění problémů* dítěte, problémů rodičů, interakcí mezi dítětem a rodičem a fungování celé rodiny jako systému (Wilkinson, I., 1998). *Systém hodnocení silných a slabých stránek* se v rozhovorech soustředí na *residenční prvky* v rodině, sleduje vzájemnost, společné činnosti, zacházení s emocemi, podporu v rodině, komunikaci, přijetí, angažovanost jednotlivých členů a jejich odolnost vůči stresovým situacím (Barnes, M., Rowe, J., eds., 2008). Tento systém klade vysoké nároky na zvládnutí technik vedení rozhovoru a kladení otázek. *Model hodnocení potřeb* vychází z Maslowovy teorie potřeb. Sleduje oblast zdravého vývoje dítěte, strukturu a organizaci rodiny, vnitřní vztahy v rodině a kvalitu života jednotlivých členů rodiny a rodiny jako systému. (Kilpatrick, A. C., Holland, T. P., 2009). Pro účely strukturace potřeb dítěte při jejich posuzování je možné využít kategorizace potřeb dle Langmeiera a Matějčka (1968). V modelu hodnocení potřeb

zdůrazňují Cameron a Maginn (2009) autenticky vřelou „rodičovskou“ péči aplikovanou v přístupech vychovatelů („*authentic warmth*“) a citlivost vůči individualitě dítěte. Autentickou vřelost autoři tohoto přístupu sledují na škále rodičovského přijetí – odmítnutí a při aplikaci výchovných stylů rodičů. Na základě vyhodnocení situace rodiny stanovují jednotlivé posuzovací modely intervenční kritéria pro sanaci či substituci rodiny. (Model péče byl přeložen do češtiny v rámci ESF projektu VYNSPI.³ Celý překlad je dostupný na www.nuv.cz.)

Sanace rodiny se týká jak formálních, tak obsahových stránek rodiny. Formální stránka zahrnuje sociální a praktické zázemí rodiny (finanční situace, péče o domácnost, spolupráce s úřady a dalšími institucemi, bytové podmínky, apod.), jejich řešení převažuje na začátku spolupráce, protože jsou bezpečnější a klientům se jeví jako stěžejní. Průběžně jsou otevírány obsahové stránky rodičovství, které se týkají vztahů mezi rodiči a dětmi, jejich potřeb, výchovných a komunikačních strategií, rodinných rituálů a možností změn (Dubowitz, H., DePanfilis, D., 2000). Stěžejním předpokladem pro úspěšnou sanaci rodiny je osobnost a profesní kompetence sanačního pracovníka, jež se zakládá na účinné komunikaci. Doporučení pro průběh prvního kontaktu profesionální návštěvy v rodině i strukturu oblastí pro hodnocení rodiny uvádí Matoušek a Pazlarová (2010). Za prioritní pak pokládáme zvládnutí *metody motivačních rozhovorů*, které jsou založené na projevení empatie, využití odporu a podpoře vlastních schopností klienta (Miller, W. R., Rollnick, S. P., 2002).

5.3.3 Případová konference (case conference)

Součástí individuálního plánování (*case managementu*) pomoci ohroženému dítěti a procesu sanace jeho rodiny je realizace případových konferencí (*case conference*). Ty jsou v *Metodickém doporučení MPSV č. 2/2010 pro postup orgánů sociálně-právní ochrany dětí při případové konferenci* (dále jen Metodické doporučení MPSV č. 2/2010) vymešovány jako odborná diskuse pomáhajících pracovníků zainteresovaných subjektů nad konkrétním případem klienta (ohroženého dítěte nebo jeho rodiny) s cílem rychlého a úplného vyhodnocení situace dítěte a jeho rodiny a navržení optimálního řešení této situace. Indikace případové konference se zejm. doporučuje pro případy rodin s dlouhodobými rodičovskými spory, v komplikovaných případech náhradní rodinné a výchovné péče, při snižování rizik v rodině před či po odebrání dítěte z rodiny, při přípravě rodiny na návrat dítěte ze zařízení pro výkon ÚV, OV nebo při opakovaných stížnostech na postup orgánů OSPOD.

3 ESF projekt VYNSPI (celý název Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni), hlavním řešitelem byla Klinika adiktologie I. LF UK a jejím partnerem NÚV (projekt byl ukončen 30. 9. 2012).

Plánované a koordinované multidisciplinární setkání odborníků v rámci případové konference může být jednorázové, operativní či opakované. Účastníky případové konference mohou být všichni, kdo ze zákona mají právo nebo povinnost vystupovat k ochraně a zájmu dítěte (viz níže). Setkání mohou probíhat *za i bez účasti dítěte a jeho rodiny nebo osob zodpovědných za výchovu*, popřípadě *dalších členů širší rodiny nebo příbuzných dítěte*. Na žádost zákonného zástupce či osob odpovědných za výchovu dítěte se případové konference může spoluúčastnit právní zástupce nebo zmocněnec (ti však nenahrazují přítomnost zákonného zástupce). Vždy je členem týmu pracovník OSPOD, který v optimálním případě konferenci svolává,⁴ vede a řídí diskusi, případně modereje. Nese tedy roli klíčového pracovníka (Matoušek, O., Pazlarová, H., Baldová, L., 2008). Dále mohou být dle povahy případu dítěte nebo jeho rodiny přítomni: *sanační pracovník, pracovník nestátní organizace, škol a školských zařízení* (např. třídní učitel, výchovný poradce, pracovník PPP, SPC, SVP, pracovník zařízení pro výkon ÚV, OV atd.), *lékař* (pediatr, sexuolog, psychiatr) či *pracovník zdravotnického zařízení a dalších zařízení pro péči o dítě* (zařízení pro osoby se zdravotním postižením, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc), *soudce, pracovník policie, státní zástupce, pracovník probační a mediační služby, další odborníci* (např. psycholog) a *zástupce samosprávy*. Doporučený počet účastníků je 10 až 15 osob (Bechyňová, V., Konvičková, M., 2008; Metodické doporučení MPSV č. 2/2010), délka trvání je doporučována v rozmezí 90 až 120 minut (Matoušek, O., Pazlarová, H., 2010).

Příprava případové konference vyžaduje dostatek času, odborníci se shodují na 6 až 8 týdnech, samozřejmě pokud se nejedná o naléhavý případ. Důležité je poskytnout rodině dostatek informací o průběhu a principech konference a prostor pro sdílení jejich očekávání, obav a pochybností spojených s průběhem a plánem podpory (Lawrence, P., Wiffin, J., 2002). Podle zahraničních zkušeností s realizací případových konferencí se doporučuje, aby koordinátorem případové konference nebyla osoba, která se podílí na důležitých rozhodnutích týkajících se dítěte. Tento princip však není v českém prostředí naplňován, neboť nejčastější osobou, která koordinuje proces případové konference je pracovník OSPOD. Je tedy otázkou, do jaké míry je vhodné, aby pracovník OSPOD koordinoval tyto služby a do jaké míry jeho pravomocné postavení ovlivňuje průběh případové konference. Principy a zásady případové (rodinné) konference dle Lawrence a Wiffin (2002) jsou v plném znění uvedeny v příloze 1.

Průběh případové konference zahajuje koordinátor jednání, který na úvod prezentuje vstupní informace o situaci rodiny. Poté poskytne účastníkům prostor pro vymezení svých očekávání a vyjádření se k řešenému problému (jako první by se měla vyjadřovat rodina, je-li přítomna). V průběhu konání přípa-

4 Popřípadě případovou konferenci svolává komise pro sociálně-právní ochranu dětí.

dové konference jsou jasně, stručně a srozumitelně vymezeny klíčové úkoly a prioritizace jejich plnění, dále jsou určeny odpovědné osoby za řešení úkolů, stanoveny termíny jejich plnění, způsob vyhodnocení úkolů a další formy spolupráce, také jsou stanoveny způsoby vzájemného informování a poskytování zpětné vazby, všichni jsou seznámeni s následky při neplnění domluveného plánu. Plnění úkolů monitoruje a vyhodnocuje OSPOD. Lawrence a Wiffin (2002) dále doporučují, aby v průběhu konání konference měla rodina „soukromý čas“ pouze pro sebe, v jehož rámci by měli její členové možnost diskutovat o navrhovaném plánu pomoci a podpory. Formálním výstupem případové konference je písemný zápis – zpráva, protokol (MPSV, 2010), individuální plán pomoci (Matoušek, O., Pazlarová, H., 2010), plán sanace rodiny (Bechyňová, V., Konvičková, M., 2008). Účastným odborníkům je zaslán plán elektronickou podobou, rodině je předán v listinné podobě. Plán určený pro rodinu musí být srozumitelný, bez výhrad pochopitelný, je vhodné jej s rodinou prodiskutovat (podepsat informovaný souhlas). Obsah plánu uvádí Matoušek a Pazlarová (2010). Podoba sanace se proměňuje v závislosti na různých situacích v životě dítěte a jeho rodiny.

Případová konference respektuje právo rodiny na řešení vlastních záležitostí. Snižuje jednostrannou odpovědnost OSPOD, v případě zapojení rodiny zvyšuje odpovědnost rodiny za řešení situace dítěte a určuje dílčí zodpovědnost zúčastněných subjektů. Smyslem je sdílení informací i stanovisek ostatních subjektů o rodině a dítěti, objektivní posouzení situace a cílů řešení, ověření správnosti dosavadních a dále zvolených postupů. Sladěním spolupráce jednotlivých subjektů se zamezí živelnému (chaotickému) působení na rodinu, kdy každá organizace pracuje s rodinou na různých cílech. Realizace případových konferencí odpovídá mezinárodním Standardům Q4C (2007), které podtrhují důležitost multidisciplinární spolupráce při individuálním plánování pomoci ohroženému dítěti a aktivizaci a zapojení dítěte a rodiny do procesu změny. Profesionální podpora a pomoc rodinám zpravidla vyžaduje kombinaci více způsobů práce. Jedním z nich může být i rodinná terapie, manželská či partnerská terapie nebo individuální terapie některých členů rodiny.

Závěr

Celkové pojetí institucionální výchovy v Evropě prochází v posledních několika desetiletích procesem změn. Systém i podmínky péče o ohrožené děti se také v České republice kontinuálně zlepšují, ale stále nedosahují žádoucího stavu, a jsou proto předmětem kritiky mnoha českých i zahraničních institucí a odborníků (Výbor pro práva dítěte OSN, 2003; Rada Evropy, 2005; UNICEF, 2006; MV ČR, 2007a; Folda, J., ed., 2009). Proces transformace, který byl v ČR v letech 2007 až 2009 aktivně zahájen na politické úrovni, je reakcí na tuto kritiku. Nicméně vzhledem k celospolečensky kritické ekonomické situaci je třeba předpokládat, že většina transformačních cílů bude naplňována pomalými kroky v dlouhodobém horizontu. Přesto politická garnitura deklaruje průběžné plnění dílčích kroků, kterými usiluje především o zvyšování ochrany práv a zájmů dětí a zvyšování součinnosti jednotlivých rezortů v naplňování transformačních cílů (MPSV, 2009a; MŠMT, 2009b). Opatření by měla být realizována na úrovni legislativy, vzdělávání, metodických opor, včetně nastavení systému kontroly kvality. Prioritními cíli je snižování počtu dětí umístovaných do zařízení institucionální výchovy a za tímto účelem zamezit odebrání dětí z rodinné péče výhradně ze sociálních a ekonomických důvodů, posílit preventivní a terénní práci s rodinami, vytvářet mechanismy podpory řešení situace ohrožených rodin s dětmi, rozšiřovat kooperaci mezi orgány uplatňujícími státní moc (soudy, OSPOD), veřejnou moc (kraje, obce) a pomáhajícími organizacemi (nestátní, církevní apod.). K dalším, neméně důležitým, cílům náleží nastavení mechanismů spolupráce a vzájemné informovanosti multidisciplinárních týmů mezirezortního charakteru, rozšiřování spektra metodik práce s ohroženými dětmi a jejich rodinami, zvyšování profesních kompetencí pracovníků působících v oblasti práce s ohroženými dětmi atd.

