**Děti s projevy delikventního chování v institucionální výchově**

Zpráva z odborného a terénního výzkumu 2016–2018

Mgr. Mirka Palkosková

Terénní šetření a dílčí analýzy: PhDr. Mgr. Lucie Myšková, Ph.D.; Mgr. Tereza Baltag; Mgr. Hana Novotná; Mgr. Adéla Balcarová; Mgr. Benjamin Petruželka; Doc. MUDr. Martin Fiala Ph.D.; Mgr. Barbora Orlíková; Mgr. Kristina Pernicová; PhDr. Pavla Doležalová; Bc. Roman Petrenko

Velké poděkování patří všem pracovníkům a odborníkům, kteří se zapojili do výzkumu. Děkujeme také všem ředitelům, kteří poskytli svou součinnost, případně v jakékoliv formě konzultovali podobu zprávy.

Obsah

[Obsah 2](#_Toc31715195)

[Úvod 3](#_Toc31715196)

[A Obecně k problematice dětí s delikvencí či kriminalitou v anamnéze a institucionální péči v ČR 4](#_Toc31715197)

[**1.** **Delikvence a kriminalita nezletilých v ČR** 4](#_Toc31715198)

[1.1 Povaha a výskyt kriminality a delikvence nezletilých 4](#_Toc31715199)

[1.2 Právní aspekty kriminálního jednání nezletilých starších patnácti let 6](#_Toc31715200)

[**2.** **Institucionální výchova dětí a mládeže v České republice** 9](#_Toc31715201)

[2.1 Gesce státních orgánů 9](#_Toc31715202)

[2.2 Cíle péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy 12](#_Toc31715203)

[2.3 Institucionální výchova a péče o delikventní děti a mladistvé ve školských zařízeních 15](#_Toc31715204)

[2.4 Spolupráce institucí na prevenci kriminality a resocializaci dětí s poruchami chování 18](#_Toc31715205)

[**3.** **Děti s problémy v chování v institucionální péči ve školských zařízeních** 22](#_Toc31715206)

[3.1 Poruchy (v) chování 22](#_Toc31715207)

[3.1 Diagnostika a výchovně-léčebný režim 25](#_Toc31715208)

[3.2 Časté obtíže dětí v ústavní a ochranné výchově 28](#_Toc31715209)

[B Terénní šetření 33](#_Toc31715210)

[**4.** **Rozhovory a kazuistiky** 34](#_Toc31715211)

[4.1 Konkrétní děti v zařízení očima pedagogických pracovníků 34](#_Toc31715212)

[4.2 Institucionální péče ve vztahu k častým obtížím dětí (rozhovory s pracovníky a dětmi) 40](#_Toc31715214)

[4.2 Naléhavé obtíže při péči očima pracovníků 47](#_Toc31715215)

[4.3 Protektivní faktory očima zaměstnanců 49](#_Toc31715216)

[4.4 Žádoucí opatření z hlediska zaměstnanců 51](#_Toc31715217)

[**5.** **Vnitřní dokumenty a opatření ve výchově** 57](#_Toc31715218)

[5.1 Písemné podklady 57](#_Toc31715219)

[5.2 Opatření ve výchově ve vybraných případech dětí 60](#_Toc31715220)

[C Závěry 67](#_Toc31715221)

[**6. Výstupy výzkumu** 67](#_Toc31715222)

[6.1 Faktické závěry výzkumu 67](#_Toc31715223)

[6.2 Další žádoucí odborná práce 74](#_Toc31715224)

[**LITERATURA** 76](#_Toc31715225)

[Odborné publikace 76](#_Toc31715226)

[Zákony 79](#_Toc31715227)

# Úvod

V roce 2016 a 2017 probíhal ve vybraných zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, která pečují o děti s poruchami v chování, předběžný kvantitativní a následně kvalitativní výzkum. Výzkum byl zaměřen zejména na děti s delikvencí nebo kriminalitou v anamnéze. Proto kvalitativní výzkum probíhal pouze ve vybraných výchovných ústavech a dětských domovech se školou, v nichž se ve vyšší míře vyskytují děti se závažnějšími projevy poruch v chování, čímž je celkový obraz zařízení výrazněji zkreslen.V souvislosti s terénním výzkumem dále probíhala rešerše pramenů z různých oblastí (např. diagnostika, kriminologie, právo, podoba péče v zahraničí, intervenční nástroje), které se přímo dotýkají péče o tyto děti. Následující text tedy spojuje celou řadu výzkumů a analýz, které proběhly v roce 2016–2018. V textu jsou zohledněny také informace získané přímo od ředitelů zařízení, která mají zvolenou skupinu dětí v péči.

Cílem práce bylo zmapovat, jakým způsobem se pracuje s dětmi se závažnějšími poruchami v chování, které jsou umístěny do zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a zejména pojmenovat obtíže, s nimiž se při péči o tyto děti nejčastěji potýkají pedagogičtí pracovníci. Péče o tuto specifickou skupinu dětí vyžaduje vysoce odborné formy práce, protože možnosti umístění těchto dětí zpět do původní rodiny nebo do jiné formy náhradní péče jsou velmi omezené a při nerozvážném přístupu může umístění vést k prohlubování problémů u dětí i ohrožení celé společnosti. Na druhou stranu striktní umístění těchto dětí do zdravotnických zařízení nebo detence spadající pod resort spravedlnosti není v zájmu dětí ani společnosti.

Od revoluce zároveň probíhá celková snaha o nastavení péče v zařízeních institucionální výchovy tak, aby směřovala k opětovnému začlenění dětí do společnosti, a to i v případech závažných poruch chování. Změna přístupu k dětem s delikvencí nebo kriminalitou v anamnéze s sebou nicméně nese značné organizační nároky. V prvním oddílu práce se proto věnujeme širšímu kontextu problematiky, včetně organizace na národní úrovni a spolupráce MŠMT s ostatními státními orgány.Ve druhém oddílu práce jsou prezentovány zkrácené výsledky terénních výzkumů, které probíhaly v zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Výsledky terénního výzkumu z části překrývají potřeby identifikované v obecné části práce. Kromě potřeby lepší národní organizace péče napříč resorty i v rámci MŠMT se silně objevuje zejména potřeba kvalitnější podpory pracovníků zařízení. Velkými tématy jsou možnosti práce s agresivitou dětí v zařízeních a možnosti motivace dětí.

Analýza veškerých pramenů vede v závěrečné části práce ke shrnutí výstupů výzkumu v oblastech: zvládání emocí, návykové a omamné látky, posilování sebevědomí a motivace dítěte, práce se skupinou, terapeutická a psychiatrická péče, rodinné prostředí, vymahatelnost práv dítěte, organizační zajištění.[[1]](#footnote-1) Na základě analýzy byla formulována stručná doporučení ohledně zaměření podpory do budoucna a dalších nezbytných rešerší.

# Obecně k problematice dětí s delikvencí či kriminalitou v anamnéze a institucionální péči v ČR

## Delikvence a kriminalita nezletilých v ČR

### Povaha a výskyt kriminality a delikvence nezletilých

Poruchy v chování u dětí se mohou projevovat různě (viz kapitola 3.1), například neplněním školní docházky nebo sníženou schopností navazovat nebo udržovat mezilidské vztahy. V kontextu této práce se nicméně zaměřujeme na ty děti, jež se projevují výrazně agresivně nebo jinak nebezpečně ve vztahu ke svému okolí, a které tedy i v rámci institucionální péče vyžadují speciální práci právě s těmito ohrožujícími projevy. Je nutné nicméně upozornit na to, že se zdaleka nejedná o všechny děti v zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, ale o úzký výběr dětí, kterých se tato problematika týká.

Za **delikventní** děti jsou v této práci pokládány děti zneužité k páchání trestné činnosti, kdy je dítě k takové činnosti donuceno aktivním nebo pasivním nátlakem (trestná činnost organizovaná dospělou osobou, staršími dětmi – nepřímé pachatelství), děti páchající trestnou činnost pro zajištění základních životních potřeb (dítě na útěku, dítě bez domova, dítě v pozici živitele rodiny), děti páchající trestnou činnost účelově. Jedná se o mírnější porušení právních nebo morálních norem. Delikventní chování může zahrnovat například agresivitu, zneužívání návykových látek, sexuální delikvenci nebo přestupky proti zákonu.

Termín **kriminalita mládeže** se používá pro závažnější přestupky a trestné činy. Zahrnuje jednání osob do věku osmnácti let, jehož důsledkem je překročení právních norem, což je charakteristické pro trestný čin. Osoby ve věku patnáct až osmnáct let jsou ze zákona trestně odpovědné s jistým omezením. Osoby mladší patnácti let nejsou trestně odpovědné, spáchá-li však dítě mezi dvanáctým až patnáctým rokem věku čin, za který lze dle trestního zákona uložit výjimečný trest, může se takovému jedinci uložit v občansko-právním řízení tzv. **ochranná výchova**, kterou uloží příslušný soud.[[2]](#footnote-2)

#### Trendy kriminality mládeže v České republice

V případě delikventního chování a kriminality mládeže je nejtypičtějším jevem majetková trestná činnost. Jak u dětí, tak u mladistvých jednoznačně dominují krádeže. S velkým odstupem následují případy násilné trestné činnosti, mravnostních činů a tzv. kriminality ostatní, což je označení pro trestné činy související s výtržnictvím, drogovou trestnou činností, sprejerstvím apod.Podíl násilné trestné činnosti narůstá. Oběťmi dětských nezletilých násilníků jsou opět z velké části taktéž děti a mladiství. Přetrvává problém nárůstu trestné činnosti páchané prostřednictvím internetových a komunikačních sítí, kde dítě či mladistvý může být jak v roli oběti, tak v roli pachatele trestné činnosti.[[3]](#footnote-3)

Typickým rysem delikvence mládeže je její skupinový charakter. K delikventnímu jednání mládeže dochází ve skupinách, které jsou složeny zpravidla z řad vrstevníků. Skupina vrstevníků se pro dospívajícího jedince stává referenční skupinou, jež má velký vliv na formování jeho hodnotového systému. V případě České republiky jsou to aktivity s kamarády, které také nejlépe předvídají, zda se jedinec stane členem tzv. **mladistvého gangu**. Za gang je pokládána každá trvalá skupina mladých lidí do dvaceti pěti let věku, která tráví svůj volný čas na veřejných místech a u které je provozování ilegálních aktivit součástí skupinové identity. Gangy mladistvých jsou i v ČR součástí kriminálního průmyslu. V Praze se můžeme setkat i s loupežnými gangy. Nejblíže k násilí obecně mají subkultury rasistické, jejichž členové se často řadí k hnutím skinheads. Podíl počtu nezletilých a mladistvých pachatelůz celkového počtu pachatelů registrované kriminality za posledních osmnáct let, zejména od roku 1997, klesá. Lze však předpokládat, že celkový počet je vyšší a vlivem neregistrované kriminality dochází ke značnému zkreslení statistických údajů.[[4]](#footnote-4)

1.1.2 Sociálně vyloučené lokality

Děti, jejichž chování vykazuje delikventní nebo kriminální rysy, nalézáme napříč celou společností, neboť k rozvoji těchto projevů v chování může dojít pod vlivem širokého spektra faktorů. Sociální prostředí nicméně patří mezi nejvýznamnější faktory ovlivňující chování nezletilých a mládeže. V rámci České republiky se objevují sociálně problémové oblasti, postižené vysokou mírou dlouhodobé nezaměstnanosti, závislostí obyvatel na sociálních dávkách, koncentrací sociálně patologických jevů, zvýšenou mírou xenofobie a řadou dalších negativních společenských jevů. Toto představuje vysoké riziko pro zde žijící rodiny.