Cílem předkládané studie bylo shromáždit aktuální informace z mezinárodních i národních odborných publikací, výzkumných šetření, statistických dat, koncepčních, legislativních aj. dokumentů, a rozšířit tak prostor pro diskusi nad směřováním náhradní výchovné péče v ČR.

Přehledová studie byla diferencována do pěti tematicky zaměřených kapitol, které poskytují ucelený obraz problematiky ohroženého dítěte v zařízení

institucionální výchovy z hlediska jeho sociálního rozvoje a přípravy na samostatný život. V jednotlivých kapitolách jsme usilovali o komparaci dat z pohledu různých vědních disciplín. Postihujeme v nich problematiku současného stavu systému podpory a péče o ohrožené děti v České republice, přičemž jsme se snažili o identifikaci jeho silných a slabých stránek, popsali jsme fáze sociálně rehabilitačního procesu v zařízeních institucionální výchovy a v neposlední řadě jsme usilovali o zmapování verifikovaných i v praxi osvědčených přístupů k rozvoji sociálních dovedností a nástrojů k jejich měření.

V centru pozornosti přehledové studie stojí odchod dítěte z náhradní výchovné péče do samostatného života, který je pro dítě náročnou životní etapou. Bez funkční rodiny se na této cestě k samostatnosti ocitá téměř bez dostatečné podpory. Co dítě potřebuje pro „úspěšný“ odchod? Jaká kritéria určují úspěšnost odchodu? Na koho se může obrátit v případě nejistoty, selhání, prohry...? Pro úspěšný odchod potřebuje mladý člověk celé spektrum dovedností, znalostí, informací, postojů. Odchod do samostatného života a prožívání spokojenosti se svým životem souvisí s kvalitou předchozích vztahů v životě dítěte, se schopností vejít do nových vztahů s důvěrou (nikoli však slepou), vstoupit do života (pracovního, společenského, rodinného) a fungovat v rámci jejich norem, hranic. Na tyto konkrétní otázky nacházíme málo odpovědí v české odborné literatuře i výzkumných šetřeních, protože problematice odchodů z NVP a následné podpoře mladým lidem žijícím mimo vlastní rodiny není v ČR věnována dostatečná pozornost.

V návaznosti na přehledovou studii jsme formulovali následující doporučení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, pro etopedickou praxi systémové a legislativní změny a pro další výzkum:

Doporučení pro vzdělávání (speciálních) pedagogů

- Zvyšovat *informovanost pedagogických pracovníků* v NVP o důležitosti realizace cílené přípravy dětí na jejich samostatný život a realizace následné podpory a zvyšování jejich profesní kompetence v těchto fázích péče.
- Zařazovat do pregraduálního, postgraduálního i dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků v NVP témata související s přípravou dětí na jejich samostatný život a následnou podporu.
- Jako další témata vzdělávání doporučujeme: *role vychovatele, práce s rodinným systémem dítěte*, a to jak v otázkách prevence odebrání dítěte z rodiny, tak i v metodách práce s rodiči v průběhu umístění dítěte v zařízení (udržování kontaktu, zvyšování rodičovských kompetencí a rodičovské zodpovědnosti, vědomí svých práv a povinností) a po jeho návratu do rodiny.

Doporučení pro speciálně pedagogickou a zejm. etopedickou praxi

- Vytvářet *metodiky přípravy na samostatný život*, a to jak z hlediska implicitního rozvoje, tak i cílených programů. V nich popsat metodické postupy rozvoje (včetně práce s rodinným systémem), ale i mechanismy multidisciplinární kooperace atd.
- Rozvoj dovedností pro život doporučujeme *zakomponovat do programů rozvoje osobnosti*, při jehož sestavování je třeba vycházet z podrobné diagnostiky funkčních a nefunkčních sociálních dovedností. Samotná intervence sociálních dovedností by pak měla být postavena na funkčních dovednostech, s jejichž využitím by se měly stanovit formy, struktura a postupné kroky rozvoje deficitních sociálních dovedností.
- Připravovat děti v zařízeních institucionální výchovy na samostatný život včas a především průběžně, a to jak v rámci běžných příležitostí (režimových, denních a volnočasových aktivit), tak i prostřednictvím specificky cílených programů.
- Informovat a podněcovat aplikaci principu garantství péče (klíčového pracovníka) v praxi.
- Rozšiřovat nabídku cílených programů rozvoje sociálních dovedností a přípravy na samostatný život (externích poskytovatelů) zaměřenou na mladistvé ve VÚ, kde je nabídka výrazně nižší oproti jiným typům zařízení (Běhounková, L., 2011).
- Podporovat setkávání profesních skupin pedagogických pracovníků v zařízeních institucionální výchovy za účelem sdílení zkušeností a příkladů dobré praxe.

Doporučení systémových a legislativních změn

- Legislativně ukotvit proces přípravy na samostatný život dětí v zařízeních institucionální výchovy v připravované novelizaci zákona č. 109/2002 Sb.
- V návaznosti na tuto změnu vypracovat metodické doporučení MŠMT k realizaci přípravy dětí v zařízeních institucionální výchovy na vstup do samostatného života a metodické doporučení MŠMT k realizaci následné podpory.
- Zakomponovat obě fáze sociálně rehabilitačního procesu do připravovaných Standardů kvality práce v zařízeních pro výkon ÚV, OV a preventivně výchovné péče, aby bylo možné deklarovat i ověřovat jejich naplňování.

- Informovat veřejnost o nezbytnosti cílené přípravy na vstup do života a následné podpory po odchodu z institucionální výchovy. S tím se pojí význam rozvoje sociálních dovedností ohrožených dětí a potřebnost práce s jejich rodinným systémem.

Doporučení pro další výzkum

Na základě přehledové studie se otevírá diskuse a prostor pro další návazná kvalitativní šetření ve třech samostatných oblastech: *1) v oblasti rozvoje sociálních dovedností, 2) v oblasti přípravy na samostatný život a 3) v oblasti následné podpory:*

- zjišťování korelace mezi mírou narušení konkrétních sociálních dovedností a ne/přítomností či stupněm poruchy chování,
- analýza metodik cíleného rozvoje sociálních dovedností,
- analýza metodik cílených programů přípravy na samostatný život, realizovaných samotnými pedagogickými pracovníky v zařízeních pro výkon ÚV, OV a jejich deskripce,
- definování protektivních a rizikových faktorů v době přechodu ze zařízení institucionální výchovy do samostatného života,
- analýza služeb následné podpory z hlediska jejich typů a forem, regionálního rozložení a dostupnosti,
- deskripce metodik následné podpory z pohledu různých služeb a typů poskytovatelů,
- definování kritérií úspěšné integrace mladého dospělého po ukončení NVP do společnosti,
- longitudinální sledování, založené na kazuistickém a katemnestickém šetření dětí a mladých dospělých s cílem evaluace úspěšnosti jejich integrace do společnosti (stanovení faktorů ovlivňujících proces jejich integrace).

Další výzkumná šetření by měla vytvořit východiska pro následnou tvorbu metodik či popis příkladů dobré praxe.

Seznam tabulek a schémat

Seznam tabulek

- Tabulka 1: Míra inkluzivního uspořádání ve společnosti (volně převzato in GAC, 2009a)
- Tabulka 2: Počty zařízení pro výkon ÚV, OV ve školních letech 1999/2000 až 2009/2010 (ÚIV, 2009b, 2010)
- Tabulka 3: Počty dětí (dívek i chlapců) v zařízeních pro výkon ÚV, OV ve školním roce 1999/2000 až 2009/2010 (ÚIV, 2009b, 2010; ČSÚ, 2009, 2010)
- Tabulka 4: Procentní vyjádření počtu dětí a mladistvých (dívek i chlapců) v zařízeních pro výkon ÚV, OV ve školním roce 1999/2000 až 2009/2010 z celkové populace ve věku 3–18 let (ÚIV, 2009b, 2010; ČSÚ, 2009, 2010)
- Tabulka 5: Rozdílové hodnoty v rozmezí školních roků 2003/04 až 2008/09 (ÚIV, 2009b)
- Tabulka 6: Počty dívek v zařízeních pro výkon ÚV, OV ve školním roce 2003/04 až 2009/10. Komparace školních roků 2003/04 a 2008/09 (ÚIV, 2009b, 2010)
- Tabulka 7: Počty chlapců v zařízeních pro výkon ÚV, OV ve školním roce 2003/04 až 2009/10. Komparace školních roků 2003/04 a 2008/09 (ÚIV, 2009b, 2010)
- Tabulka 8: Počty dětí před zahájením povinné školní docházky v zařízeních pro výkon ÚV, OV ve školním roce 2003/04 až 2009/10. Komparace školních roků 2003/04 a 2008/09 (ÚIV, 2009b)
- Tabulka 9: Počty dětí v průběhu povinné školní docházky v zařízeních pro výkon ÚV, OV ve školním roce 2003/04 až 2009/10. Komparace školních roků 2003/04 a 2008/09 (ÚIV, 2009b)
- Tabulka 10: Počty dětí po ukončení povinné školní docházky v zařízeních pro výkon ÚV, OV ve školním roce 2003/04 až 2009/10. Komparace školních roků 2003/04 a 2008/09 (ÚIV, 2009b, 2010)
- Tabulka 11: Klíčové kritické oblasti ve funkčnosti systému péče o ohrožené děti
- Tabulka 12: Vývojová tendence forem sociálního chování u dětí s následky psychické deprivace (Matějček, Z., 1995)
- Tabulka 13: Přehled nejfrekventovanějších rizikových a protektivních faktorů u dětí a mladistvých (Youth Violence: A Report of The Surgeon General, 2001; Labáth, V. a kol., 2001; Wikström, P.-O. H., Sampson, R., 2006; Koukolík, F., 2006; Farrington, D. P., 2007; Matoušek, O. a kol., 2008; Šolcová, I., 2009)
- Tabulka 14: Screeningový systém pro ranou identifikaci negativního vývoje tendence chování dítěte směrem k antisociálním projevům (Lane, K. L., Gresham, F. M., O'Shaughnessy, T. E. et al., 2002)
- Tabulka 15: Přehled diagnostických nástrojů pro diagnostiku problémů v chování (IPPP ČR, 2010)
- Tabulka 16: Sociální, kognitivní a konativní způsobilosti

- Tabulka 17: Komparace hierarchického modelu a modelu růstu (podle Satirová, V. et al., 2005; Labáth, V. a kol., 2001)
- Tabulka 18: Přehled efektivních a neefektivních principů v programech prevence (Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H., 1996, 1999; Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., 2002; Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže; Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., eds., 2010)
- Tabulka 19: Kurikulum přípravného programu rozvoje sociálních dovedností (Goldstein, A. P., 1999)
- Tabulka 20: Rozvoj prosociálních dovedností od předškolního věku do adolescence (Goldstein, A. P., 1999)
- Tabulka 21: Principy působení (demokratické) terapeutické komunity (Campling, P., Haigh, R., 1999; Yalom, I. D., Leszcz, M., 2007; Vymětal, J. a kol., 2007)
- Tabulka 22: Počty mladých dospělých starších 18 let v zařízeních pro výkon ÚV, OV (ÚIV, 2010)

Seznam schémat

- Schéma 1: Hvězdice – ideální forma fungování poskytované podpory a péče o ohrožené děti – dostupnost a provázanost podpory a péče v jakémkoliv okamžiku života dítěte (schéma vytváříme na základě analýzy systému péče o ohrožené děti v ČR)
- Schéma 2: Systém okamžité pomoci dítěti v ohrožení (podle Laurenčíková, K., 2009)
- Schéma 3: Mechanizmy geneze rizikového chování dětí ze sociálně znevýhodněného a kulturně odlišného prostředí v závislosti na komplexu zdrojů rizikového chování (Knotová, D., Hloušková, L., Novotný, P., 2008)
- Schéma 4: Řetězec sociální příležitosti k delikventnímu chování (podle Kuchta, J., Válková, H., 2005)
- Schéma 5: Triadický reciproční determinismus (Bandura, A., 1986) a predikce životní cesty
- Schéma 6: Cyklický model zpracování sociálních informací (Hewstone, M., Stroebe, W., 2006)
- Schéma 7: Základní behaviorální, kognitivní, emocionální a environmentální determinanty sociální odpovědi (Spence, S. H., 2003)
- Schéma 8: Dílčí kroky analýzy potenciálů, silných a slabých stránek chování (Eschenbach, R., 2004)

Seznam použitých zkratek

B3	Dotazník sledující vztahy ve třídě (4. třída ZŠ–SŠ), autorem je R. Braun
B4	Dotazník sledující vztahy ve třídě (2.–3. třída ZŠ), autorem je R. Braun
DD	Dětský domov
DDŠ	Dětský domov se školou
DÚ	Diagnostický ústav
DVPP	Další vzdělávání pedagogických pracovníků
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IPPP ČR	Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR a dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků škol a školských zařízení
KÚ	Kojenecký ústav
MF	Ministerstvo financí
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MS	Ministerstvo spravedlnosti
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MV	Ministerstvo vnitra
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NNO	Nestátní nezisková organizace
NÚV	Národní ústav pro vzdělávání (vznikl po transformaci IPPP ČR)
OECD	Organization for Economic Cooperation Development (český název Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj)
OSN	Organizace spojených národů
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
OV	Ochranná výchova
PMS	Probační a mediační služba
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
PPUNL	Primární prevence užívání návykových látek
RCH	Rizikové chování
SO-RA-D	Sociometricko-ratingový dotazník
SPC	Speciálně pedagogické centrum
SVI	Systém včasné intervence

SVP	Středisko výchovné péče
TSD	Trénink sociálních dovedností
TSP	Terénní sociální práce
ÚIV	Ústav pro informace ve vzdělávání
UNICEF	The United Nations Children's Fund (Dětský fond OSN)
UK	Univerzita Karlova
ÚSP	Ústav sociální péče
ÚV	Ústavní výchova
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VÚ	Výchovný ústav
WHO	World Health Organization (česky Světová zdravotnická organizace, SZO)
WWW	World Wide Web
ZDVOP	Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Použité a doporučené zdroje

1. ACHENBACH, Thomas M. *Manual for the Child Behavior Checklist for Ages 6–18 (CBCL/6–18)*. [online]. Aseba, 2001. Dostupné na WWW: <<http://www.aseba.org/>>.
2. AHMAD, Abdulbagh – MOHAMAD, Kirmanj. The socioemotional development of orphans in orphanages and traditional foster care in Iraqi Kurdistan. *Child Abuse and Neglect: The International Journal*. [online]. ISPCAN: 1996. Vol. 20, no. 12, p. 1161–1173. ISSN 0145-2134. Dostupné na WWW: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7N-3VWT9TT-R&_user=10&_coverDate=12/31/1996&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1627361887&_rerunOrigin=google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=c9a2c2fa471d6820496b4f21b43c6589&searchtype=a>.
3. APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. 4th ed. [online]. American Psychiatric Association, 2000. [cit. 2010-02-23]. Dostupné na WWW: <<http://allpsych.com/disorders/dsm.html>>.
4. ATKINSON, Rita L. (et al.). *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-640-3.
5. BAČOVÁ, Viera (ed.). *Kvalita života a sociálny kapitál*. FF PU: Prešov 2008. ISBN 978-80-8068-747-2.
6. BANDURA, Albert. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977.
7. BANDURA, Albert. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1986. ISBN 013815614X.
8. BARKLEY, Russel A. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorders. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 1998. ISBN 1-57230-275-5.
9. BARNES, Margaret – ROWE, Jennifer (eds.) *Child, Youth and Family Health: Strengthening Communities*. Sydney: Elsevier, 2008. ISBN 978-0-7295-3799-5.
10. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Térenní krizová práce*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0708-X.
11. BAUMAN, Zygmunt. *Individualizovaná společnost*. Praha: Mladá fronta, 2004. ISBN 80-204-1195-X.
12. BECHYŇOVÁ, Věra – KONVIČKOVÁ, Marta. *Sanace rodiny*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-392-5.
13. BELZ, Horst – SIEGRIST, Marco. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: Východiska, metody, cvičení a hry*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-479-6.
14. BĚHOUNKOVÁ, Leona (2010a). Artefietická prevence, intervence a poradenství v kontextu inkluzivního vzdělávání žáků s problémy v chování na 2. stupni ZŠ. *Speciální pedagogika*. 2010. Roč. 20, č. 1, s. 10-31. ISSN 1211-2720.
15. BĚHOUNKOVÁ, Leona (2010b). *Mapování vzdělávacích potřeb pedagogických pracovníků v zařízeních pro výkon institucionální výchovy v oblasti prevence rizikového chování*. [online]

- Praha: IPPP ČR, 2010 [cit. 2011-12-01]. Dostupné na WWW: <http://www.ippp.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=363&Itemid=339>.
16. BĚHOUNKOVÁ, Leona (2010c). Proces rozvoje sociálních dovedností u dětí a mladistvých v kontextu přípravy na odchod ze zařízení institucionální výchovy. In: PANČOCHA, Karel (ed.). *Životní dráha jedince v inkluzivním prostředí*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. s. 22-36, ISBN 978-80-210-5340-3.
 17. BĚHOUNKOVÁ, Leona. Artefletika jako prostor pro rozvoj sociálních kompetencí dětí s problémy v chování na 2. stupni ZŠ. *Arteterapie*. Praha: ČAA, 2009. č. 20–21, s. 97–110. ISSN 1214-4460.
 18. BĚHOUNKOVÁ, Leona. *Artefletická facilitace a intervence rizikových jedinců na 2. stupni základní školy*. Brno, 2007. Rigorózní práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
 19. BĚHOUNKOVÁ, Leona – VOJTOVÁ, Věra. *Artefletika jako strategie rozvoje sociálních kompetencí rizikové mládeže*. Brno, 2004. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
 20. BĚHOUNKOVÁ, Leona. *Rozvoj sociálních dovedností ohrožených dětí v institucionální výchově v kontextu přípravy na samostatný život*. Brno, 2011. Disertační práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
 21. BITTNER, Petr (et al.). *Děti z ústavů!: Právní a psychologické dopady ústavní výchovy z pohledu ochrany rodiny a nejlepšího zájmu dítěte*. Brno: Liga lidských práv, 2007. ISBN 978-80-903473-4-2.
 22. BLANCHET-COHEN, Natasha. Children, Agency and Violence: In and beyond the United Nations Study on Violence against Children. *Innocenti Working Paper*. UNICEF IRC: Florence. 2009. No. 10, p. 1–44. ISSN 1014-7837.
 23. BLATNÍKOVÁ, Šárka – NETÍK, Karel. *Predikce vývoje pachatele*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2008. ISBN 978-80-7338-075-5.
 24. BLATNÝ, Marek. *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: MU, 2001. ISBN 80-210-2747-9.
 25. BLATNÝ, Marek – DOSEDLOVÁ, Jaroslava – KEBZA, Vladimír. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: MU & Nakladatelství MSD, 2005. ISBN 80-86633-35-7.
 26. BLATNÝ, Marek – PLHÁKOVÁ, Alena. *Temperament, inteligence, sebepojetí*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, 2003. ISBN 80-86620-05-0.
 27. BOBEK, Milan – PENÍŠKA, Petr. *Práce s lidmi: Učebnice poradenství, koučování, terapie, socioterapie pro pomáhající profese*. Brno: NC Publishing, 2008. ISBN 978-80-903858-2-5.
 28. BORNSTEIN, Marc H. *Well-being: Positive development across the life course*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2003. ISBN 0805840354.
 29. BOWLBY, John. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-670-4.
 30. BOWLBY, John. *Separation: Anxiety & Anger (Attachment and Loss, Vol. 2)*. London: Hogarth Press, 1973. ISBN 0712666214.
 31. BOWLBY, John. *Child Care and the Growth of Love*. 2nd ed. London: Penguin Books, 1965.
 32. BRUGGER, Walter. *Filozofický slovník*. Praha: Naše vojsko, 2006. ISBN 80-206-0820-6.

33. CALDARELLA, Paul – MERRELL, Kenneth W. Common Dimensions of Social Skills of Children and Adolescents: a Taxonomy of Positive Behaviors. *School Psychology Review*. Philadelphia: NASP, 1997. Vol. 26, no. 2, p. 264-278. ISSN 0279-6015.
34. CAMERON, (Sean) R. J. – MAGINN, Colin. *Achieving Positive Outcomes for Children in Care*. London: SAGE Publications, 2009. ISBN 978-1-84787-449-8.
35. CAMPLING, Penelope – HAIGH, Rex (eds.). *Therapeutic communities: Past, Present and Future*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1999. ISBN 1-85302-614-X.
36. COIE, John (et al.). Childhood Peer Rejection and Aggression as Predictors of Stable Patterns of Adolescent Disorder. *Development and Psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. Vol. 7, p. 697-713. ISSN 0954-5794.
37. ČERMÁK, Ivo – KLIMUSOVÁ, Helena – VÍZDALOVÁ, Hana. Deprese v dětství a její vztah k problémům chování. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha: Academia, 2005. Roč. 49, č. 3, s. 223-236. ISSN 0009-062X.
38. ČERMÁK, Ivo – URBÁNEK, Tomáš. Vliv self-efficacy na agresi a depresi u dětí. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha: Academia, 1997. Roč. 41, č. 3., s. 193-199. ISSN 0009-062X.
39. ČSÚ, Publikace o obyvatelstvu. [online]. Český statistický úřad, 2010. [cit. 2010-10-14]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/4003-10>>.
40. ČSÚ, Česká republika od roku 1989 v číslech: Vzdělávání a kultura. [online]. Český statistický úřad, 2009. [cit. 2010-03-21]. Dostupné na WWW: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr_od_roku_1989#12> .
41. ČSÚ, *Náklady na výchovu a výživu dětí v roce 2003*. [online]. Praha : ČSÚ, 2003. [cit. 2010-04-01]. Dostupné na WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/5D00471063/\\$File/30100415d.pdf](http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/5D00471063/$File/30100415d.pdf)>.
42. DE LEON, George. *The therapeutic community: Theory, Model and Method*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 0-8261-1349-4.
43. *Developmental Assets: An Investment in Youth*. [online]. Minneapolis: Search institute, 1996, 2006, [cit. 2009-06-29]. Dostupné na WWW: <<http://www.search-institute.org/assets/>>.
44. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM – IV-TR*. 4th ed., text revision. Washington: APA, 2000. ISBN 0-89042-025-4.
45. DUBOWITZ, Howard – DePANFILIS, Diane. *Handbook for Child Protection Practice*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2000. ISBN 0-7619-1371-8.
46. DURKIN, Kevin. *Developmental Social Psychology: From Infancy to Old Age*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishers, 1995. ISBN 0-631-14828-0.
47. DUVALL, Emily M. *Family Development*. Philadelphi: Lippincott, 1957.
48. DYTRICH, Zdeněk a kol. Prediktabilita psychosociálních charakteristik dospělých lidí na základě IQ a osobnostních rysů zjištěných v dětském věku. *Psychiatrie, časopis pro moderní psychiatrii*. Praha: Tigis, 1998. Roč. 2, č. 4, s. 216-221. ISSN 1211-7579.
49. ECCLES, Jacquelynne – GOOTMAN, Jennifer Appleton (eds.). *Community Programs to Promote Youth Development*. Washington DC: National Academy Press, 2002. ISBN-10: 0-309-10590-0.