Sociální vyloučení chápeme jako proces, kterým jsou jednotlivci i celé skupiny osob zbavováni přístupu ke zdrojům nezbytným pro zapojení se do sociálních, ekonomických a politických aktivit společnosti jako celku. Sociální vyloučení ze statistického hlediska primárně koreluje s chudobou a nízkými příjmy, významné jsou však také další faktory, jako je diskriminace, nízké vzdělání či špatné životní podmínky. Zároveň platí, že sociální vyloučení je primární příčinou chudoby a nízkých příjmů, nedostatečného vzdělání, špatných životních podmínek a diskriminace. Jedná se tedy o začarovaný kruh, kdy sociální vyloučení se stává příčinou skutečností, které vedou k dalšímu sociálnímu vyloučení, či s ním přinejmenším výrazně korelují. Sociálně vyloučené lokality jsou spojené se zvýšeným výskytem sociálně patologických jevů, zadlužení, trestné činnosti, nejrůznějších závislostí – gamblerství, alkoholismu, a obecně zneužívání drog. V současné době množství sociálně vyloučených osob nebo osob sociálním vyloučením ohrožených v ČR vzrůstá. Logicky tedy i roste počet dětí sociálním vyloučením ohrožených a dětí, které se potenciálně mohou dopustit kriminálního jednání. Osoby žijící v tomto prostředí většinou vnímají kriminalitu, nelegální aktivity a sociálně patologické jednání jako běžný zdroj obživy a obstarání finančních prostředků. Děti vyrůstající v tomto prostředí normy přejímají.[[5]](#footnote-5)

### Právní aspekty kriminálního jednání nezletilých starších patnácti let

Kontrola kriminality funguje na principu tzv. subsidiarity trestní represe, kdy trest odnětí svobody vnímáme jako poslední možnost. Podle principu subsidiarity musí stát uplatňovat prostředky trestního práva zdrženlivě, pouze pokud jiné právní prostředky selhávají. V tomto smyslu jsou osoby ve věku patnáct až osmnáct let specifickou skupinou pachatelů trestných činů. Je tomu tak proto, že u nezletilých se více než u kohokoliv jiného předpokládá šance na nápravu. Prostřednictvím alternativních způsobů zacházení tedy česká společnost může řešit problém rostoucí kriminality nezletilých a mladých dospělých pachatelů v souladu s principem subsidiarity a z dlouhodobého hlediska efektivněji, než pouhým zesilováním represivních sankcí. Nezletilý by měl být umístěn do prostředí, které mu nabízí možnost nápravy, možnost připravit se na řádný život a zbavit se následků zanedbané výchovy. Účelem kontroly kriminality je také snaha snížit přetíženost trestní justice a podniknout kroky, jež tento systém odlehčí a budou působit preventivně proti další trestné činnosti.[[6]](#footnote-6)

#### Trestní řízení ve věcech dětí a mladistvých

Podle zákona může soud uložit spektrum trestních opatření, od obecně prospěšných prací, přes propadnutí majetku nebo různá omezení, až po nepodmíněný trest odnětí svobody. Trest nepodmíněného odnětí svobody lze uložit pouze v případě, že veškerá jiná opatření, která by měla vést k nápravě mladistvého, selhávají. Oproti dospělým je v takovém případě trestní sazba snížena na polovinu, v případě, že by zákon u dospělého umožňoval výjimečný trest, může být mladistvý odsouzen až na deset let vězení. Věznice pro mladistvé jsou oddělené od věznic pro dospělé.

Trestné činy, pro které byli mladiství přijatí do vazby, patří do tří hlavních skupin deliktů. Jedná se o násilné trestné činy – zejména loupež, vražda, úmyslné ublížení na zdraví. To představuje přibližně 40 % celkového počtu případů. Odsouzení za krádeže představuje téměř 30 % celkového počtu případů. Do poslední skupiny patří drobné přečiny, jako např. řízení motorového vozidla bez řidičského oprávnění nebo porušování domovní svobody. V těchto případech je častý souběh s jinou trestnou činností. Pokud soud upustí od trestních opatření, může být sáhnuto k opatřením výchovným nebo tzv. ochranným.

V případě dětí mladších patnácti let probíhá řízení podle občanského zákoníku. Dítěti může být uložen dohled kurátora (neboli probačního úředníka), v současnosti také zařazení do výchovného programu ve středisku výchovné péče nebo ochranná výchova, a to v případě, že dítě mladší patnácti let spáchá přečin, za který by v případě zletilého bylo možné uložit výjimečný trest.

1.2.2 Výchovná a ochranná opatření

*Probace a probační program*

Probační program je nedílnou součástí systému uplatňování alternativních trestů a alternativ k potrestání v souladu s přístupy justice usilující o nápravu nezletilých. Probace je organizování a vykonávání dohledu nad obviněným, obžalovaným nebo odsouzeným. Jedná se oshromažďování informací o osobě pachatele a jeho sociální a rodinné situaci za účelem vytvoření podkladu pro další rozhodování státního zástupce, zároveň obsahuje analýzu potřeb a možností pomoci pachatele.Probační program může soud pro mládež a v přípravném řízení státní zástupce uložit jen se souhlasem mladistvého, proti kterému je řízení vedeno. Nelze jej uložit dítěti mladšímu patnácti let. Soud také může uložit pouhý dohled kurátora.

Probační úředník neboli kurátor je sociální pracovník působící v oblasti trestní justice, který splňuje zákonem stanovené kvalifikační předpoklady spočívající v absolvování vysoké školy humanitního směru a zvláštního kursu zaměřeného na rozšíření právních znalostí a rozvoj komunikačních dovedností. Při výkonu své funkce je povinen se řídit zákony a pokyny předsedy senátu, samosoudce či státního zástupce. Je aktivní ve všech fázích trestního řízení a pracuje s obviněným i poškozeným.

Struktura umístění probačních středisek kopíruje místa působnosti okresních soudů České republiky. Efektivitu probačních programů snižuje neexistence právní definice povinností účastníků probačních programů, nedostatečné územní pokrytí probačními programy v ČR, stěžující okolností je též nedostatečné povědomí o možnostech probačních programů a nízká frekvence využívání těchto nástrojů soudy, a to i přes jejich relativní účinnost a dostupnost. Podle probačních úředníků je to jednoznačně vzdálenost, která objektivně brání klientům v účasti na programu. Nedostatečná nabídka i v rámci jednoho soudního okresu může vést k tomu, že jsou upřednostňovány potřeby poskytovatelů programu před skutečnými potřebami klientů či zadavatelů. Mezi trvající pozitiva probačních programů nicméně patří jejich motivační potenciál, vycházející z podmínky aktivní účasti nezletilého, a s ním spojené preventivní a výchovné působení.[[7]](#footnote-7)

*Výchovné povinnosti a omezení nebo napomenutí*

Mezi další možná opatření patří povinnosti cílící na zajištění dalšího zdárného vývoje dítěte, jako například povinnost bydlet s rodiči, zákaz styku s některými osobami, vykonávání prospěšných činností nebo povinnost podstoupit léčení, dále omezení ve smyslu zákazu některých akcí apod. Napomenutí je pak de facto upozorněním na závažnost činu a varováním před dalším pokračováním v takové činnosti, včetně upozornění na případné důsledky. Za formu varování je často považováno už samotné vyšetřování a vedení soudního řízení.

*Ústavní výchova*

Rozhodnutí o ústavní výchově dítěte soud vydává v případě selhání ostatní výchovné péče, nejedná se tedy v pravém slova smyslu o ochranné opatření nebo výchovné opatření ve smyslu reakce na nežádoucí chování dítěte.Děti s ústavní výchovou jsou tedy nejen děti s poruchami chování nebo děti, které vykazují prvky delikventního nebo kriminálního jednání, ale obecně děti, o něž se rodiče nedokáží adekvátně postarat a z různých důvodů nejsou umístěny do pěstounské péče. Sociální pracovník nebo rodič obvykle podá návrh na ústavní výchovu k místně příslušnému soudu. O nařízení ústavní výchovy může být rozhodnuto i nezávisle na Orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD), shledá-li soud podle zákona, že „výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav, anebo jeho řádný vývoj vážně ohroženy nebo narušeny do té míry, že je to v rozporu se zájmem dítěte, anebo jsou-li tu vážné důvody, pro které rodiče dítěte nemohou jeho výchovu zabezpečit.“[[8]](#footnote-8)

V případě, že se dítě dopouští kriminálního nebo delikventního jednání, může být jedním z opatření, nebo i jediným opatřením, právě nařízení ústavní výchovy. I v takovém případě ústavní výchovu navrhuje OSPOD nebo zákonný zástupce a schvaluje soud. Měla by být nařízena pouze u dětí s méně rozsáhlou trestnou činností.

*Ochranná výchova*

Ochrannou výchovulze uložit pouze v návaznosti na spáchané provinění nebo čin jinak trestný spáchaný mezi dvanáctým a patnáctým rokem věku. Soud může uložit ochrannou výchovu také v trestním řízení u nezletilých starších patnácti let tehdy, jestliže ochranná výchova splní dle soudu lépe svůj účel než uložení trestu odnětí svobody. Ochranná výchova je realizována ve školských zařízeních (tj. v některých výchovných ústavech) a trvá tak dlouho, dokud to vyžaduje její účel, nejdéle však do dovršení osmnáctého roku života. V jistých případech může být soudem prodloužena, nejdéle však do devatenáctého roku života jedince. Záměrem ochranné výchovy je odstranit nebo redukovat možnost vzniku dalších, pro společnost nebezpečných následků zanedbané výchovy dítěte a zároveň mu umožnit jeho další růst. Výkon ochranné výchovy není v současnosti (2019) pevně institucionálně oddělen od výkonu výchovy ústavní. Rozdílný přístup se nicméně uplatňuje například v případě, že dítě opustí výchovné zařízení, kdy v případě ochranné výchovy již jde při neoznámení místa pobytu dítěte osobou, která ho zná, vždy o maření soudního rozhodnutí.

Mezi opatření ochranná řadíme také ochranné léčení anebo zabezpečovací detenci v gesci ministerstva spravedlnosti, které lze uložit v případě trestní odpovědnosti pachatele. Při rozhodování o jejich uložení je velmi důležitým podkladem znalecký posudek vycházející z vyšetřování duševního stavu pachatele. V současnosti se nicméně zabezpečovací detence neukládá dětem mladším osmnácti let, přestože to legislativa de facto umožňuje.