50. ELLIOT, Stephen N. – GRESHAM, Frank M. *Social Skill Intervention Guide: Practical Strategies for Social Skills Training*. Shoreview, Minnsesota: AGS Publishing, 1992. ISBN-10: 0886714249.
51. ELLIOTT, Stephen N. – GRESHAM, Frank M. Social Skills Interventions for Children. *Behavior Modification*. 1993. London: Sage Publications: Vol. 17, no. 3, p. 287–313. ISSN: 0145-4455.
52. ELLIOT, Jullian – PLACE, Maurice. *Dítě v nesnáziach*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0182-0.
53. ELKIN, Frederick – HANDEL, Gerald, CAHILL, Spencer. *The Child and Society : The Process of Socialization*. New York: Random House, 2007. ISBN 9780394383217.
54. ERIKSON, Erik. *Dětství a společnost*. Praha: Argo, 2002. ISBN 80-7203-380-8.
55. ESCHENBACH, Rolf. *Controlling*. 2. vyd. Praha: ASPI, 2004. ISBN 80-7357-035-1.
56. EURYDICE, *Key Competencies. A developing concept in general compulsory education*. [online]. Eurydice: 2002. [cit. 2010-07-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.eurydice.org>>.
57. FARRINGTON, David P. Childhood Risk Factors and Risk – Focussed Prevention. In: MAGUIRE, Mike – MORGAN, Rod – REINER, Robert (eds.). *The Oxford Handbook of Criminology*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2007. p. 602–640. ISBN 978-0-19-920543-1.
58. FARRINGTON, David P. Advancing Knowledge About Delinquency and Crime: The Need for a Coordinated Program of Longitudinal Research. *Behavioral Sciences and Law. The State University of New York: New York*, 2006. Vol. 6, no. 3, p. 307–331. ISSN 0753-3936.
59. FARRINGTON, David P. – COID, Jeremy W. (eds.). *Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. ISBN-13: 9780521651943.
60. FARRINGTON, David P. *Cambridge Study in Delinquent Development, 1961–1981, Great Britain*. 2nd ed. [online]. Ann Argot, Michigan: Inter-university Consortium for Political and Social Research (ICPSR), 1994. [cit. 2009-07-23]. Dostupné na WWW: <<http://sociology-data.sju.edu/8488/8488cb.pdf>>.
61. FOLDA, Jan (ed.). *Systém náhradní péče o děti a mladistvé a následné péče o mladé lidi odcházející z náhradní péče v České republice: Situační analýza*. Praha: Sdružení SOS dětských vesniček, 2009. ISBN 978-80-254-4799-4.
62. FONTANA, David. *Psychologie ve školní praxi*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-063-4.
63. FRANKFORT-HOWARD, Robyne – ROMM, Stephan. Development of or Cessation from Adult Antisocial Behavior. *Residential Treatment For Children and Youth*. Milwaukee (Wisconsin): Routledge, American Asociation Children's Residential Centers, 2002. Vol. 19, no. 3, p. 53–70. ISSN 1541-0358.
64. FRANKL, Victor E. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta, 1997. ISBN 80-85139-63-2.
65. FRANKL, Victor E. Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. ISBN 80-901601-4-X.
66. FROMM, Erich. *Mít či být?* Praha: Aurora, 2001. ISBN 80-7299-036-5.
67. GAC (2009a), *Klíčové faktory ovlivňující inkluzi dětí a mládeže se specifickými vzdělávacími potřebami do zájmového a neformálního vzdělávání*. Závěrečná zpráva veřejné zakázky. [online]. Praha: GAC spol. s r.o., 2009. [cit. 2010-03-30]. Dostupné na WWW: <http://www.gac.cz/documents/nase_prace_vystupy/GAC_NIDM_inkluze_SVP.pdf>.

68. GAC (2009b), *Vzdělanostní dráhy a vzdělanostní šance romských žáků a žáků základních škol v okolí zyloučených romských lokalit*. Závěrečná zpráva z projektu MŠMT. [online]. Praha: GAC, spol. s.r.o., 2009. [cit. 2010-04-01]. Dostupné na WWW: <http://www.gac.cz/documents/nase_prace_vystupy/GAC_Vzdelanostni_drahy_a_sance_romskych_deti.pdf>.
69. GAJDOŠ, Radek. *Soudnictví ve věcech mládeže v České republice*. Výstup z projektu BEST. [online]. Projekt BEST, 2006. [cit. 2010-04-10]. Dostupné na WWW: <http://www.best.spj.cz/dokumenty/ANALYSIS_CZ_for_translation.doc>.
70. GAJDOŠÍKOVÁ, Hana (ed.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku. Vybrané aspekty teorie a praxe*. Tišnov: SCAN, 2006. ISBN 80-86620-14-X.
71. GALLÀ, Maurice – AERTSEN, Peter – DAATLAND, Christer (et al.). *Making schools a healthier place: Manual on effective school-based drug prevention*. Utrecht: Trimbos Institute, 2002. ISBN 90-5354-404-7.
72. GARDNER, Howard. *Dimenze myšlení*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-279-3.
73. GARDNER, Howard – KORNHABER, Mindy – WAKE, Warren K. *Intelligence: Multiple Perspectives*. Fort Worth, Texas: Harcourt Brace College Publishers, 1996. ISBN 0030726298.
74. GARMEZY, Norman. Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated With Poverty. *The American Behavioral Scientist*. Sedona, Arizona: Sage Publication, 1991. Vol. 34, n. 4, p. 416-430. ISSN 0002-7642.
75. GARMEZY, Norman. Effects of Residential Treatment on Adjudicated Delinquents: A Meta-Analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1985. Vol. 22, p. 287-308. ISSN 0022-4278.
76. GJURIČOVÁ, Jitka. *Analýza stavu a dalšího vývoje mladých lidí po opuštění zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy za období 1995–2004*. Praha: MV a MŠMT, 2007. ISBN 978-80-254-0259-7.
77. GJURIČOVÁ, Šárka – KUBIČKA, Jiří. *Rodinná terapie: Systemické a narativní přístupy*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2390-7.
78. GOLDBERG, Susan. Attachment and Child Behaviour Problems in Normal, At-Risk, and Clinical Samples. In: ATKINSON, L., ZUCKER, K.J. (ed.) *Attachment and Psychopathology*. New York: Guilford Press, 1997, p. 171-195. ISBN 978-1-57230-191-7.
79. GOLDSTEIN, Arnold, P. *The Prepare Curriculum : Teaching Prosocial Competencies*. Revised ed. Champaign, Illinois: Research Press, 1999. ISBN-13: 978-0-87822-419-7.
80. GOTTWALDOVÁ, Martina a kol. *Dlouhodobá příprava dětí s nařízenou ústavní výchovou na vstup do samostatného života: Metodická příručka ESF projektu Poradenské centrum pro děti a mládež s nařízenou ústavní výchovou*. Chrudim: Centrum J. J. Pestalozziho, o.p.s., 2006.
81. GOUGH, David. Social Learning and Behavioural Approaches to Work with Children and Families. In: HILL, M. (ed.). *Effective Ways of Working with Children and their Families*. London : Robert Gordon University, 2001. ISBN 1-85302-619-0.
82. GRESHAM, Frank M. Social Competence and Students with Behavior Disorders: Where We've Been, Where We Are, and Where We Should Go. *Education and Treatment of Children*, Morgantown (West Virginia): West Virginia University Press: 1997. Vol. 20, no. 3, p. 233–491. ISSN 0748-8491.

83. GRESHAM, Frank M. Social Validity in the Assessment of Children's Social Skills: Establishing Standards for Social Competency. *Journal of Psychoeducational Assessment*, Thousand Oaks (California): Sage Publications, 1983. Vol. 1, no. 3, p. 299–307. ISSN 0734-2829.
84. GRESHAM, Frank M. – ELLIOT, Stephen N. *Social Skills Rating System: Manual*. Circle Pines (Minnesota): American Guidance Service, 1990.
85. GULLOTTA, Thomas P. – ADAMS, Gerald R. (eds). *Handbook of Adolescent Behavioral Problems*. New York: Springer, 2005. ISBN 0-387-23846-8.
86. GURMAN, Alan S. – KNISKERN, David P. (eds.). *Handbook of Family Therapy I*. New York: Brunner/Mazel, 1981. ISBN 0-87630-242-8.
87. GURMAN, Alan S. – KNISKERN, David P. (eds.). *Handbook of Family Therapy II*. New York: Brunner/Mazel, 1991. ISBN 0-87630-642-3.
88. HAGGERTY, Robert J. (eds.). *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. ISBN-13: 9780521576628.
89. HAYDEN, Carol (eds). *Children in trouble: the role of families, schools and communities*. New York: Palgrave Macmillan, 2007. ISBN 9781403994851.
90. HAVLÍK, Radomír – KOŤA, Jaroslav. *Sociologie výchovy a školy*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-327-7.
91. HARTL, Pavel – HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.
92. HAWKINS, David J. (et al.). Developmental risk factors for youth violence. *Journal of Adolescent Health*. San Francisco (California): Society for Adolescent Medicine, 2000. Vol. 26, no. 3, p. 176–186. ISSN 1054-139X.
93. HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1168-3.
94. HELUS, Zdeněk. *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-888-0.
95. HELUS, Zdeněk. *Psychologické problémy socializace osobnosti*. Praha: SPN, 1979.
96. HERMOCHOVÁ, Soňa. *Metody aplikované sociální psychologie: IV. Sociálně-psychologický výcvik ve školním věku*. Praha: Karolinum, 1991. ISBN 80-7066-232-8.
97. HEWSTONE, Miles – STROEBE, Wolfgang. *Sociální psychologie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-092-5.
98. HILL, Jonathan – MAUGHAN, Barbara (eds.). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. London: Cambridge University Press, 2001. ISBN 0-0521-78639-8.
99. HIRSCHI, Travis. *Cause of Delinquency*. [online]. University of New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers, 2002, [cit. 2009-07-17]. ISBN 978-0-7658-0900-1. Dostupné na WWW: <http://books.google.cz/books?id=i13b00vhluoC&printsec=frontcover&source=gbs_navlinks_s>.
100. HOLAS, Jakub a kol. Analýza zpráv o mladistvém vyžadovaných podle zákona č. 218/2003 Sb., o soudnictví nad mládeží. *Kriminalistika*. Praha: MV ČR, 2009. Roč. 42, č. 1, s. 23–41. ISSN 1210-9150.
101. HORN, John L. – CATTELL, Raymond B. Refinement and Test of The Theory of Fluid and Crystallized General Intelligences. *Journal of Educational Psychology*. [online].

- Washington, etc: APA PsycNET, 1966. Vol. 57, no. 5, p. 253-270. ISSN: 0022-0663. [cit. 2010-03-08]. Dostupné na WWW: <<http://psycnet.apa.org/journals/edu/57/5/253/>>.
102. HOUSKA, Tomáš. *Inkluzivní škola: 1. Žavádíme inkluzivní vzdělávání*. Praha: Česká pedagogická komora, Osmileté gymnázium Budánka, o.p.s., 2007. Dostupné na WWW: <<http://www.mojeskola.net/ucebnice.php>>.
103. HUGHES, Tammy L. – CROTHERS, Laura M. – JIMERSON, Shane R. *Identifying, Assessing, and Treating Conduct Disorder at School*. New York: Springer, 2008. ISBN 978-0-387-74393-6.
104. HUGHES, Daniel A. *Attachment – focused parenting: effective strategies to care for children*. New York: W. W. Norton, 2009. ISBN 13: 978-0-393-70555-3.
105. HUGHES, Daniel A. *Attachment – focused family therapy*. New York: W. W. Norton, 2007. ISBN 13: 978-0-393-70526-3.
106. HURRELMANN, Klaus – RICHTER, Mathias. Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*. Heidelberg: Springer, 2006. Vol. 14, No. 1, pp. 20–28. ISSN: 0943-1853.
107. HUSTONS, Cathie – ARMSTRONG, Ken. Home Visiting Family Therapy for Children at Risk. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. Nedlands WS: Australian Academic Press, 1999. Vol. 20, No. 1, pp. 41–45. ISSN 0814-723X.
108. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
109. IPPP ČR, Analýza diagnostických nástrojů užívaných ve školských poradenských zařízeních. *Pedagogicko-psychologické poradenství*. Praha: IPPP ČR, 2010. ISSN 1214-7230.
110. JANATA, Jaromír. *Agrese, tolerance a intolerance*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-889-X.
111. JANOUSEK, Jaromír. Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha: Academia, 1992. Roč. 36, č. 5, s. 385–398. ISSN 0009-062X.
112. JANSKÝ, Pavel. Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004. ISBN 80-7041-114-7.
113. JANSKÝ, Pavel. *Analýza nevhodného sociálního chování a některé aspekty poskytované péče v podmínkách školských zařízení pro výkon ústavní péče*. [Nepublikovaná metodická příručka], 2001. [cit. 2010-02-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.ddu-hk.cz/aktualne/stahnete.htm>>.
114. JEDLIČKA, Richard. *Psychosociální vývoj dítěte a jeho poruchy z hlediska hlubinné psychologie*. Praha: PedF UK, 2003. ISBN 80-7290-070-6.
115. JESSOR, Richard. Risk Behaviour in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. *Journal of Adolescent Health*. New York: Elsevier Science Inc. 1991. Vol. 12, No. 8, pp. 597-605. ISSN 1879-1972.
116. JONES, Elsa – ASEN, Eia. Systemic Therapy and the World Cap: Systemic Couple Therapy and Depression. *ANZJFT: Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. Nedlands WS: Australian Academic Press, 2004. Vol. 25, No. 2, pp. 61–63. ISSN 0814-723X.

117. JURČOVÁ, Marta. Osobnostné koreláty sociálnej kompetentnosti. In: SVOBODA, Mojmir – BLATNÝ, Marek. *Sociální procesy a osobnost: sborník příspěvků z konference FF MU*. Brno: Masarykova univerzita, 1999. ISBN 80-210-2228-0.
118. KALINA, Kamil. *Těrapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.
119. KAUFFMAN, James M. *Characteristic Emotional and Behavioural Disorders of Children and Youth*. 8th ed., New Jersey, Upper Saddle River: Prentice Hall, 2007. ISBN 0-131-11817-X.
120. KAZDIN, Alan E. *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. 2nd. ed. London: Sage Publications, 1995. ISBN 0-8039-7180-X.
121. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
122. KELLER, Jan. Úvod do sociologie. 5. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2004. ISBN 80-86429-39-3.
123. KILPATRICK, Allie C. – HOLLAND, Thomas P. *Working with Families: An Integrative Model by Level of Need*. 5th ed. Boston: Pearson, 2009. ISBN-10: 0205673929.
124. KINDLER, Heinz. *Fuersorge un Engagement des Vaters in der fruehen Kindheit und sozioemotionale Entwicklung im Jugendalter: Laengschnittlichen Anahyse*. Regensburg, 2001. Dissertation. Universität Regensburg.
125. KMONÍČKOVÁ, Natálie – VOJTOVÁ, Věra. *Profesní orientace jedinců ve výchovných ústavech*. Brno, 2010. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
126. KNOTOVÁ, Dana – HLOUŠKOVÁ, Lenka – NOVOTNÝ, Petr. *Průzkum ke zmapování situace dětí z kulturně odlišného a sociálně znevýhodněného prostředí z hlediska jejich rizikového chování*. Výzkumná zpráva pro ESF projekt SIM, IPPP ČR. Brno: Ústav pedagogických věd, FF MU, 2008.
127. KOHOUTEK, Rudolf. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4434-0.
128. KOMÁRKOVÁ, Růžena – SLAMĚNÍK, Ivan – VÝROST, Jozef. (eds.). *Aplikovaná sociální psychologie III. Sociálněpsychologický výcvik*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0180-4.
129. KOPŘIVOVÁ, Lenka, GULOVÁ, Lenka. *Odchod dětí z dětského domova*. Brno, 2006. Diplomová práce. Masarykova univerzita: Pedagogická fakulta.
130. KOUKOLÍK, František. *Sociální mozek*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1242-9.
131. KOUKOLÍK, František. *O vztahu lidského mozku a chování*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-276-1.
132. KOUKOLÍK, František. *Vybrané přednášky o vztahu mozku a chování*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-992-6.
133. KOUKOLÍK, František – DRTILOVÁ, Jana. *Vzpouza deprivantů*. Praha: Makropulos, 1996. ISBN 80-901776-8-9.
134. KOUDELKOVÁ, Anna. *Psychologické otázky delikvence*. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-7187-022-6.

135. KOVAŘÍK, Jiří. Posuzování potřeb ohroženého dítěte. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 201–230. ISBN 978-80-7367-502-8.
136. KOZULIN, Alex. *Psychological Tools: A Sociocultural Approach to Education*. Cambridge : Harvard University Press, 1998. ISBN 0-674-72141-1.
137. KOŽNAR, Jan. *Skupinová dynamika: teorie a výzkum*. Praha: Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-632-3.
138. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3. dopl. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-347-1.
139. KUČTA, Josef – VÁLKOVÁ, Helena (ed.). *Žáklady kriminologie a trestní politiky*. Praha: C. H. Beck, 2005. ISBN 80-7179-813-4.
140. KURELOVÁ, Milena – SEKERA, Ondřej – KUBÍČKOVÁ, Hana. *Komunitní systém v resocializačních zařízeních pro adolescenty II.: Proces reedukace a resocializace očima dětí a analýza profesních činností vychovatelů a učitelů ve výchovných ústavech*. Ostrava: PedF OU, 2008. ISBN 978-80-7368-535-5.
141. KUSÁ, Daniela. Tvorivost a flexibilita v sociálním poznávání. In: SVOBODA, Mojmír – BLATNÝ, Marek. *Sociální procesy a osobnost: sborník příspěvků z konference FF MU*. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-2005-9.
142. KUSÝ, M. – GÚNOVÁ, S. – KRÁL, P. *Charakteristika mladistvých děvčat přijímaných aktuálně do ústavních zařízení*. 2004. Příspěvek z XI. konference O sexualitě a lidských vztazích, konané 18.–20. května 2005, Uherské Hradiště. [online]. 2005 [cit. 2010-01-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.sex.systemic.cz/archive/cze/textbook2005/kusy.pdf>>.
143. LABÁTH, Vladimír (ed.). *Riziková mládež: Možnosti potenciálních změn*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. ISBN 80-85850-66-4.
144. LANE, Kathleen Lynne. Young Students at Risk for Antisocial Behavior: The Utility of Academic and Social Skills Interventions. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. Thousand Oaks (California): Sage Publications, 1999. Vol. 7, No. 4., p. 211–223. ISSN 1063-4266.
145. LANE, Kathleen Lynne – GRESHAM, Frank M. – O'SHAUGHNESSY, Tam E. (et al.). *Interventions for Children With or At Risk of Emotional and Behavioral Disorders*. Boston: Allyn & Bacon, 2002. ISBN-13 9780205321827.
146. LANGMEIER, Josef – BALCAR, Karel – ŠPITZ, Jan. *Dětská psychoterapie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.
147. LANGMEIER, Josef – KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
148. LANGMEIER, Josef – MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1968. ISBN neuvedeno.
149. LAŠEK, Jan (2005a). *Komponenty sebehodnocení pubescentů*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. ISBN 80-7041-103-1.
150. LAŠEK, Jan (2005b). *Psychická deprivace dítěte jako kriminogenní faktor*. [online]. 2005. [cit. 2010-23-09]. Dostupné na WWW: <<http://www.dom-os.cz>>.
151. LAURENČÍKOVÁ, Klára. Systém péče o děti. *Bulletin č. 68*. [online]. FDD ČR, 2009. [cit. 2010-03-31]. Dostupné na WWW: <<http://fddcr.cz>>.

152. LAWRENCE, Patrice – WIFFIN, Jane. *Family Group Conference: Principles and Practice Guidance*. Illford, Essex: Barnardo's, FRG, NCH, 2002. ISBN 0-902046-82-9.
153. LEARY, Mark R. – TANGNEY, June Price. *Handbook of Self and Identity*. New York: Guilford Press, 2005. ISBN 1572307986.
154. LEBEER, Jo (ed.). *Programy pro rozvoj myšlení dětí s odchylkami vývoje: podpora začleňování znevýhodněných dětí do běžného vzdělávání*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-103-4.
155. *Lisabonská deklarace: Názory mladých lidí na inkluzivní vzdělávání*. [online]. Evropské slyšení: „Hlas mladých: Vstřícnost rozmanitosti ve vzdělávání“, konané dne 17. 9. 2007. Lisabon, 2007. [cit. 2010-04-02]. Dostupné na WWW: <http://www.european-agency.org/publications/flyers/lisbon-declaration-young-peoples-views-on-inclusive-education/declaration_cs.pdf>.
156. LOEBER, Rolf – FARRINGTON, David P. (eds.). *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Intervention*. London: Sage Publications, 1998. ISBN 0-7619-2040-4.
157. LOEBER, Rolf – SLOT, Wim N. – STOUTHAMER-LOEBER, Magda. A three-dimensional cumulative developmental model of serious delinquency. In: WIKSTRÖM, Per-Olof H. – SAMPSON, Robert J. (eds.). *The Explanation of Crime: Context, Mechanism and Development*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006, p. 153–195. ISBN-13 978-0-521-85707-9.
158. LÖSEL, Friedrich – BENDER, Doris. Protective factors and resilience. In: FARRINGTON, David P – COID, Jeremy W. (eds.) *Early prevention of adult antisocial behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003, p. 130–204. ISBN-13: 9780521651943.
159. MÁLKOVÁ, Gabriela. *Umění zprostředkovaného učení: Teoretická východiska a výzkum instrumentálního obohacování Rauvena Feuersteina*. Praha: Togga, 2008. ISBN 978-80-87258-02-6.
160. MARTIN, Paul – BATESON, Patrik. Úvod do teorie a metodologie měření chování. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-526-4.
161. MARZIALI, Elsa – DAMIANAKIS, Thecla – SMITH, David – TROCMÉ, Nico. Supportive Group Therapy for Parents who Chronically Neglect their Children. *Families in Society*. Milwaukee, WI: NASW Press, 2006. Vol. 87, No. 3, p. 401–408. ISSN 1044-3894.
162. MATĚJČEK, Zdeněk. Typologie následků psychické deprivace. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. Roč. 1, č. 2, s. 72–75. ISSN 1211-7579.
163. MATĚJČEK, Zdeněk – BUBLEOVÁ, Věduna – KOVAŘÍK, Jiří. Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace. I. část. Děti z dětských domovů ve svých čtyřiceti letech. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha: Academia, 1995. Roč. 39, č. 6, s. 481–495. ISSN 0009-062X.
164. MATĚJČEK, Zdeněk – BUBLEOVÁ, Věduna – KOVAŘÍK, Jiří. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. ISBN 80-85121-89-1.

165. MATĚJŮ, Petr – STRAKOVÁ, Jana (et al.). *(Ne)rovnné šance na vzdělání: Vzdělanostní nerovnosti v České republice*. Praha: Academia, 2006. ISBN 80-200-1400-4.
166. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
167. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
168. MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: SLON, 1999. ISBN 80-85850-76-1.
169. MATOUŠEK, Oldřich – KROFTOVÁ, Andrea. *Mládež a delikvence*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-771-X.
170. MATOUŠEK, Oldřich – PAZLAROVÁ, Hana. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-739-8.
171. MATOUŠEK, Oldřich – PAZLAROVÁ, Hana. Individuální plánování u dětí v ústavní péči. In: *Sociální práce*. Brno: ASVSP, 2008. Roč. 8, č. 3, s. 75–81. ISSN 1213-6204.
172. MATOUŠEK, Oldřich – PAZLAROVÁ, Hana – BALDOVÁ, Lenka. *Individuální plánování služeb u ohrožených dětí a mládeže s důrazem na mladistvé odcházející z ústavní výchovy*. Praha: Člověk hledá člověka, 2008. ISBN 978-80-254-2756-9.
173. McCORD, Joan – TREMBLAY, Richard E. (eds.). *Preventing Antisocial Behavior. Interventions from Birth through Adolescence*. New York: Guilford Press, 1992. ISBN 0-89862-882-2.
174. MELLVILLE, Margarita B. – LYKES, M. Brinton. Guatemalan Indian children and the sociocultural effects of government-sponsored terrorism. *Social Science & Medicine*. Oxford: Pergamon, 1992. Vol. 34, no. 5, p. 533–548. ISSN 0277-9536.
175. MERTON, Robert K. *Studie ze sociologické teorie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2000. ISBN 80-85850-92-3.
176. *Metodické doporučení MPSV č. 2/2010 pro postup orgánů sociálně-právní ochrany dětí při případové konferenci*. [online]. MPSV, 2010. [cit. 2010-11-18]. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9086/Metodika_pripadove_konference.pdf>.
177. *Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti Středisek výchovné péče, č. j. 14 744/2007-24*. [online]. MŠMT, 2007. [cit. 2009-12-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/metodicky-pokyn-upresnujici-podminky-cinnosti-stredisek-vychovne-pece>>.
178. *Metodický pokyn k poskytování supervize ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a ve školských zařízeních preventivně výchovné péče, č. j. 1599/2010-6/TPPP*. [online]. MŠMT, 2010. [cit. 2010-10-09]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/socialni-programy/metodicky-pokyn-k-poskytovani-supervize>>.
179. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže č. j.: 21291/2010-28*. [online]. MŠMT, 2010. [cit. 2009-12-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/socialni-programy/metodicke-doporuceni-k-primarni-prevenci-rizikoveho-chovani>>.
180. MILLER, Thomas W. (ed.). *Children of Trauma: Stressful Life Events and Their Effects on Children and Adolescents*. New York: International Universities Press, 1998. ISBN 0-8236-0810-7.