## Institucionální výchova dětí a mládeže v České republice

Následující oddíl práce pojednává o cílech péče, hlavních relevantních státních orgánech, typech výchovných institucí a jejich roli ve vztahu k dětem, které mají v péči, i k sobě navzájem.

### Gesce státních orgánů

Při hájení a naplňování práv a zájmů dítěte je nezbytná jak úloha státu, státní správy, obecní samosprávy, tak i nestátního sektoru a rodiny. V případě delikventního chování dětí a mladistvých pak vstupuje do hry celá řada výchovných institucí. Právě proto je zajištění komplexní a přitom jednotné a systematické péče o ohroženou mládež netriviální záležitostí, kterou nelze zajistit prostým rozdělením úkolů, aniž by bylo postaráno o intenzivní spolupráci a výměnu informací na všech organizačních úrovních. Níže popisujeme vybrané aspekty směřující k péči o děti s problémy v chování z pohledu různých resortů.

#### Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT)

Veškerá výchovná, a tedy i ústavní zařízení nesociálního a nezdravotního typu, spadají do gesce Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále oddíl 2.3). Sem také spadají veškeré preventivní aktivity ve školství, provoz pedagogicko-psychologických poraden, středisek výchovné péče a zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Právě na fungování vybraných institucí pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy pod MŠMT bylo šetření primárně zaměřeno.

#### Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV)

Společensky nepřípustné chování dětí a mládeže se stát snaží především zmírnit či odvrátit. Vzhledem k tomu, že významný spouštěč delikvence a problémového chování mládeže představuje nevhodné rodinné prostředí, musí být preventivní práce prvotně zaměřena na rizikové rodiny a širší sociální prostředí dítěte. Ústředním orgánem v oblasti péče o rodinu a děti je Ministerstvo práce a sociálních věcí. Do jeho kompetence spadá jako samostatná oblast sociálně-právní ochrana dětí. Organizuje v součinnosti s krajskými úřady náhradní rodinnou péči, zřizuje a spravuje ústavy a zařízení sociální péče, vykonává dozor nad poskytováním sociálních služeb. Jeho povinností je zajišťovat dítěti výkon jeho práv ve vztahu k rodině, ať už se jedná o úroveň péče nebo zajištění vztahu a rovnocenného kontaktu s oběma rodiči a dále širším příbuzenstvem. Vydává pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí nestátním subjektům a musí tedy úzce spolupracovat s neziskovými organizacemi, které se věnují ochraně práv dětí.

*Orgány sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD)*

OSPOD ve spolupráci se školami a školskými zařízeními, případně s Policií ČR, soudem, státním zastupitelstvím, či Probační a mediační službou ČR mají konat opatření směřující k nápravě situace dítěte a jeho rodiny. V popisu práce OSPOD je především ochrana práv a nároků dětí na příznivý vývoj a řádnou výchovu včetně jejich zájmů a působení na obnovení narušených funkcí rodiny.Úspěch sociální práce s rodinou dítěte je do velké míry podmíněn ochotou rodiny ke spolupráci. OSPOD má přímý přístup do rodin ohrožených dětí a může ve spolupráci se soudem, na rozdíl od výchovných zařízení, přímo upravovat v zájmu dítěte styk dětí s rodinou a jejich sociálním prostředím.[[9]](#footnote-9)

Povinností OSPOD je i po umístění dítěte do ústavního zařízení pracovat s rodinou za účelem obnovení jejích narušených funkcí. Nejedná se tedy o stav, kdy by sociální práce s rodinou skončila. Práce s rodinou dítěte umístěného v ústavu je ale v praxi v nadměrné míře oddělena od výchovné péče v rámci zařízení. Spolupráce s OSPOD na sanaci rodinného prostředí vždy nastává jen v omezené míře, neboť pracovníci zařízení jsou ve vztahu k rodině silně omezováni na jedné straně kompetencemi MPSV, na druhé straně kompetencemi svými. Sociální péče o děti umístěné v ústavní nebo ochranné výchově a jejich rodiny tak do velké míry probíhá přes jednotlivé sociální pracovníky a kvalita spolupráce závisí především na ochotě sociálních pracovníků kooperovat se zařízením (a naopak). V rámci ČR nacházíme velmi výrazné lokální rozdíly v kvalitě spolupráce zařízení, OSPOD a rodiny, a to v rozmezí od velmi špatné až žádné spolupráce až po velmi kvalitní spolupráci po všech stránkách.[[10]](#footnote-10) Spolupráce s OSPOD je výchovným institucím přímo nařízena zákonem 109/2002 sb. Možnost zajištění kvalitní systematické péče v zařízení je s kvalitní prací OSPOD a vzájemnou spoluprací významně provázána.

Jsou to právě OSPOD, kdo organizuje tzv. případové konference u dětí vstupujících do ústavní výchovy ideálně s cílem zajistit péči o dítě tak, aby do zařízení nemuselo, případně v průběhu pobytu dítěte v ústavu tak, aby se mohlo vrátit do rodiny. Na případové konferenci se probírají aspekty situace dítěte s celou řadou osob zapojených do výchovy toho kterého dítěte a hledá se individuální řešení jeho situace.

#### Ministerstvo zdravotnictví (MZ)

Vzhledem k množství zdravotních problémů dětí v institucionální výchově a péči je těsná spolupráce se zdravotnickým resortem nutná. Úzká součinnost je nutná zejména s pedopsychiatrickými zařízeními a pedopsychiatry obecně. Ve výchovných zařízeních se nachází i děti, které vyžadují dlouhodobou zdravotní péči, ale pobyt ve zdravotnickém zařízení není v jejich zájmu**.** V současnosti se nicméně nacházíme v situaci, kdy pedopsychiatrická oblast sama trpí závažným nedostatkem pracovníků a zařízení. Ve výchovných zařízeních zároveň nesmí být v současnosti zaměstnáván zdravotnický personál.

#### Ministerstvo vnitra České republiky (MVČR)

Ministerstvo vnitra je ústředním orgánem pro ochranu veřejného pořádku a bezpečnosti a působí také v oblasti odhalování, vyšetřování a objasňování trestné činnosti dětí a mládeže. Navrhuje systémová a organizační opatření v oblasti péče o delikventní mládež a také se věnuje problematice domácího násilí.

Pod působnost Ministerstva vnitra spadá především Policie České republiky (PČR). Spolupráce s PČR je potřebná zejména při útěcích dětí a při jejich návratu do zařízení, zneužívání návykových látek či jejich nálezu, v případech, kdy je dítě obětí trestné činnosti, případně při běžně nezvladatelných agresivních projevech dětí v zařízení.Pedagogičtí pracovníci nemají jasně nastaveny hranice užití restriktivních postupů (řídí se občanským zákoníkem jako běžní občané), a to ani například v případě, kdy se dítě sebepoškozuje nebo ohrožuje druhé, do kontaktu s PČR se i z tohoto důvodu dostává relativně často. Toto se pojí s problémem detence dětí, které jsou reálně nebezpečné svému okolí, vyhrožují násilím nebo je pravděpodobné, že by násilí páchaly, pokud by dostaly možnost. V případě některých dětí s uloženou ústavní nebo ochrannou výchovou se proto jedná i o ochranu společnosti, na které by se mělo silně podílet právě Ministerstvo vnitra.

#### Ministerstvo spravedlnosti (MS)

Činnost Ministerstva spravedlnosti se dotýká zacházení s mladistvými delikventy v oblasti legislativní i výkonné, při vytváření podmínek pro aplikaci alternativních trestů a v oblasti resocializačního působení vězeňství. Působí v oblasti soudnictví ve věcech mládeže tj. u osob mladších osmnácti let, které spáchají takový čin, který by byl u dospělé osoby považován za trestný. Je tedy například do velké míry dáno nastavením tohoto resortu, nakolik se bude využívat probační služba a v jaké fázi bude nařízena ústavní nebo ochranná výchova.

Soudy také v současnosti rozhodují o tom, zda bude dítě umístěno do ústavní výchovy a kam bude dítě umístěno. Rozhodovací lhůty soudů jsou nicméně v současnosti vzhledem k potřebě včasného umístění dítěte v některých případech nepřiměřeně dlouhé. Toto se negativně promítá především do praxe diagnostických ústavů, kde některé děti zůstávají po dobu měsíců, ačkoliv maximální doba pobytu je standardně stanovena na osm týdnů až tři měsíce.[[11]](#footnote-11) Chybí možnost umístit dítě pouze krátkodobě na vhodně profilované výchovné pracoviště. Problémem je v některých případech i pomalé přemístění dítěte v případě žádoucího přesunu. Fluktuace dětí je samozřejmě nežádoucím jevem, který se negativně podepisuje na vývoji dětí a prudce snižuje možnosti jejich návratu do společnosti, stejně nežádoucí je ale ponechání dítěte v zařízení, které o ně z principu nemůže řádně pečovat, následkem průtahů v soudním řízení.

Ústavy v současnosti nejsou vedeny jako účastníci soudních řízení, v nichž se rozhoduje o umisťování dětí, a vhodnost umístění do konkrétního zařízení není v některých případech spoluurčena odborným stanoviskem zařízení nebo příslušného diagnostického ústavu. Zde se do velké míry jedná o právní problém, neboť je logické, že pokud dítě dosud nebylo umístěno do ústavní nebo ochranné výchovy, zařízení nemůže být účastníkem řízení. Proti rozhodnutí se nicméně zařízení může odvolat, což také některá zařízení s úspěchem činí. Jedná se o jednotky případů ročně.

Pod MS spadají také tzv. zabezpečovací detence. Tato zařízení spravuje vězeňská služba. Zabezpečovací detence je vlastně ochranné léčení vykonávané v uzavřeném zařízení. Jejím účelem je zejména izolace nebezpečné osoby od společnosti, ale rovněž léčebné působení. Do výkonu zabezpečovací detence se osoby umísťují jen na základě soudem nařízeného výkonu zabezpečovací detence a musí jít o osoby trestně odpovědné, tj. starší patnácti let. Děti (zde se někdy používá termínu „chovanec,“ takové označení nicméně může být vnímáno jako značně pejorativní) mladší devatenácti let se umísťují odděleně od dospělých a dále zpravidla chovanci s duševní poruchou odděleně od ostatních. V současné době se toto opatření ve vztahu k nezletilým nepoužívá, je nicméně právně možné.

#### Státní zastupitelství

Státní zastupitelství je orgán výkonné moci, reprezentující zájem státu na dodržování práva. Jeho činností je tedy dozor nad dodržováním právních předpisů při výkonu ústavní péče a ochranné výchovy zařízením. Dohled kurátora probíhá ve čtvrtletních cyklech. V zájmu státního zastupitelství je zajištění nejlepšího zájmu dítěte, kdy v některých případech musí docházet i k omezení nároků dítěte (např. vycházky), pokud dítě nebo jeho okolí významně ohrožují. Kvalita spolupráce záleží na vztahu jednotlivých zařízení s příslušným kurátorem, případně na krajových odlišnostech v přístupu kurátorů, a nacházíme v ní podobné rozdíly, jako v případě spolupráce s OSPOD.

### Cíle péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy

Abychom mohli vyhodnocovat současný stav institucionální výchovy dětí a mladistvých s poruchami v chování a hledat cesty, jak ji zlepšovat, je třeba mít neustále na zřeteli její cíle a standardy, které je ve vztahu k dětem potřeba naplňovat. Zákon 109/2002 sb. ošetřuje vztah k dítěti hned v prvním paragrafu: „Ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy (…) a ve školských zařízeních pro preventivně výchovnou péči (…), kterými jsou střediska výchovné péče, musí být zajištěno základní právo každého dítěte na výchovu a vzdělávání v návaznosti na ústavní principy a mezinárodní smlouvy o lidských právech a základních svobodách, jimiž je Česká republika vázána, vytvářeny 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.“

#### Cíle institucionální péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy

V *Úmluvě o právech dítěte*, která je v ČR závazná, nacházíme celou řadu vyjádření, která je nutno vztahovat na péči o dítě v ústavních zařízeních, počínaje závazkem, že „Zájem dítěte musí být předním hlediskem při jakékoliv činnosti týkající se dětí, ať už uskutečňované veřejnými nebo soukromými zařízeními sociální péče, soudy, správními nebo zákonodárnými orgány.“[[12]](#footnote-12) Stát je podle úmluvy o právech dítěte povinen legislativně i finančně zabezpečit instituce tak, aby dítěti mohly poskytnout veškerou potřebnou péči. Výchova má směřovat k rozvoji osobnosti dítěte v co nejširším možném smyslu, má posilovat úctu k lidským právům bez ohledu na pohlaví a sociální nebo etnický původ, má posilovat úctu k přírodě a připravovat na zodpovědný život ve svobodné společnosti.[[13]](#footnote-13)

V souladu s *Úmluvou* probíhá průběžná transformace péče o ohrožené děti. V roce 2009–2015 vláda rozpracovala a schválila strategie, které mají vést k ochraně práv dětí. V roce 2015 proto začala implementace „Standardů kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče“ (dále *Standardy kvality*) do školských zařízení zajišťujících ústavní a ochrannou výchovu.[[14]](#footnote-14)

*Standardy kvality* jsou zaměřeny na podporu individuálního vztahu dětí k pracovníkům zařízení, k rodině i blízkým, aby v nejvyšší možné míře docházelo k nápravě narušených vztahů dítěte i k vybudování zdravého vztahu k sobě samému. Důraz je kladen na celou síť sociálních vztahů a na zajištění bezpečného prostředí. Dítěti má být umožněno, aby svůj život aktivně vytvářelo, což je faktickou podmínkou převzetí odpovědnosti za život ve svobodné společnosti, jak je uvedeno v *Úmluvě*. S tím souvisí důraz na snižování separace dětí ve výchovných zařízeních a zařazování dětí do života v jejich blízkém okolí. Děti by v zařízeních měly nabývat kompetence potřebné pro samostatný život a mít dostatečnou podporu pro to, aby po skončení péče v případě zletilosti dokázaly plynule přejít do samostatného života. Veškeré úsilí zároveň vyžaduje podporu bezpečného prostředí v ústavech, ochranu soukromí a intimity, a také důraz na individuální potřeby každého dítěte.[[15]](#footnote-15)

Základní je také důraz na obnovování a sanaci rodinných vztahů dítěte. Důležitost vztahů s rodinou i právo dětí na kvalitní rodinné vztahy je zdůrazněna v *Úmluvě*.[[16]](#footnote-16) Začlenění dítěte do společnosti nejlépe probíhá při souběžné práci na sanaci rodinného prostředí, které dítěti do velké míry umožňuje zapojení do života společnosti a převzetí odpovědnosti za svůj život, vztahy a svět. V případě narušeného vývoje dětí, které se dostávají do institucionální péče, je proto práce s oběma rodiči, pokud je možná, a důraz na blízké i široké společenské vztahy dítěte, důležitou podmínkou úspěšné péče o dítě.

Již z těchto vyjádření je zřejmé, že ani na nezletilé delikventy nelze v první řadě hledět jako na trestance nebo nebezpečné živly, před kterými je prvotně třeba společnost chránit. Naopak česká společnost je zodpovědná za to, aby i dětem s kriminální minulostí, z dysfunkčního sociálního prostředí nebo s významnými poruchami chování zajistila péči, která jim, nakolik to lze, umožní sociální začlenění a převzetí osobní zodpovědnosti za svět, ve kterém žijí. Cílem tedy není separace nezletilých delikventů a jejich potrestání, ale naopak posílení jejich psychického i fyzického zdraví, osobnostní odolnosti a s tímto provázaná příprava na návrat do společnosti, aby se děti mohly vrátit do života celku společnosti a žít plnohodnotný a odpovědný život.

Existuje zároveň skupina dětí či nezletilých, u nichž jsou potenciální kriminální projevy chování natolik extrémní (např. znásilnění a vraždy v anamnéze, těžké sadistické deviace, nezvladatelná agresivita), že aspekt ochrany společnosti nelze oslabit tím, že některá nutná omezení dítěte jsou potenciálně v rozporu s jeho dlouhodobými zájmy. Podobná omezení zdánlivě zasahující do zájmu dítěte mohou být na místě také v případech, kdy dítě zneužívá drogy nebo se mimo zařízení dále dopouští méně nebezpečných, nicméně protiprávních činů, případně se mimo zařízení stává obětí trestné činnosti. V tomto ohledu je na místě potřebná opatření důsledně legislativně opřít o nutnost zajištění bezpečného prostředí a bezpečí dítěte,ke kterému jsou instituce zavázány a které je vůbec nutnou podmínkou rozvoje dětí.

#### Strategie naplňování cílů institucionální péče o děti ve školských zařízeních

Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy jsou rozčleněny podle tematických oblastí, na něž je třeba se zaměřit v organizačním slova smyslu. Pro účely zprávy zde uvádíme jen základní členění standardů.

*Vymezení činnosti a informovanost*

Děti vědí, jak o ně bude v zařízení pečováno, s kým jej budou sdílet, kdo se o ně bude starat a co se od nich očekává. Zařízení má zpracované informace o své činnosti, které jsou srozumitelné a dostupné dětem, osobám odpovědným za výchovu a dalším příslušným subjektům. Děti vědí, co mají dělat v případě, pokud se cítí nespokojené. Existují mechanismy vedoucí k prevenci a nápravě porušení práv a povinností, o kterých jsou informovány děti, osoby odpovědné za výchovu i zaměstnanci.

*Průběh péče a návazné služby*

Přijetí, pobyt i odchod dítěte ze zařízení je realizován s respektem k potřebám dítěte a jeho zájmům. Dítěti je poskytována individuální podpora pro jeho komplexní rozvoj, uskutečňování vzdělávacích a výchovných cílů a pro přípravu na samostatný život. Děti jsou podporovány v udržení kontaktů s jejich blízkými osobami a podílejí se na rozhodování o důležitých aspektech svého života. Děti a osoby odpovědné za výchovu jsou seznámeny se svými právy a povinnostmi a vědí, co se od nich očekává.

*Personální agenda*

O děti se stará dostatek kvalifikovaných zaměstnanců, kteří jsou odborně podporováni a znají své kompetence a odpovědnosti. Zařízení uplatňuje odpovědný výběr zaměstnanců a dalších příslušných osob (dobrovolníků, stážistů atd.). Existují mechanismy prevence a kontroly, které zabraňují možnosti nevhodného jednání s dětmi.

*Organizační aspekty*

O děti pečuje tým zaměstnanců, kteří vědí, kdo je řídí a komu se zodpovídají. Existují postupy spolupráce a sdílení informací uvnitř týmu i s dalšími zapojenými subjekty, které dbají na ochranu soukromí a osobních údajů dítěte a jeho rodiny. Zařízení pravidelně sleduje a hodnotí naplňování svého poslání, cílů a kvality poskytované péče a zohledňuje názory dětí, zaměstnanců a dalších zapojených osob.

*Prostředí výkonu péče*

Děti mají vytvořeno bezpečné prostředí, které umožňuje poskytování požadovaných služeb ve vztahu k jejich zájmům a specifickým potřebám.[[17]](#footnote-17)

Základními stavebními kameny institucionální výchovy a péče ve školských zařízeních by tedy měla být snaha o individuální rozvoj dítěte a zároveň pěstování společenských vztahů, respekt a vedení dítěte k samostatnosti a socializaci. Na organizační úrovni se pak jedná o zajištění bezpečného prostředí, zajištění informovanosti dítěte a transparentního fungování zařízení, součinnosti personálu v rámci zařízení i ve vztahu k ostatním institucím a užívání prostředků odpovídajících individuálním potřebám dětí.

### Institucionální výchova a péče o delikventní děti a mladistvé ve školských zařízeních

Shledá-li soud, že „výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav, anebo jeho řádný vývoj [jsou] vážně ohroženy nebo narušeny do té míry, že je to v rozporu se zájmem dítěte, anebo jsou-li tu vážné důvody, pro které rodiče dítěte nemohou jeho výchovu zabezpečit, může soud jako nezbytné opatření nařídit ústavní výchovu.“ Ochranná výchova se de facto nařizuje v případě, kdy výchova již byla prokazatelně závažně zanedbána, tedy pokud došlo k trestnému činu nebo činu, který by byl v případě staršího dítěte jako trestný posuzován. K nařízení ochranné výchovy soud přistupuje v případech, kdy nápravy není možno dosáhnout např. upravením poměrů v rodině nebo prostými výchovnými opatřeními, jako je například dohled kurátora.[[18]](#footnote-18)

Školská zařízení poskytující výchovu a péči o děti s nařízenou ústavní nebo uloženou ochrannou výchovu jsou diagnostické ústavy (DÚ), dětské domovy (DD), dětské domovy se školou (DDŠ) nebo výchovné ústavy (VÚ). V rámci institucionální výchovy nezletilých také pod MŠMT působí tzv. střediska výchovné péče (SVP).

Činnost těchto zařízení je právně upravena **Zákonem 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),[[19]](#footnote-19) **Vyhláškou MŠMT č. 438/2006 Sb.** (kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních) a **Vyhláškou č. 458/2005 Sb.** (kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče). Další úpravy přinesl **Zákon č. 333/2012 Sb.** (kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony).

Kvalitu péče by měli zprostředkovávat odborní pracovníci, kteří pracují přímo v kontaktu s dětmi.[[20]](#footnote-20) Odbornými pracovníky výkazy o zařízeních rozumí především vychovatele včetně vedoucích vychovatelů, dále speciální pedagogy, etopedy, psychology, asistenty pedagogů a sociální pracovníky. Podle dostupných údajů byli v roce 2012 vychovateli v nadpoloviční většině případů lidé s nejvyšším dosaženým vzděláním středoškolským, jsou mezi nimi ale i ti, kteří si vysokoškolské vzdělání doplňují.