181. MILLER, William R. – ROLLNICK, Stephen P. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd rev. edition. New York: The Guilford Press, 2002. ISBN 978-1-57230-563-2.
182. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
183. MIOVSKÝ, Michal – SKÁCELOVÁ, Lenka – ZAPLETALOVÁ, Jana (eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: SCAN, 1. LF UK, TOGGA, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7.
184. MIOVSKÝ, Michal – ZAPLETALOVÁ, Jana. *Systém primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace*. [online]. Příspěvek přednesený na III. ročníku celostátní konference PPRCH, 27.–28. 11. 2006, Praha. [cit. 2010-01-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.adiktologie.cz/publications/cz/119/852/Primarni-prevence-rizikoveho-chovani-na-rozcesti-specializace-versus-integrace.html>>.
185. *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.
186. MORRIS, Richard J. – NICHOLSON, John. The Therapeutic Relationship in Child and Adolescent Psychotherapy. In: KRATOCHWILL, Thomas R., MORRIS, Richard J. (eds.) *Handbook of Psychotherapy with Children and Adolescents*. 2nd ed. New York: Psychology Press, 2010. ISBN 978-0-8058-6226-3.
187. MPSV (2008a), *Analýza současného stavu institucionálního zajištění péče o ohrožené děti*. [online]. Praha: MPSV ČR, 2008. [cit. 2009-11-01]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/7305/Analyza.pdf>>.
188. MPSV (2009a), *Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011*. [online]. Praha: MPSV, 2009. [cit. 2009-12-09]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/7440/NAP.pdf>>.
189. MPSV (2009b), *Návrh opatření k transformaci a sjednocení péče o ohrožené děti – základní principy*. [online]. Praha: MPSV ČR, 2009. [cit. 2009-11-01]. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7306/Navrh_opatreni_k_transformaci.pdf>.
190. MPSV (2009c), *Transformace a sjednocení systému péče o ohrožené děti. Tisková zpráva MPSV ze dne 19. ledna 2009*. [online] 2009 [cit. 2009-11-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/6141>>.
191. MPSV (2008b), *Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008 až 2010*. [online]. Praha: MPSV, 2008. [cit. 2010-10-14]. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5829/zprava_cj.pdf>.
192. MPSV, *Koncepce péče o ohrožené děti a děti žijící mimo vlastní rodinu*. Praha: MPSV ČR, 2006.
193. MRAZEK, Patricia J. – HAGGERTY, Robert J. (eds.). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: Institute of Medicine, 1994. ISBN-10: 0-309-07485-1.
194. MŠMT (2010), *Informace o vypracování obecných standardů kvality práce v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovnou činnost v resortu MŠMT, č. j.: 27381/2010-27*. 2010. Nepublikovaný materiál.

195. MŠMT (2009a), *Národní akční plán realizace Koncepce včasné péče o děti ze sociálně znevýhodňujícího prostředí*. [online]. Praha: MŠMT ČR, 2009. [cit. 2010-04-01]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.
196. MŠMT (2009b), *Rámcová koncepce MŠMT ČR v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči*. [online]. Praha: MŠMT ČR, 2009. [cit. 2010-01-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.
197. MŠMT (2009c), *Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012*. [online]. Praha: MŠMT ČR, 2009. [cit. 2010-04-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.
198. MŠMT, *Návrh Koncepce (projektu) včasné péče o děti ze sociokulturně znevýhodňujícího prostředí v oblasti vzdělávání*. [online]. [cit. 2010-04-01]. Praha: MŠMT ČR, 2005. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.
199. MV ČR (2007a), *Hodnocení systému péče o ohrožené děti*. [online]. Praha: MV ČR, 2007. [cit. 2009-01-11]. Dostupné na WWW: <<http://web.mvcr.cz/archiv2008/dokument/2007/prevence/mladez1016.html>>.
200. MV ČR (2007b), *Žávací metodika Systém včasné intervence a Týmů pro mládež pro rok 2007*. [online]. Praha: MV ČR, 2007. [cit. 2010-04-02]. Dostupné na WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/dokument/2007/prevence/mladez1016/priloha3.pdf>>.
201. MV ČR, *Vyhodnocení účinnosti přijaté legislativy související se systémovým přístupem k péči o delikventní mládež*. [online]. Praha: MV ČR, 2004. [cit. 2010-03-20]. Dostupné na WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/prevence/system/vlada/2004_1/vyhodnoceni.html>.
202. MV ČR, *Návrh systémového přístupu k péči o dětské a mladistvé delikventy*. [online]. Praha: MV ČR, 1999. [cit. 2010-03-19]. Dostupné na WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/prevence/priority/mladez/obsah.html>>.
203. MUNKOVÁ, Gabriela. *Sociální deviace*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0279-2.
204. MÜHLEISEN, Stefan – OBERHUBER, Nadine. *Komunikační a jiné měkké dovednosti : Soft skills v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2662-5.
205. MÜHLPACHR, P. *Sociopatologie*. Brno: MU, 2008. ISBN 978-80-210-4550-7.
206. MÜLLER, Oldřich. *Léčebná pedagogika v Čechách aneb dobře ukrytý problém. E-pedagogium : nezávislý odborný časopis určený pedagogickým pracovníkům všech typů škol*. Olomouc: PdF UP, 2002. Mimořádné č. 2. ISSN 1213-7758.
207. NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 2004. ISBN 978-80-200-0592-2.
208. NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 1999. ISBN 80-200-0690-7.
209. *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice. Bílá kniha*. Praha: Tauris, 2001. ISBN 80-211-0372-8.
210. NEŠPOR, Karel – CSÉMY, Ladislav – PERNICOVÁ, Hana. *Žasady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag pro MŠMT, 1999.
211. NEŠPOR, Karel – CSÉMY, Ladislav – PERNICOVÁ, Hana. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách: Příručka pro pedagogy*. Praha: Sportpropag pro MŠMT, 1996.

212. NETÍK, Karel – NETÍKOVÁ, Daria – HÁJEK, Stanislav. *Psychologie v právu. Úvod do forenzní psychologie*. Praha: C. H. Beck, 1997. ISBN 80-7179-177-6.
213. NÚOV, *Koncepce klíčových kompetencí v RVP středního odborného vzdělávání*. [online]. Praha: NUOV, 2008. [cit. 2010-07-12] Dostupné na WWW: <<http://www.nuov.cz/koncepce-kk>>.
214. OECD (2005a). *Definition and Selection of Key Competencies – DeSeCo*. [online]. 2005. [cit. 2010-01-20]. Dostupné na WWW: <<http://www.oecd.org/edu/statistics/deseco>>.
215. OECD (2005b). *Formative Assessment: Improving Learning in Secondary Classrooms*. Paris: OECD Publishing, 2005. ISBN 92-64-00739-3.
216. ONDRÁČEK, Petr. *Františku, přestaň konečně zlobit, nebo...* Praha: ISV, 2003. ISBN 80-86642-18-6.
217. O'NEILL, Jan – CONZEMIUS, Anne. *The Power of SMART Goals: Using Goals to Improve Student Learning*. USA: Solution Tree, 2001. ISBN 978-1-934009-92-5.
218. OSN, *Směrnice o náhradní péči o děti*. [online]. 2009. [cit. 2010-04-01]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz>>.
219. OSN, Výbor pro práva dítěte OSN. *Žávěrečná doporučení Výboru pro práva dítěte: Česká republika – CRC/C/15/Add.201, ze dne 31. 1. 2003*. [online]. 2003. [cit. 2009-11-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.unhcr.org/refworld/docid/3f25962b4.html>>.
220. OUDOVÁ, Drahomíra. *Analýza sociální kompetence dospívajících*. Brno, 2007. Disertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.
221. PANNEBAKKER, Fieke D. *Morality from Infancy to Middle Childhood*. Leiden University, Faculty of Social and Behavioural Science: Mostert & Van Onderen, 2007. ISBN 978-90-9022242-4.
222. PATTERSON, Gerald R. – REID, John B. – DISHION, Thomas J. *Antisocial Boys*. Eugene (Oregon): Castalia Publishing Company, 1992. ISBN 0-916154-05-X.
223. PATOČKA, Jan. *Filozofie výchovy*. Praha: PedF UK 1997. ISBN 80-86039-33-1.
224. PELIKÁN, Jiří. *Žáklady empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8.
225. PESSO, Albert – BOYDEN-PESSO, Diane – VRTBOVSKÁ, Petra. *Úvod do Pesso Boyden Systém Psychomotor: PBSP v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu*. Brno: SCAN, 2009. ISBN 80-86620-15-8.
226. PETTY, Geoffrey. *Moderní vyučování*. 5. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-427-4.
227. PILAŘOVÁ, Martina – HRADILKOVÁ, Terezie (ed.). *Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence: sborník MŽ ČR, 2001*. Praha: Futurum, 2001.
228. PILAŘOVÁ, Martina – HRADILKOVÁ, Terezie (ed.). *Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence: sborník MŽ ČR, 1998*. Praha: Futurum, 1999.
229. POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.
230. POKORNÁ, Věra. *Poruchy chování u dětí a jejich náprava*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-600-5.
231. POLLARD, John A. – HAWKINS, J. David – ARTHUR, Michael W. *Risk and Protection: Are Both Necessary to Understand Diverse Behavioral Outcomes in*

- Adolescence? *Social Work Research*. Atlanta (Georgia): NASW Press, 1999. Vol. 23, No. 3, p. 145–158. ISSN 1070-5309.
232. Poradna pro občanství, občanská a lidská práva. Návrat dítěte do původní rodiny. Závěrečná zpráva z realizace projektu. [online]. Poradna pro občanství, občanská a lidská práva, 2003. [cit. 2010-04-01]. Dostupné na WWW: <http://www.poradna-prava.cz/folder05/maxova_zprava.pdf>.
233. PÖTHE, Petr. *Traumata rodiče a dítěte v raném vztahu*. Nepublikovaná přednáška z Mezinárodní konference MŠMT k problematice ústavní a ochranné výchovy „Respekt k dítěti“, konané v Praze ve dnech 23.–25. června 2010.
234. PÖTHE, Petr. *Kriminální chování a kvalita raného vztahu*. Sborník z Mezinárodní konference České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii „Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence“, v Praze dne 19. – 21. října 2001. Praha: CSPAP, 2001.
235. PRAŠKO, Ján a kol. *Poruchy osobnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-558-5.
236. PRAŠKO, Ján – HÁJEK, Tomáš – PREISS, Marek. *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-80-5.
237. PRAŠKO, Ján – KOSOVÁ, Jiřina. *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha: Triton, 1998. ISBN 80-85875-46-2.
238. PROKEŠOVÁ, Miriam. *Filozofie výchovy*. Ostrava: PdF OU, 2004. ISBN 80-7042-693-4.
239. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 3. upr. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-047-X.
240. PRŮCHA, Jan. *Pedagogické teorie a výzkumy na západě*. Praha: Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-628-5.
241. PUKA, Bill. *Fundamental Research in Moral Development*. London: Taylor & Francis, 1994. ISBN -13: 9780815315490.
242. RADA EVROPY, *Děti a mládež v náhradní péči: Poznej svá práva!* [online]. Rada Evropy, MPSV, 2010 [cit. 2011-04-01]. Dostupné na WWW: <http://www.coe.int/t/transversalprojects/children/ChildrenInCare/BookletChildrenInCare_Czech.pdf>.
243. RADA EVROPY, *Doporučení REC Výboru ministrů členským státům ohledně práv dětí žijících v institucionálních zařízeních*. [online]. 2005 [cit. 2009-11-07]. Dostupné na WWW: <[http://www.radaevropy.cz/dokumenty/Rec\(2005\)5.RTF](http://www.radaevropy.cz/dokumenty/Rec(2005)5.RTF)>.
244. RAUCHFLEISCH, Udo. *Doprovázení a terapie delikventů*. Boskovice: Albert, 2000. ISBN 80-85834-83-9.
245. REICHELOVÁ, Eva. Možnosti ovplyvňovania agresívneho a prosociálneho správania detí. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha: Academia, 1997. Roč. 41, č. 2, s. 147–156. ISSN 0009-062X.
246. RIBES-INESTA, Emilio – BANDURA, Albert. *Analysis of Delinquency and Aggression*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1976. ISBN 0-470-15227-3.
247. RIEGER, Zdeněk. *Návrat k rodině a domů: Příprava klientů institucionálních služeb na návrat z odloučení*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-544-8.
248. RIEGER, Zdeněk – VYHNÁLKOVÁ, Hana. *Ostrov rodiny: Integrovaný přístup pro práci s rodinou*. 2. uprav. vyd. Hradec Králové: Konfrontace, 2001. ISBN 80-86088-06-5.