#### Střediska výchovné péče

K součinnosti se SVP ve většině případů dochází na základě dobrovolnosti, v současnosti je nicméně možno dítě do SVP umístit i na základě soudního rozhodnutí. Péče se opírá o dobrovolnou spolupráci zainteresovaných osob (klienta, rodičů dítěte, sociálních pracovníků, učitelů a dalších relevantních osob). Pracovníci zařízení zajišťují preventivně-výchovnou péči, přičemž poskytují svou intervenci také rodičům nebo škole. Ve střediscích pracují pedagogičtí pracovníci, speciální pedagogové a psychologové, případně také sociální pracovníci.

SVP mohou být organizační součástí diagnostických ústavů nebo jiných zařízení pro výkon ústavní výchovy a mohou fungovat i samostatně. Nenahrazují jiná školská výchovná a poradenská pracoviště, ale naopak jejich služby doplňují.Pro klienty s problémy v chování jsou často jednou z posledních příležitostí, která může být nápomocna k brzkému zastavení jejich sociálně narušeného vývoje. Z hlediska kriminality a delikvence mládeže by tedy SVP měla plnit preventivní funkci.

Klienti střediska jsou děti a žáci ve věku od tří let do ukončení přípravy na povolání, nejdéle do 26 let věku. Střediska existují ve formě ambulantní, stacionární a internátní. Internátní odděleníposkytuje možnost maximálně dvouměsíčního pobytu, při němž je klientům zajištěno i vzdělávání. V současné době MŠMT udává 72 zařízení pro preventivně výchovnou péči (včetně detašovaných pracovišť).

#### Diagnostické ústavy

Úkolem DÚ je kromě zajišťování základních psychologických a fyzických potřeb dítěte především analyzovat problémy dítěte a vypracovat výchovná doporučení, která budou realizována v ústavu, do něhož bude dítě umístěno následně, nebo doporučení pro rodiče, ke kterým se může dítě z DÚ v případě zrušení předběžného opatření nebo ústavní výchovy vrátit. Pobyt v diagnostickém ústavu by měl trvat zpravidla 8 týdnů. Pobyty v diagnostickém ústavu musí být v současnosti (2019) nařízeny soudem.

Právě umístění do DÚ bývalo dříve běžnou praxí, neboť o typu zařízení, do kterého bude dítě umístěno, rozhodoval právě DÚ ve spolupráci s OSPOD. Po diagnostice bylo teprve soudem rozhodnuto o nařízení ústavní nebo uložení ochranné výchovy. Diagnostické ústavy mají přiřazeny své vlastní obvody, tzv. síť, které zahrnují spektrum zařízení (DD, DDŠ, VÚ), do nichž mohou být děti umístěny. V současné době, po zavedení nového občanského zákoníku, umístění do toho kterého zařízení nově spadá výhradně do gesce soudů, a děti tak mohou být umístěny bez předcházející diagnostiky a pobytu. Pokud ale soud vydá nejprve pouze předběžné opatření, dítě je obvykle umístěno právě do DÚ (v některých případech i SVP).[[21]](#footnote-21) Jak již bylo uvedeno, v současnosti není výjimkou, že v diagnostickém ústavu, který ze své povahy nemá být primárně uzpůsoben na zajišťování dlouhodobé péče, vzdělávání ani dlouhodobou systematickou výchovnou práci s dětmi, zůstává dítě namísto osmi týdnů po dobu několika měsíců i v některých případech více než rok.

Tato změna v pravomocích DÚ se dotýká také širšího problému s vhodným umisťováním dětí v ústavní nebo ochranné výchově, ať už jde o děti s poruchami chování, závislostí nebo jinou psychiatrickou diagnózou**.** S legislativní změnou, která ovlivnila rozhodování DÚ o umisťování dětí do jednotlivých zařízení ve své síti, totiž de iure zmizela instituce, která pomocí rozdělování dětí do značné míry mohla umožňovat systematickou organizaci péče, byť toto někdy mohlo mít negativní důsledky v podobě nežádoucích pobytů některých dětí v diagnostických ústavech. Tento záměr v současnosti trvá v podobě metodického vedení ostatních zařízení (DD, DDŠ, VÚ), které diagnostické ústavy poskytují, ukazuje se ale, že toto opatření je v některých oblastech pouze formální, i vzhledem k tomu, že diagnostické ústavy ve vztahu k zařízením ve své síti nemají významné pravomoci.

#### Dětské domovy

V dětských domovech je zajišťována péče o děti zpravidla od tří do osmnácti let s nařízenou ústavní výchovou. Tyto děti jsou organizovány do rodinných skupin zpravidla po osmi členech a docházejí do škol mimo zařízení. V případě studia pak může být pobyt v dětském domově prodloužen až do šestadvaceti let věku. Mělo by se tedy jednat o děti, jejichž rodina selhala v zajištění dítěte, ale které nevykazují natolik závažné poruchy chování nebo natolik závažné ohrožení vývoje, aby vyžadovaly speciální výchovný nebo léčebný režim. Je zde tedy jednoznačný záměr vydělit mladistvé delikventy nebo delikventní děti z dětských domovů a umístit je do zařízení, která by měla být na jejich potřeby lépe uzpůsobena. V praxi tak v dětských domovech nacházíme více dětí s rannějšími deprivacemi nebo poruchami, ale jen minimum dětí se závažnými nebo těžkými poruchami v chování.[[22]](#footnote-22) Děti aktuálně umístěné v dětském domově se proto v našem šetření vůbec neobjevují, ačkoli tvoří většinu dětí v zařízeních.

#### Dětské domovy se školou

V DDŠ jsou umístěny děti se soudně nařízenou ústavní výchovou, které mají závažné poruchy chování, které vyžadují výchovně léčebnou péči, nebo děti s uloženou ochrannou výchovou. Zpravidla se v praxi pohybují ve věkovém rozmezí od deseti do patnácti let. Školní vzdělávání je pro ně zajištěno při dětském domově, pokud ale pominou důvody pro jejich vzdělávání v DDŠ, jsou zařazeny zpět do tzv. běžné školy.

Do dětských domovů se školou se tedy nedostávají pouze děti prokazatelně delikventní nebo s kriminalitou v anamnéze, ale i děti z dětských domovů, jejichž chování není v prostředí soudobého běžného dětského domova zvladatelné, nebo které trpí natolik závažnou psychiatrickou poruchou, že oproti ostatním dětem v DD vyžadují zvláštní léčebný režim. Pokud se poměry neupraví, tyto děti jsou pak po skončení povinné školní docházky přemístěny zpravidla do výchovných ústavů.

#### Výchovné ústavy

Výchovné ústavy zajišťují výkon soudně nařízené ústavní nebo uložené ochranné výchovy. Děti jsou organizovány do výchovných skupin maximálně po osmi a je jim zajišťován vzdělávací i výchovný program. Do výchovných ústavů jsou obvykle umístěni nezletilí starší patnácti let, v případě závažných poruch chování nebo závažných činů, které by u staršího dítěte byly již trestné, může být do ústavu umístěno i dítě starší dvanácti let.

Ve vyhlášce č. 438/2006 Sb. nalézáme formální rozlišení zařízení (zejm. DDŠ a VÚ) podle typů dětí, které mají soudem nařízenu ústavní nebo uloženou ochrannou výchovu. Jedná se například o nezletilé matky, drogově závislé nebo děti vyžadující tzv. výchovně léčebnou péči. Realizace systematické péče a vhodná profilace zařízení nicméně vyžaduje především faktickou dostupnost specializovaných pracovišť nebo programů a úzkou součinnost ministerstva zdravotnictví.

 Tzv. EPCHO

EPCHO je zkratkou pro tzv. zařízení pro děti s extrémními poruchami chování v rámci výchovných ústavů, jak jsou vymezeny podle zákona (vyhláška č. 438/2006 Sb.). V současnosti tato specializovaná oddělení pro děti s vysoce nebezpečnými projevy existují v rámci dvou výchovných ústavů v ČR. Jsou to děti se závažnou trestnou činností v anamnéze (znásilnění, vraždy, brutální násilí). V současné době není péče o tyto děti speciálně legislativně ošetřena.

### Spolupráce institucí na prevenci kriminality a resocializaci dětí s poruchami chování

#### Faktická funkčnost resocializace

Děti opouštějící ústavní výchovu nejsou v současnosti dlouhodobě systematicky sledovány. Dohledatelná analýza přímo zaměřená na osudy dětí opouštějící institucionální výchovu stojí na průzkumu osudů dětí, které ji opustily v letech 1995–2004 (Gjuričová 2007). Bohužel je to analýza jediná a navíc zastaralá, nicméně se na ni odvolává většina současných materiálů. Péče o ohrožené děti byla podle této studie v České republice zajišťována jako řada izolovaných aktivit zúčastněných institucí – státních, samosprávných i neziskových.

Umístění dětí v institucionální péči sice podle této studie obvykle znamenalo přerušení sociálně patologického vývoje, ten ale po jejím ukončení opět nastartoval. Zajímavým údajem je ale roční prodleva před začátkem páchání trestné činnosti po propuštění ze zařízení, kterou nacházíme u většiny dětí, které se později dopustily trestné činnosti. Tento údaj vede k úsudku, že ačkoliv dítě může zařízení opustit s adekvátnějšími modely chování a dokonce i snahou žít „sociálně žádoucí život,“ vzhledem k absenci silných sociálních vazeb v dobře socializovaném prostředí a kvalitní podpory pro sociálně znevýhodněné stran jiných institucí se ke kriminální činnosti, která je zhusta obvyklým modelem chování v původní sociální skupině mladistvých delikventů, postupně vrací. Jinak řečeno, bez posílení sociálního kapitálu dětí nelze ani v případě změny jednání delikventů v zařízení dosáhnout trvalých změn.[[23]](#footnote-23) Toto tvrzení je zcela v souladu i s údaji z našeho terénního výzkumu, kdy i stabilizované děti se po některých pobytech v domácím prostředí vrací do zařízení ve špatném stavu, který následně přetrvává. Výchovné instituce mohou splnit svou vymezenou funkci a zajistit dítěti stabilní prostředí i osobní rozvoj, pokud ale chybí součinnost ostatních resortů a následná péče, pozitivní vzorce chování spíše nahradí ty adaptivní pro dané prostředí, kam se dítě vrací. Je proto nutná široká spolupráce organizací, které se podílejí na ochraně práv dětí a mládeže. Alternativou by bylo větší propojení služeb, aby mohli profesionálové s rodinami lépe pracovat a na odbornou práci vzájemně plynule navazovat. Prvotně je nicméně opět potřeba zdůraznit, že v České republice především chybí data a krátkodobé i longitudinální studie, na jejichž základě by bylo možno systém péče v jednotlivých lokalitách promyšleně upravovat.

Práce na zmírnění delikventních a kriminálních projevů nezletilých orientovaná na dlouhodobé horizonty a komplexní resocializaci je zcela zásadní i ze současného kriminologického hlediska: „U více než poloviny recidivujících osob v našem vzorku spadá jejich první odsouzení mezi 15. až 18. rok jejich věku (mladiství), a téměř u třetiny mezi 19. až 21. rok. (…) Zkoumání tedy potvrdilo pravdivost kriminologických teorií, že počátek kriminální kariéry se objevuje ve věku mladistvém, a s přibývajícím věkem u prvního odsouzení nebezpečí recidivy klesá na minimum.“ Ze zprávy také plyne, že izolované odsouzení, prominutí trestu nebo uložení ochranné výchovy mladistvému pachateli samo o sobě nestačí, neboť se u odsouzených obvykle nejedná o náhodné delikventní vybočení, ale o předznačení celé kriminální „kariéry.“[[24]](#footnote-24)

V současné době lze konstatovat, že ačkoliv v oblasti ústavní výchovy došlo po roce 2000 k podstatným reformám, systém péče zůstává i nadále roztříštěný, čímž je systematická resocializace značně komplikována. Koordinace na národní úrovni je slabá a nejsou pro ni vytvořeny vhodné technické podmínky. Toto dokládá i prostá skutečnost, že podstatné informace o delikventní mládeži, kterými disponuje MVČR nebo MPSV, jsou pro pracovníky v sektoru MŠMT dostupné jen těžko (přičemž lze předpokládat, že toto platí i obráceně). Chybí přehledná databáze odborných i metodických materiálů, nutná pro hlubší spolupráci na odborné i praktické úrovni, nebo vzájemná přehledná dostupnost směrnic, kterými se řídí pracovníci angažovaní v problematice delikventní a kriminální mládeže napříč státními orgány. Chybí systematické sdílení informací v jednotlivých případech. Ucelené přehledné databáze materiálů chybí i v rámci jednotlivých ministerstev, což systematickou práci dále značně komplikuje.[[25]](#footnote-25)

#### Zdravotní péče

Zcela zásadní je úzká spolupráce s ministerstvem zdravotnictví. Celá spolupráce je legislativně komplikována skutečností, že zařízení zajišťující ústavní a ochrannou výchovu aktuálně nemohou zaměstnávat zdravotnický personál, protože nejsou zařízeními zdravotnickými. Zaměstnanci musí být vedeni jako pedagogičtí nebo provozní pracovníci. Zákon zařízením tedy například aktuálně zapovídá mít jako zaměstnance vedeného psychiatra nebo zdravotní sestru. Na rozdíl od soukromých zařízení, která například zajišťují sociální péči, si tato zařízení nemohou snadno zajistit zdravotní personál. Tento problém se tak projevuje trvale v nedostatku profesionální zdravotnické péče, nemožnosti adekvátně ohodnotit personál, který je de facto zdravotnický, ale musí být veden například jako provozní. I poskytování systematické (psycho)terapie, která je dětem s delikventní anamnézou ve většině případů indikována, je zajišťováno spíše na poradenské než klinické úrovni. De iure také není možné sloučit výchovné působení s psychoterapeutickým (ve smyslu zdravotnického úkonu), což je z odborného hlediska žádoucí.[[26]](#footnote-26)

Těsně souvisejícím problémem je absence nebo komplikovaná existence zařízení, která by poskytovala specializovanou zdravotnickou péči, jak je nařízeno zákonem. Markantní je tento problém u nízkého počtu zařízení s programy specializovanými na práci s dětmi s drogovými problémy, nebo nízká podpora vzniku komunitních skupin a detašovaných pracovišť, která by s těmito dětmi ve spolupráci se zdravotnickým resortem pracovala. Některá střediska výchovné péče se pozitivně podílí na prevenci i práci s dětmi s drogovými problémy, přesto je v terénu nutná potřeba vzniku specializovaných pracovišť, která se zaměřují na děti např. s výrazným závislostním problémem, u kterých je žádoucí pobyt v zařízení zajišťující léčbu, výchovu a vzdělávání. Důraz na kvalitní prevenci by neměl vést k přehlížení případů, kdy je již na primární prevenci pozdě.

Naproti tomu zdravotnická zařízení jako taková například často umožňují pouze akutní detoxikaci, nikoliv však dlouhodobou léčbu. Specializované programy ve výchovných zařízeních by umožňovaly problém řešit bez zbytečného přetížení zdravotnického systému a bez nežádoucího přerušení vzdělávací dráhy dítěte. Podobný princip platí pro děti s nařízeným výchovně-léčebným režimem, kde je na jednu stranu nutno zabezpečovat širší socializaci a také kontinuální vzdělávání dítěte, což je v gesci MŠMT, na stranu druhou je legislativně přímo vyžadována léčebná péče, kterou ale legislativa formálně komplikuje, až znemožňuje výchovným zařízením s pedagogickým personálem poskytovat. Sám název „výchovně-léčebná péče“ tak poukazuje na nedostatky legislativy a systému, který striktně rozděluje zdravotnická, sociální a výchovná (vzdělávací) zařízení a staví tak potřebný i v zákoně ukotvený výchovně-léčebný režim z principu do šedé zóny.

#### Preventivní opatření

O nedostatečné meziresortní spolupráci při péči o ohrožené děti vypovídá i skutečnost, že podle výzkumu preventivní praxe z roku 2015 je „nejčastějším zdrojem informací o závadovém chování mládeže pro OSPOD Policie ČR [jde téměř o polovinu případů]. Na druhém místě pak figuruje škola či šířeji školská zařízení, která byla za nejdůležitější zdroj informací označena [jen] 30 % respondentů. Tato dvojice základních informačních zdrojů je v některých lokalitách doplňována informacemi ze zdrojů městské (obecní) policie.“[[27]](#footnote-27) Lze tedy usuzovat, že prevence na základní rovině, která by měla vycházet z těsné spolupráce školských zařízení, sociálních pracovníků OSPOD a rodiny, z nyní neurčených důvodů spíše selhává, neboť ohrožené děti se v největším množství případů dostávají do hledáčku příslušných organizací až ve chvíli, kdy došlo k natolik závažnému závadovému jednání, že zasahovala PČR nebo městská policie. Nejedná se tedy již o prevenci v původním slova smyslu**.** Úspěšnost spolupráce na prevenci i návratu dítěte do společnosti se také do značné míry odvíjí od ochoty samosprávních orgánů (obcí), pro které ale nemusí být z řady důvodů atraktivní.[[28]](#footnote-28)Na druhou stranu tam, kde dochází ke včasné spolupráci OSPOD se školskými zařízeními, bývá prevence podle *Institutu pro kriminologii a sociální prevenci* účinná. Je tedy zcela na místě posilovat funkce pedagogicko-psychologických poraden a středisek výchovné péče, ke kterým se podněty naopak dostávají primárně ze školního a rodinného prostředí.[[29]](#footnote-29)

#### Přeřazování dětí

K roztříštěnosti péče o nejnáročnější děti přispívá i fakt, že celý systém ústavní péče a výchovy je do určité míry nastaven na přeřazování dětí z jedné instituce do druhé (napříč resorty, což se týká i např. pěstounské péče) podle věku nebo momentálních závažných změn chování. Děti navíc mohou být soudem z blíže neurčených důvodů přeřazovány mezi jednotlivými ústavy v gesci MŠMT. Toto přeřazování může být v některých případech dáno mimo jiné absencí kvalitní podpory pracovníkům, takže se významná část dětí s náročnými projevy chování kumuluje v několika zařízeních. Z pohledu některých diagnostických ústavů také může u některých zařízení v sítích docházet k nadužívání možnosti rezervovat lůžka v zařízení, aby nemohly být zařazeny děti s výraznějšími výchovnými problémy. V tomto smyslu může negativně působit i možnost kurátorů rezervovat místo pro dítě, u kterého ještě ani neproběhlo soudní řízení. Výše uvedené je problémem zejména proto, že neexistuje v současné době oficiální způsob, jak pohyb dětí kontrolovat a zároveň není jasné, jak dlouho bude soudní řízení trvat. Možnost smluvit místa dopředu je v určitém ohledu žádoucí, ale v současnosti má zároveň tento systém negativní dopad v podobě blíže neurčeného počtu zbytečně nevyužitých míst, zatímco některá zařízení jsou přetížená.[[30]](#footnote-30) Efektivita systému se bez hlubší analýzy z hlediska kapacit a umisťování konkrétních dětí jen stěží dá smysluplně posoudit a poznat, o čem vlastně data a dílčí statistické informace o jednotlivých zařízení vypovídají.

Na druhou stranu je nutno podotknout, že existují minimálně dva DÚ, které mají přehled prakticky o všech dětech ve své síti a jsou schopny ve spolupráci s ostatními subjekty efektivně kontrolovat vřazování dětí v rámci svého regionu a minimalizovat zbytečné přesuny.[[31]](#footnote-31) Tato skutečnost je nicméně dána zřejmě historickým vývojem a kvalitní meziresortní spoluprací v dané lokalitě, nikoliv adekvátním nastavením legislativy, prací s daty a vhodným nastavením pravomocí zařízení ÚV/OV.

Přeřazování není vždy v nejlepším zájmu dítěte a mnoho výchovných problémů může potencovat nebo přímo vyvolat. Děti si v každém zařízení musí vytvářet nové vazby a o ty staré zhusta zcela přichází, neboť ani v žádoucích případech nemají, v případě nespolupráce zapojených subjektů, zákonnou možnost kvalitní kontakt s původními pečovateli udržet například návštěvami. Náš výzkum potvrzuje, že tak pravděpodobně dochází k opakované traumatizaci některých dětí s nejvážnějšími obtížemi a prohlubování jejich problémů. Systematická spolupráce jednotlivých zainteresovaných osob na socializaci a resocializaci dětí může být přeřazováním také narušena, často kontinuální práce zcela chybí. Určitá prostupnost institucí uvnitř i napříč resorty je důležitá, přesuny by nicméně měly být omezeny na nutné minimum, což ovšem nekoordinovaný systém péče komplikuje.

## Děti s problémy v chování v institucionální péči ve školských zařízeních

Dítě je do školského zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy přijímáno na základě usnesení o předběžném opatření, soudem nařízené ústavní výchovy či uložené ochranné výchovy. Obecně lze říci, že důvodem umístění do zařízení je buď nedostatečné rodinné zázemí, od materiálního nedostatku, až po závažné citové zanedbávání nebo fyzické týrání, nebo natolik závažné asociální chování dítěte, že jeho projevy již z různých důvodů nelze korigovat v rámci rodiny. Pokud se jedná o děti se závažnými poruchami chování, na něž je náš výzkum zaměřen, obvykle jde o kombinaci obou faktorů a v anamnézách takových dětí pravidelně nacházíme rané deprivace, dlouhodobé zanedbávání péče i výchovy, v některých případech i četné střídání pečujících osob. Výchovná intervence proto musí jít ruku v ruce se zajištěním bezpečného zázemí dětem, podporou jejich rozvoje a resocializace a stabilního výchovného prostředí. Na druhou stranu není fyzické a citové zanedbávání bezpodmínečným faktorem pro rozvoj poruch chování. Sociální vyloučení a kriminalita rodičů jde například často ruku v ruce se zanedbáváním dětí, narážíme ale i na případy, kdy jsou děti „pouze“ zneužívány k páchání trestné činnosti, nebo bychom mohli mluvit spíše o sociálním, nikoli citovém nebo materiálním zanedbání dítěte. V takových případech často akceptuje dítě porušování sociálních norem jako normu chování a kriminální činnost je chápána jako prostředek obživy a životní styl, který je v sociální skupině, ze které dítě pochází, běžný.