249. RIGGIO, Ronald E. Assessment of basic social skills. *Journal of Personality and Social psychology*. [online]. Washington DC: APA, 1986. [cit. 2009-10-18]. Vol. 51, No. 3, p. 649–660. Dostupné na WWW: <<http://psycnet.apa.org/journals/psp/51/3/649/>>.
250. ROCKWELL, Sylvia. Overcoming Four Myths That Prevail Fostering Resilience. *Reaching Today's Youth: The Community Circle of Caring Journal*. USA: The International Child and Youth Care Network, 1998. Vol. 2, No. 3., p. 14-17. ISSN 1091-4706.
251. ROGERS, Carl R. *Žpůsob bytí*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-233-5.
252. RÖHR, Heinz Peter. *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-637-7.
253. RUFO, Marcel. *Pust' mě, ale neopouštěj! : Utváření zdravé vazby mezi rodiči a dětmi*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-616-2.
254. RUSHTON, Alan – MINNIS, Helen. Residential and Foster Family Care. In: RUTTER, Michael – TAYLOR, Eric A. *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th ed., reprint. Oxford: Blackwell Publishing, 2003. ISBN 0-632-05361-5.
255. RUTHERFORD, Robert B. – QUINN, Mary Magee – MATHUR, Sarup R. (eds.). *Handbook of research in emotional and behavioral disorders*. New York: Guilford Press, 2004. ISBN 978-1-59385-471-3.
256. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.
257. ŘÍČAN, Pavel – KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
258. SATIROVÁ, Virginia. *Společná terapie rodiny*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-303-1.
259. SATIROVÁ, Virginia (et al.). *Model růstu: za hranice rodinné terapie*. Brno: Cesta, 2005. ISBN 80-7295-071-1.
260. SEKERA, Julius. *Komunitní systém v resocializačních zařízeních pro adolescence I*. Ostrava: PedF OU, 2008. ISBN 978-80-7368-534-8.
261. SEKERA, Ondřej. *Identifikace profesních aktivit vychovatelů výchovných ústavů a dětských domovů: Mezilidské vztahy personálu v resocializačních zařízeních pro adolescence*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009. ISBN 978-80-7368-728-1.
262. SMĚKAL, Vladimír – MACEK, Petr (ed.). *Utváření a vývoj osobnosti: Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister & Principal, 2002. ISBN 80-85947-83-8.
263. SMĚKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal, 2002. ISBN 80-85947-80-3.
264. SMIDT, Sandra. *Introducing Vygotsky*. New York: Routledge, 2009. ISBN 0-415-48057-4.
265. SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy (MKN 10, DSM-IV)*. 2. vyd., Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-X.
266. SOLAŘÍKOVÁ, Květoslava. DD – náhradní domov pro dítě. *Sborník příspěvků z konference Dítě v systému náhradní rodinné péči, konané dne 20. listopadu 2008 v Brně*. Brno: Sdružení pěstounských rodin, 2008.
267. SPENCE, Susan H. Social Skills Training with Children and Young People: Theory, Evidence and Practice. *Child and Adolescent Mental Health*. Vol. 8, No. 2, p. 84–96. London: ACAMH, 2003. ISSN 1475-357X.

268. SPENCE, Susan H. – MARZILLIER, John S. Social skills training with adolescent male offenders: I. Short-term effects. *Behaviour Research and Therapy*. Arlington, USA: Elsevier, 1979. Vol. 17, No. 1, p. 7–16. ISSN 0005-7967.
269. SPENCE, Susan H. – MARZILLIER, John S. Social skills training with adolescent male offenders: II. Short-term, long term and generalised effects. *Behaviour Research and Therapy*. Arlington, USA: Elsevier, 1981. Vol. 19, No. 4, p. 349-368. ISSN 0005-7967.
270. SPENCE, Susan H. – DONOVAN, Caroline – BRECHMAN-TOUSSAINT, Margaret. Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*. Washington DC: APA, 1999. Vol. 108, No. 2., p. 211–221. ISSN 0021-843X.
271. STANĚK, Miloš. Monitoring problematiky ohrožených dětí v České republice. Praha: Nadace Sirius, 2008. ISBN 978-80-902847-0-8.
272. *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. [online]. IPPP ČR a MŠMT, 2008. [cit. 2010-01-22]. Dostupné na WWW: <<http://www.ippp.cz>>.
273. *Standardy pro péči o děti mimo domov v Evropě (Q4C Standards)*. [online]. Innsbruck: Quality4Children, 2007. [cit. 2009-08-07]. Dostupné na WWW: <www.quality4children.info>.
274. STANKOWSKI, Adam. *Nástin problematiky etopédie a sociální patologie*. Ostrava: PdF OU, 2004. ISBN 80-7042-360-9.
275. STUHLÍKOVÁ, Iva (ed.). *Žvládání emočních problémů školáků*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-534-2.
276. SVOBODOVÁ, Kamila. *Rodina a zaměstnání IV.: Rodiny po odchodu dětí (Deskriptivní fáze analýzy)*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2007. ISBN 978-80-87007-64-8.
277. SVOBODOVÁ, Michaela – VRTBOVSKÁ, Petra – BARTOVÁ, Darina. *Žpráva o stávajícím stavu náhradní výchovné péče o děti a mládež bez rodinného zázemí v České republice*. Zpráva z projektu PROMĚNA. Praha: OS DOM, 2002.
278. ŠKODA, Jiří – FISCHER, Slavomil. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
279. ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2947-3.
280. ŠTECH, Stanislav. Sociálně kulturní pojetí handicapu. In: VÁGNEROVÁ, Marie – HADJ MOUSSOVÁ, Zuzana – ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-582-3.
281. ŠTEFÁNKOVÁ, Zuzana. Citová väzba v detstve a adolescencii vo vzťahu k emocionálnej regulácii. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha: Academia, 2005. Roč. 49, č. 5, s. 432–445. ISSN 0009-062X.
282. ŠTĚPÁNKOVÁ, Irena – VOJTOVÁ, Věra. Úspěšnost v životě dívek po odchodu z výchovného ústavu. Brno, 2010. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
283. TICHÝ, Jakub – VOJTOVÁ, Věra. *Problematika socializace dětí po odchodu z dětského domova*. Brno, 2010. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

284. TÓTHOVÁ, Stanislava – VOJTOVÁ, Věra. *Příklady dobré praxe institucionální výchovy*. Brno, 2010. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
285. TZURIEL, David. Dynamic Assessment of Young Children: Educational and Intervention Perspectives. *Educational Psychology Review*. New York: Springer, 2000. Vol. 12, No. 4, p. 385–435. ISSN 1040-726X.
286. UNESCO, *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education* [online]. UNESCO, 1994. [cit. 2010-04-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.ecdgroup.com/download/gn1ssfai.pdf>>.
287. UNICEF, *A Study of Violence Against Girls. Report on the International Conference on Violence against the Girl Child in the Hague 9-10 March 2009*. UNICEF IRC: Florence, 2009. ISBN 978-88-89129-89-0.
288. UNICEF, *System, in Support of Children without Parental Care in Czech Republic*. Analytical Report for The MONEE Project. [online]. UNICEF IRC, 2006. [cit. 2009-07-23]. Dostupné na WWW: <http://www.unicef-irc.org/research/ESP/CountryReports2006/czech_care_rep2006.pdf>.
289. *Usnesení vlády č. 206/2010, Národní akční plán inkluzivního vzdělávání*. [online]. Vláda ČR, 2010. [cit. 2010-03-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/socialni-programy/narodn-akcni-plan-inkluzivniho-vzdelavani>>. Dostupné na WWW: <http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/web/cs?Open&2010&03-15>.
290. *Usnesení vlády č. 882/2010, k Obecným opatřením k výkonu rozsudků Evropského soudu pro lidská práva – prevence odebrání dětí z péče rodičů ze sociálně ekonomických důvodů*. [online]. Vláda ČR, 2010. [cit. 2010-11-27]. Dostupné na WWW: <http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/web/cs?Open&2010&12-07>.
291. ÚIV, *Vývojová ročenka Školství v ČR*. [online]. 2010 [cit. 2010-10-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.uiv.cz/clanek/726/2031>>.
292. ÚIV (2009a), *Monitoring institucionální výchovy*. [online]. 2009 [cit. 2009-09-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/socialni-programy/monitoring-analyzy-vzdelavacich-potreb-v-institucionalni>>.
293. ÚIV (2009b), *Vývojová ročenka Školství v ČR*. [online]. 2009 [cit. 2009-11-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.uiv.cz/clanek/716/1844>>.
294. Úmluva o právech dítěte, Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb. [online]. [cit. 2010-03-30]. Dostupné na WWW: <<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>>.
295. ÚZIS, *Ždravotnictví České republiky 2008 ve statistických údajích*. Praha: ÚZIS ČR, 2009. ISBN 978-80-7280-804-5.
296. VÁGNEROVÁ, Marie. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4.
297. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-7367-414-4.
298. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7178-488-8.
299. VEČERKA, Kazimír a kol. *Mládež v kriminologické perspektivě*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2009. ISBN 978-80-7338-079-3.

300. VEČERKA, Kazimír a kol. *Sociálně patologické jevy u dětí*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2000. ISBN 80-86008-74-6.
301. VEČERKA, Kazimír – HOLAS, Jakub – ŠTĚCHOVÁ, Markéta – DIBLÍKOVÁ, Simona. Kriminologické charakteristiky dětí s nařízenou ústavní či ochranou výchovou. *Sociologický časopis*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2001. Roč. 37, č. 1, s. 89–102. ISSN 0038-0288.
302. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, *Žpráva z návštěv zařízení, v nichž se vykonává ústavní a ochranná výchova*. [online]. 2007 [cit. 2010-04-01]. Dostupné na WWW: <<http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni/zarizeni-ustavni-a-ochranne-vychovy/zprava-z-navstev-uv-2007/>>.
303. VOJTOVÁ, Věra. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku poruch chování a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Muni Press, 2010. ISBN 978-80-210-5159-1.
304. VOJTOVÁ, Věra (2008a). *Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2008. ISBN 978-80-210-4573-6.
305. VOJTOVÁ, Věra (2008b). Úvod do etopedie. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2008. ISBN 978-80-7315-166-9.
306. VOJTOVÁ, Věra. Problematika efektivity výuky žáků s rizikem poruchy emocí a chování. In: *Pokorná, V. Inkluzivní a kognitivní edukace*. Praha: PedF UK, 2006. s. 129–141. ISBN 80-7290-258-X.
307. VOJTOVÁ, Věra. *Vliv školy na chování a způsoby jeho ovlivňování*. Rigorózní práce. Brno: PdF MU, 2002 .
308. VOJTOVÁ, Věra. *Postoje učitelů a žáků ke kázeňské problematice na základní škole*. Disertační práce. Brno: PdF MU, 2001.
309. VRTBOVSKÁ, Petra. *O ztraceném dítěti a cestě do bezpečí: Attachment, poruchy attachmentu a léčení*. Brno: SCAN, 2010. ISBN: 80-86620-20-4.
310. VYGOTSKIJ, Lev Semjonovič. *Psychologie myšlení a řeči*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-943-7.
311. *Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*. [online]. MŠMT, 2005. [cit. 2010-02-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlasa-c-73-2005-sb-1>>.
312. *Vyhláška č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních*. [online]. MŠMT, 2006. [cit. 2010-06-19]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlasa-c-438-2006-sb-kterou-se-stanovi-podrobnosti-vykonu-ustavni-vychovy-a-ochranne-vychovy-ve-skolskych-zarizeni-ktera-nabyva-ucinnosti-dnem-13-zari-2006>>.
313. *Vyhláška č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče*. [online]. MŠMT, 2005. [cit. 2010-09-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlasa-c-458-2005-sb-kterou-se-upravuji-podrobnosti-o-organizaci-vychovne-vzdelavaci-pece-ve-strediscich-vychovne-pece>>.
314. *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. [online]. MPSV, 2006. [cit. 2010-12-01]. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7336/505_2006_aktual.pdf>.
315. VYMĚTAL, Jan. Úvod do psychoterapie. 3. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2667-0.