### Poruchy (v) chování

V ústavech nacházíme i děti, které poruchami chování netrpí, náš výzkum je ale primárně zaměřen na děti s kriminálním či delikventním jednáním v anamnéze a těžšími poruchami chování. V současné mezinárodní klasifikaci nemocí jsou poruchy chování u dětí definovány jako opakující se a trvalý vzorec asociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte (např. krádeže, rvačky a krutost vůči lidem a zvířatům, opakované lži, záškoláctví, útěky z domova). Příčiny vzniku mohou být různé. Na vzniku a rozvoji medicínských poruch chování se podílí faktory biologické, psychologické i sociální. Příčiny vzniku poruch chování jsou obvykle multifaktoriálně podmíněné, tj. většinou jde o nepříznivý vliv většího počtu rizik.[[32]](#footnote-32) U jedinců trpících poruchou chování nejsou většinou uspokojeny základní potřeby, potřeba bezpečí, jistoty, potřeba emocionální vazby a potřeby materiální. Pokud se dětem nedostává těchto potřeb v přirozeném prostředí v rodině, snaží se uspokojit tyto potřeby v jiném prostředí a za každou cenu. Poruchami v chování se také může projevovat duševní porucha. U dětí může být příčinou poruch v chování kromě závažných duševních poruch – psychóz, také úzkost, deprese, nutkavé myšlenky a nutkavé jednání. Při diagnostice je vždy důležité zohlednit věk a vývojový stupeň dítěte. Vzdorovité chování u dětí např. ve věku tří let nemůže být bráno jako porucha chování. Stejně tak u adolescentů občasné výkyvy nálad a výbuchy vzteku či odmlouvání nemůžeme hodnotit jako rizikové chování.

„Za důvod pro psychiatrickou diagnózu nelze považovat ojedinělé disociální činy či kriminální činy, vzdorovité chování, záškoláctví, občasné krádeže a rvačky, i když všechny tyto jevy jsou pro poruchy chování typické. Teprve pokud je takovéto problémové chování přítomno trvale, je extrémní a hrubě překračuje vzory chování typické pro příslušný věk, lze o diagnóze poruchy chování uvažovat*.*“[[33]](#footnote-33)

Existují různé klasifikace a definice poruch v chování, medicínské i pedagogické. Vágnerová popisuje poruchy chování jako „odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, event. na úrovni svých rozumových schopností.“[[34]](#footnote-34) Vágnerová dále rozděluje poruchy chování do tří skupin podle toho, jaké mají znaky. Do první skupiny zařazuje chování, které **nerespektuje sociální normy** platné v dané společnosti. To může mít různé příčiny: Jedinec například není schopen chápat význam norem, má nedostatečnou rozumovou vyspělost nebo inteligenci, nebo pochází z jiného sociokulturního prostředí, kde uznávají jiné společenské normy. O poruše chování mluvíme pouze v případě, že jedinec daným normám rozumí, ale odmítá je akceptovat nebo se jimi nedokáže řídit. Ve druhé skupině jsou poruchy chování, které se primárně projevují jako **neschopnost navázat a udržet přijatelné sociální vztahy**. Těmto jedincům chybí empatie. Jsou ponoření pouze do sebe a nechápou, že v některých případech se musí přizpůsobit okolí. Pokud poruší normu, nemusí cítit vinu. V poslední skupině se nachází **přechodné poruchy chování** v dětském věku. Takové poruchy chování se u dětí mohou vyskytovat pouze dočasně, jako reakce na nějaké podněty. Důležité je ovšem porušování norem u dětí, jako vzdorovitost, agresi, nerespektování sociálních norem a asociální chováni nebagatelizovat, protože někdy může jít o rozvíjející se poruchu osobnosti.[[35]](#footnote-35) Abychom mohli poruchu osobnosti diagnostikovat, musí jít nicméně o stabilní vzorec reakcí a vyrovnávacích mechanismů, který je v rozhodující většině případů neměnný.

#### Definice poruch chování podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10)[[36]](#footnote-36)

Z medicínského hlediska se dělí poruchy chování podle MKN 10 do dvou základních oblastí. Tou první jsou tzv. specifické poruchy chování, které jsou označovány jako poruchy hyperkinetické a zahrnují především poruchu aktivity a pozornosti a hyperkinetickou poruchu chování. Druhou kategorií, a právě tu zde nyní přiblížíme, jsou nespecifické poruchy chování, které jsou v klasifikaci uvedeny jako prosté poruchy chování a zahrnují poruchy chování ve vztahu k rodině, nesocializovanou poruchu chování, socializovanou poruchu chování a poruchu opozičního vzdoru.[[37]](#footnote-37) Poruchy chování mezinárodní klasifikace nemocí podobně jako Vágnerová rozděluje na **socializované, kdy** **dítě má přiměřené vazby** v rodině i mimo ni a nemá problém navázat vztah s vrstevníky, a na **nesocializované, kdy jsou jakékoliv hlubší vztahy narušeny**.[[38]](#footnote-38)

*Porucha chování ve vztahu k rodině*

Jedinec se chová asociálně až agresivně vůči členům rodiny, zvířatům či věcem. Toto chování je zaměřeno proti prostředí domu nebo na interakci se členy rodiny. Jedinec trpící poruchou krade peníze nebo jiné materiální věci z domu. Může se chovat destruktivně, např. rozbíjet hračky, ničit oblečení, poškozovat cenný majetek. Chování může být zacíleno i proti prostředí domu jako takovému, např. úmyslné zapalování ohňů. Tato porucha může být spuštěna i konfliktem mezi dítětem a novým nevlastním rodičem.

*Nesocializovaná porucha chování*

U jedince trpícího touto poruchou je hluboce narušen vztah k druhým. Dítě se neumí zapojit do skupiny vrstevníků, je izolováno od ostatních. U vrstevníků není oblíbeno, nemá žádné blízké přátele. Nesocializované chování se projevuje agresí k dětem, jedinec často šikanuje mladší děti, má těžké výbuchy vzteku a nekontrolovatelnou zlost. Často je krutý nejen k dětem, ale i ke zvířatům. Je hrubý a agresivní ve vztahu k dospělým, nerespektuje a odmítá autority.

*Socializovaná porucha chování*

Porucha je charakteristická trvalým disociálním nebo agresivním chováním. Oproti nesocializované poruše, kdy se jedinec nesnese s vrstevníky, má s nimi narušené vztahy, u této poruchy udržuje s vrstevníky dobré vztahy. Často může být dítě ve skupině, která disociální chování schvaluje. Někdy ovšem může být členem nedelikventní skupiny a mimo skupinu se chovat delikventně. Vztahy k dospělým jsou špatné. Porucha chování se může projevovat i v rodinném prostředí.

*Porucha opozičního vzdoru*

Tato porucha se vyskytuje u dětí 9–10 let. Charakteristické je vzdorovité, neposlušné chování bez přítomnosti disociálních činů, které by narušovaly práva někoho jiného. Děti jsou negativistické až nepřátelské, vzdorují. Jejich chování je absolutně mimo rámec normálního chování. Děti jsou často podrážděné, rozzlobené na druhé lidi, někdy bývají zlostné. Požadavkům, které na ně kladou dospělí, se vzpírají. Ze svého neúspěchu a svých vlastních chyb obviňují jiné děti či dospělé.

#### Poruchy chování podle stupně společenské závažnosti

Na tuto klasifikaci v oblasti ústavní výchovy občasně narazíme, otázkou nicméně je, zda vůbec plní nějakou funkci a napomáhá lepší péči o dítě:

Disociální chování je chování společensky nepřiměřené. Projevuje se jak ve školním prostředí, tak doma. Je to vzdorovitost, neposlušnost, kázeňské přestupky, drobné porušení normy. Toto chování se většinou dá výchovně zvládnout běžnými pedagogickými postupy, často má pouze přechodný charakter, který je specifický pro určité vývojové období. Může se prohloubit v pubertě.

Asociální chování je v rozporu se společenskou morálkou. Jedinec porušuje společenské normy. Intenzita porušení však ještě nepřekračuje právní předpisy. Svým jednáním škodí sám sobě víc než druhým lidem, např. alkoholismus, drogy, opakované sebepoškozování, záškoláctví. Toto chování má většinou vzestupný trend a nedá se odstranit pouze pedagogickou nápravou. V některých případech indikujeme ústavní nebo dlouhodobou terapeutickou péči.

Antisociální chování je veškeré protispolečenské jednání, které svým důsledkem poškozuje jak jedince, tak společnost. Jedinec závažně a opakovaně porušuje normy společnosti. Mezi projevy antisociálního jednání řadíme veškerou trestnou činnost, krádeže, vandalství, loupeže, zabití, násilí, agresivitu. Léčba vyžaduje vysoce specializovanou péči, kterou by měla poskytovat právě školská zařízení a věznice pro mladistvé. U těchto jedinců je velmi těžká a obtížná náprava. Je zde velká pravděpodobnost recidivy.[[39]](#footnote-39)

**Jak již bylo řečeno, klasifikací týkajících se poruch v chování je mnoho a rozličnost přístupů pedagogické praxe a zdravotnické klasifikace může vést např. k tzv. labelingu. Často mezi pedagogy, hovoří-li o problémových projevech dětí, zaznívá, že jde o děti s poruchami chování, jde ale zpravidla o děti, které nesplňují diagnostická kritéria pro daný typ poruchy. Může tak dojít k domnělému pocitu, že je mnoho dětí s poruchami chování, ačkoliv jde např. o děti s izolovanými symptomy a dílčími potížemi. Uváděné klasifikace pro současnou pedagogickou praxi nemusí vždy znamenat přínos a naopak bez uvedení vhodných intervencí mohou vést ke zbytečné stigmatizaci.**

### Diagnostika a výchovně-léčebný režim

Ve výchovně-léčebném programu/skupině mohou být umístěny děti od šesti let do ukončení povinné školní docházky nebo do ukončení přípravy na budoucí povolání, maximálně do věku 26 let. Jde o děti, které vyžadují speciální péči, mají různé kombinace poruch a postižení. V zákoně jsou tyto děti označovány jako děti se závažnými nebo s extrémními poruchami chování, toto dělení je nicméně mimoběžné s medicínskou klasifikací.[[40]](#footnote-40) Děti se závažnými a extrémními poruchami chování nebo, dle klasifikace zdravotnické, děti s poruchami chování mohou být umístěny do zařízení, jejichž činnost nebo činnost jejich oddělení je specializovaná na výchovně-léčebnou praxi.