316. VYMĚTAL, Jan a kol. *Speciální psychoterapie*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1.
317. VÝROST, Jozef – DOBEŠ, Marek. Social competence and social cohesion. Človek a spoločnosť. Košice: Spoločenskovedný ústav SAV, 2004. [cit. 2009-10-20]. Roč. 7, č. 4. ISSN 1335-3608. Dostupné na WWW: <<http://www.saske.sk/cas/archiv/4-2004/index.html>>.
318. VÝROST, Jozef – SLAMĚNÍK, Ivan (eds.). *Sociální psychologie*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.
319. WATKINS, Amanda (ed.). *Assessment in Inclusive Settings : Key Issues for Policy and Practice*. Odense, Denmark: European Agency for Development in Special Needs Education, 2007. ISBN: 9788790591267.
320. WATSON, T.S., GRESHAM, F.M. (eds.). *Handbook of Child Behaviour Therapy : Issues on clinical psychology*. New York: Plenum Press, 1998. ISBN 978-0-306-45548-3.
321. WERNER, Emmy E. (1993a). Risk and resilience in individuals with learning disabilities: Lessons learned from the Kauai longitudinal study. *Learning Disabilities Research & Practice*. Oxford: Blackwell Publishing, 1993. Vol. 8, No. 1, p. 28–34. ISSN 0938-8982.
322. WERNER, Emmy E. (1993b). *A longitudinal perspective on risk for learning disabilities*. [online]. Annual conference of learning disabilities Association of America: San Francisco, 1993, [cit. 2009-07-09]. Dostupné na WWW: <http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/13/c8/aa.pdf>.
323. WHO, *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-1587-2.
324. WHO, *International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth version – ICF CY*. WHO: Geneva, 2007. ISBN 978-92-4-154732-1.
325. WHO, *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health*: ICF. [online]. Geneva, 2002, [cit. 2009-07-19]. Dostupné na WWW: <<http://www.who.int/classifications/icf>>.
326. WHO, *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. WHO: Geneva, 2001. ISBN 92-4-154542-9.
327. WIKSTRÖM, Per-Olof H. – SAMPSON Robert J. (eds.). *The Explanation of Crime: Context, Mechanism and Development*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. ISBN-13 978-0-521-85707-9.
328. WILKINSON, Ian. *Child and Family Assessment*. 2nd ed. London: Routledge, 1998. ISBN 0-415-16807-4.
329. WOODS, Doug W. – KANTER, Jonathan W. *Understanding behavior disorders : a contemporary behavioral perspective*. Reno: Kontext Press, 2007. ISBN-10: 1-878978-61-6.
330. YALOM, Irvin D. – LESZCZ, Molyn. *Téorie a praxe skupinové psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-304-8.
331. *Youth Violence: A Report of The Surgeon General. Report of U. S. Department of Human Healths and Human Services*. [online]. Office of Public Health and Science, 2001. [cit. 2009-07-25]. Dostupné na WWW: <<http://www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence/>>.

332. *Žákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích*, ve znění pozdějších předpisů [online]. MV ČR, 1990. [cit. 2010-03-30]. Dostupné na WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=200/1990>.
333. *Žákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů*, ve znění pozdějších předpisů. [online]. 2000. [cit. 2010-01-07]. Dostupné na WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=101/2000>.
334. *Žákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů. [online]. MPSV, 2006. [cit. 2008-10-06]. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>.
335. *Žákon č. 109/2002 Sb., o výkonu postavení výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů*, ve znění pozdějších předpisů. [online]. MŠMT, 2002. [cit. 2010-08-13]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/zakon-c-109-2002-sb-o-vykonu-ustavni-vychovy-nebo-ochranné-vychovy-ve-skolskych-zarizenich-a-o-preventivne-vychovne-peci-ve-skolskych-zarizenich-a-o-zmene-dalsich-zakonu>>.
336. *Žákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů*, ve znění pozdějších předpisů. [online]. MSp, 2003. [cit. 2009-03-17]. Dostupné na WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=218/2003&number2=&name=&text=>>.
337. *Žákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí*, ve znění pozdějších předpisů. [online]. MPSV, 1999. [cit. 2010-04-06]. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7263/Zakon_o_socialne-pravni_ochrane_deti.pdf>.
338. *Žákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*, ve znění pozdějších předpisů. [online]. MŠMT, 2004. [cit. 2010-02-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/skolsky-zakon>>.
339. *Žákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů*, ve znění pozdějších předpisů. [online]. MŠMT, 2004. [cit. 2010-02-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/zakon-o-pedagogickych-pracovnicich>>.
340. ZAPLETALOVÁ, Jana a kol. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v pedagogicko-psychologických poradnách*. Praha: IPPP ČR, 2006. ISBN 80-86856-29-1.
341. ZIEGLER, Dave. *Traumatic Experience and the Brain*. Phoenix, AR: Acacia Publishing, 2002. ISBN 0-9671187-5-1.
342. ZIMMERMANN, Peter – MAIER, Markus A. – WINTER, Monika – GROSSMAN, Klaus E. Attachment and adolescent's emotion regulation during a joint problem-solving task with friend. *International Journal of Behavioral Development*, London : Sage Publications, 2001. Vol. 25, No. 4, p. 331–343. ISSN 0165-0254.
343. ŽÁČKOVÁ, Markéta – THEINER, Pavel. Problémové chování u adolescentů – poruchy chování, hyperkinetické poruchy a poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2008. roč. 9, č. 6, s. 345–349. ISSN 1213-1814.

Přílohy

Příloha 1 – Pravidla a zásady případové rodinné konference

Uvedená pravidla, postupy a zásady případové konference vycházejí ze zkušeností Lawrence a Wiffin (2002). Některé zásady nejsou v českém prostředí aplikovány, uvádíme však přehled pravidel v plném znění, neboť uvedené zásady vnímáme jako inspirativní pro českou praxi. Upozorňujeme, že se jedná o vlastní překlad původního textu (text neprošel jazykovou korekturou, slouží pouze pro studijní účely).

Principy a postupy vedení rodinné případové konference

Následující principy a zásady práce s rodinou jsou důležitým vodítkem pro vedení případové konference (Lawrence, P., Wiffin, J., 2002).

Princip č. 1

Rodina má právo na jasné a odpovídající informace o průběhu případové konference

- Rodině musí být předány jasné informace o tom, co je případová konference a proč jim byla nabídnuta jako forma pomoci.
- Rodina musí být informována o lhůtách a zpoždění.
- Informace musí být k dispozici způsobem, který splňuje potřeby rodiny.
- Rodina musí být seznámena s návrhem složení odborníků případové konference.
- Rodina je obeznámena s kontakty na osoby, se kterými může konzultovat dotazy k procesu případové konference.
- Rodina je seznámena se způsoby podání stížnosti.

Princip č. 2

Rodina má právo podílet se na plánování případové konference

- Pokud je to možné, jednání koordinuje nebo je jednání účastna osoba (mediátor), která dobře zná komunitu rodiny, hovoří stejným jazykem, rozumí náboženskému přesvědčení rodiny, jejím kulturním tradicím a životnímu stylu.
- Koordinátor, který je nezávislý, pracuje s rodinou na uspořádání konference. Nezávislost koordinátora znamená, že se nepodílí na žádném rozhodnutí týkajícím se dítěte.
- Rodina musí souhlasit s datem a místem uskutečnění případové konference.
- Dospělí a mladí dospělí musí souhlasit se sdílením soukromých informací.
- Rodina rozhoduje ve spolupráci s koordinátorem o tom, kdo další se bude jednání účastnit.
- Rodina rozhoduje, v jakém jazyce bude konference probíhat. Pro ostatní členy případové konference jsou zajištěni tlumočníci.
- Koordinátor může rozhodnout o vyloučení jednotlivých rodinných příslušníků z jednání, pokud k tomu existují oprávněné důvody (např. hrozí riziko ohrožení některého z členů rodiny apod.).

Princip č. 3

Rodinní příslušníci mají právo na uznání vlastních rozhodnutí

- Rodinní příslušníci jsou podporováni v rozhodování.
- Dítěti, mladému dospělému a ostatním členům rodiny, pokud to žádá situace, bude poskytnuta „podpůrná osoba“, přítomná v průběhu procesu. Touto osobou může být advokát nebo zastánce (zmocněnec), ale může to být i jiný člen rodiny nebo sociální síť mimo rodinu. Touto osobou nemůže být někdo, kdo činí důležitá rozhodnutí o rodině.
- Rodina dostává relevantní a věcné informace týkající se informačních zdrojů.
- Rodina dostává písemnou informaci o konání případové konference, a to nejpozději 24 hodin před jejím konáním.

- Přiměřené náklady na dopravu a ostatní výdaje jsou členům rodiny hrazeny, pokud to jejich situace vyžaduje.
- Rodinní příslušníci mají možnost sdílet dotazy, které jim jsou před i během jednání zodpovídaný.
- Rodinným příslušníkům, kteří se nemohou případové konference zúčastnit, musí být umožněno přispět k jednání jinou formou.

Princip č. 4

Rodina má právo na soukromý rodinný čas a podpůrné, bezpečné prostředí

- Rodina musí dostat soukromý prostor pro rozhodnutí bez přítomnosti ostatních odborníků.
- Koordinátor musí zajistit pro tyto účely vhodný prostor a čas, případně zajistí občerstvení.
- Poskytování péče o děti by mělo být v průběhu tohoto času k dispozici.
- Koordinátor zajišťuje spolupráci všech zúčastněných tak, aby plán odpovídal potřebám dítěte.

Princip č. 5

Rodina má právo souhlasit pouze s takovým plánem, který je bezpečný a odpovídá jejím zdrojům

- Výstupem případové konference je domluva plánu podpory, který počítá s přiměřenými prostředky pro jeho naplňování.
- Všichni účastníci konference obdrží kopii plánu ve stanovené lhůtě. Tento plán obsahuje informace o tom, jaké zdroje rodina potřebuje aktivovat, jak bude plán realizován a jak bude monitorován.
- Rodina, odborníci a koordinátor souhlasí s tím, jak bude plán evaluován a kdo za to bude zodpovědný.
- Rodina bude informována o tom, s kým a jakou formou má komunikovat, když zjistí, že nemůže naplňovat domluvený plán. Doporučuje se písemná forma komunikace.
- Pověření odborníci zodpovídají za naplňování plánu. Do 10 dnů odpovídají rodině o způsobu a možnostech požadované pomoci a délce jejího trvání.

Princip č. 6

Rodina má právo podílet se na rozvoji metody případových konferencí

- Každé rodině je nabídnuta možnost podat svůj názor na průběh služby (případové konference).
- Pokud je to možné, bude rodina vyrozuměna o změnách vykonaných v důsledku jejích připomínek.
- Rodiny by měly mít možnost kontaktu s jinými rodinami, které využily stejné služby (absolvovaly případovou konferenci).
- Rodiny mají možnost podílet se na rozvoji koncepcí a praxe vedení případových konferencí.