Z hlediska praxe je nutné konstatovat, že ačkoliv většina dětí s delikventními projevy umístěných v ústavních zařízeních trpí více či méně závažnými příznaky psychických poruch a jejich osobnostní vývoj bývá z povahy věci vážně ohrožen,[[41]](#footnote-41) ve výchovně-léčebném režimu je statisticky vzato umístěno pouze minimum dětí. Poskytování indikované psychoterapeutické péče je také zařízením komplikováno legislativními předpisy. Mějme proto na paměti, že závažné poruchy chování nebo ohrožení vývoje se netýkají pouze dětí, které mají nařízený výchovně-léčebný režim. S tím souvisí skutečnost, že zákonem ani odborníky napříč ústavní výchovou v ČR není jasně stanovena hranice, po jejímž překročení je nutný speciální režim. O výchovně-léčebném režimu navíc rozhodují soudy. Obvykle soudy o dětech rozhodují kvůli selhávání rodičovské péče.[[42]](#footnote-42) Etopedická, psychiatrická, terapeutická nebo psychoterapeutická péče by proto měla probíhat i u dětí v běžném režimu, u nichž je to indikované. Je proto třeba na odborné úrovni znovu položit otázku, co vlastně sousloví výchovně-léčebný režim znamená, v jakých případech je přínosné ho indikovat a kým.

#### Výchovně-léčebný režim

Do výchovně-léčebného režimu v rámci ústavní výchovy často bývají zařazeny např. děti, které opakovaně ubližují sobě nebo okolí, ničí majetek, opakovaně se nedovoleně vzdalují ze zařízení, utíkají od rodičů nebo pěstounů a dopouštějí se jednání, které má znaky trestné činnosti. Situaci přitom není možné zvládnout výchovnými postupy, organizací a prostředky používanými v běžných zařízeních. Další kategorií jsou děti, u nichž jsou násilné projevy chování spojeny s některou z duševních poruch, s poruchou psychosexuálního nebo osobnostního vývoje, u nichž se však jeví specializovaná výchovně-léčebná péče jako vhodná součást výchovně léčebného působení. Výchovně-léčebný režim dále potřebují děti s problematikou experimentování, zneužívání nebo škodlivým užíváním návykových látek. Výchovně-léčebný režim mohou mít také děti mladší patnácti let, kterým byla uložena ochranná výchova, tj. dopustily se jednání, které by u dospělé osoby bylo posuzováno jako trestné, nebo děti, kterým soud uložil ochrannou výchovu, přestože již jsou trestně odpovědné, ale z osobnostních či výchovných důvodů je vhodné dokončit v daném zařízení započatý proces výchovných a socializačních intervencí.[[43]](#footnote-43)

Ve výchovně-léčebné péči se objevují děti s různými mírami deprivace a s odlišnými vývojovými předpoklady. Typickým klientem výchovně-léčebného režimu je z psychiatrického hlediska dítě s disharmonickým vývojem osobnosti, emočně deprivované, frustrované, se širokou škálou poruch v chování. Dále pak děti s kognitivním deficitem v pásmu lehké mentální retardace. Do školského zařízení by naopak neměly být umísťovány děti s akutní těžkou psychickou poruchou či psychotickými projevy, které vyžadují nutnou a neodkladnou péči poskytovanou příslušným zdravotnickým zařízením, a které o tomto rozhoduje. V případě duševních poruch je směrodatný názor dětského nebo dorostového psychiatra.

Děti se závažnými poruchami chování (dle zákona 109/2002 Sb.)

Závažné poruchy chování jsou pro prostředí ústavní/ochranné výchovy definovány na základě vyhlášky č. 438/2006 Sb. jako emoční a vývojové poruchy chování, které nejsou jinak nebezpečné. Jedná se zejména o závažné ohrožení vývoje jedince, běžně nezvladatelné poruchy pozornosti a soustředění doprovázené hyperaktivitou a o problémy s drogami. Poruchy chování jsou diagnostikované lékařem (v rámci MKN 10/11) nebo diagnostickým ústavem, popřípadě školským poradenským zařízením (to už ale nikoli ve smyslu psychiatrické diagnózy dle MKN 10/11, pedagogická diagnostika nicméně nemá jasná kritéria pro stanovení poruchy chování a není pak zřejmé, jak se liší zdravotní diagnóza od pedagogické a v praxi to může vést právě k výše uvedenému labelingu a zaměňování lékařské diagnózy s pedagogickou, která by měla být z lékařského hlediska nanejvýš suspektní).

Děti s extrémními poruchami chování (dle zákona 109/2002 Sb.)

Extrémní poruchy chování jsou v tomto materiálu definovány na základě vyhlášky č. 438/2006 Sb. jako nebezpečné chování mající podtext antisociální, sexuálně deviantní, či jinak nebezpečné chování. Chování dítěte není možné zvládnout běžnými výchovnými prostředky, ať už jde o násilnické chování, poruchy sexuálního vývoje, experimentování, zneužívání nebo pravidelné užívání návykových látek. Poruchy chování jsou ze zdravotnického hlediska diagnostikované lékařem nebo ze speciálně pedagogického hlediska etopedem, popřípadě psychologem (stejně tak v tomto případě není zřejmé, jakými kritérii se pedagogická diagnostika řídí, tj. jaká jsou vlastně kritéria pro vřazování dítěte do režimu EPCHO-extrémní poruchy chování a zda jsou všechny takto “diagnostikované” děti umístěny do příslušných zařízení).

Právě těmto dětem (se závažnými nebo extrémními poruchami chování) by mohl být podle zákona předepsán výchovně-léčebný režim. V praxi nicméně neexistují data, kolik dětí a na jakém základě je dle zákona a příslušné vyhlášky umístěno.

#### Diagnostika

Revize diagnostiky v rámci celé oblasti ústavní a zřejmě i školní výchovy, zejména ve vztahu k nespecifickým poruchám chování ve smyslu zdravotnickém, je v současnosti nutná. Používají se nejednotná, zmatečná a někdy potenciálně stigmatizující označení, kdy potřeby a projevy dětí ve vztahu k žádoucí výchovné péči jsou smíseny s medicínskými diagnózami, které primárně slouží lékařské praxi.

Současné dělení podle zákona (viz výše) na děti „neproblematické“, děti se závažnými poruchami chování a děti s extrémními poruchami chování je zkratkovité a míjí se s ostatními diagnostickými kritérii, včetně zákonem vymezeného dělení dětí podle stupně podpory, který vyžadují. Legislativní dělení poruch adekvátně neodráží specifické potřeby dětí ve vztahu k zařízením a ani nechrání děti před nežádoucím umístěním. Zároveň výchovnýmústavům neposkytuje zákon dostatečnou legislativní ochranu pro případy, kdy již nejsou schopny o dítě pečovat, aniž by ohrozily dítě, jiné děti nebo personál.

Role diagnostického ústavu, tvorba specializovaných programů a profilace zařízení podle zákona 109/2002 sb. je v současnosti ztížena na prvním místě skutečností, že nemáme na odborné rovině vyjasněnou žádoucí diagnostiku, která by měla v DÚ probíhat, a nastavené intervence, které by měly probíhat ve školských zařízeních. Nejsou definovány žádoucí výstupy diagnostiky probíhající v diagnostických ústavech a nejsou vymezena mj. kritéria závažnosti poruch chování pro pedagogické, etopedické či psychologické intervence nezdravotnického charakteru, čímž je oslabena role DÚ a ztížena organizace sítě a specializace zařízení. V praxi záleží pouze na kvalitě personálu diagnostického ústavu nebo příslušného zařízení, vztahu DÚ s ostatními zapojenými subjekty a jeho možnostech podílet se na organizaci pohybu dětí v síti a jejich monitoringu, chybí nicméně jasně vymezená společná pravidla a kontrolní mechanismy v rámci resortu školství.[[44]](#footnote-44)

Vhodná a citlivá revize diagnostiky užívané ve školství v oblasti poruch v chování může pomoci zařazování dětí do vhodných programů v rámci institucionální péče napříč resorty. Také může vymezit potřebu specializované péče i pro děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy obecně. Stejně tak může pomoci jasně vymezit případy, kdy již není v možnostech výchovných institucí o dítě pečovat, tedy kdy je například nutné indikovat péči na psychiatrických odděleních nebo specializovanou péči v rámci institucí spadajících pod jiné resorty. Lékařská diagnostika může, ale také nemusí být rozhodující a není v tomto smyslu adekvátním nástrojem organizace pedagogické činnosti. Zároveň nesjednocená terminologie může vést ke zmatení v oblasti intervencí a ztěžuje předávání informací a návaznost služeb.

Výše uvádíme pouze několik vybraných klasifikací poruch chování, je nutné ale upozornit na to, že těchto klasifikací je mnohem více, a to jak v oblasti zdravotnické (zejm. DSM-5, pro lékařské účely je ale jasné vymezení používání MKN 10), tak v oblasti pedagogické, resp. etopedické (např. Vojtová, Červenka).[[45]](#footnote-45)

Upozorňujeme tedy na to, že diagnostika ani dělení na poruchy chování podle zákona v současné době neodpovídá potřebám praxe. Z praktického hlediska se jako řešení jeví důsledné legislativní oddělení režimových zařízení pro děti se sexuálně motivovanou agresí v anamnéze a jinou vysoce násilnou činností (oddělení EPCHO v příslušných zařízeních), nebo u kterých lze následkem poruchy vysoce nebezpečné chování očekávat, a zajistit takovým zařízením i adekvátní nástroje a prostředky, které by u jiných dětí byly nepřípustné. Apelujeme proto na celkovou revizi diagnostiky a zavádění cílených programů v široké spolupráci s odbornou obcí.

### Časté obtíže dětí v ústavní a ochranné výchově

U dětí v institucionální péči nacházíme celou řadu negativních faktorů, které souvisí s nepříznivými životními okolnostmi. Už jen pro kumulaci rizikových faktorů v rodině a osobní historii je možné děti a mladistvé v institucionální výchově považovat za více ohrožené zneužíváním návykových látek, sebevražedným a sebepoškozujícím jednáním nebo rizikovým sexuálním chováním. U řady z nich lze předpokládat prožitá traumata. Zranitelnost této skupiny dětí a mladistvých dokládal ve svých studiích již Matějček s kolegy,[[46]](#footnote-46) následně např. Ptáček s týmem kolegů.[[47]](#footnote-47) Mějme ovšem na paměti, že i přes nepřízeň životních a rodinných podmínek nebo i přes komplikovaný osobnostní vývoj řada těchto dětí složité životní období překoná. V dospělosti mohou být tyto děti úspěšné a spokojené, a pokud obtíže překonají, bývají vysoce odolné a umí se pružně přizpůsobovat i v náročných podmínkách. Na úspěch nebo neúspěch těchto dětí v zařazení do společnosti mají silný vliv právě pracovníci v zařízeních institucionální výchovy. Výrazně pozitivním faktorem jsou podpůrné a motivující vztahy, osobní zájem a snaha posilovat odolnost dětí. Níže se zaměřujeme na vybrané jevy a projevy chování, které se vyskytují u cílové skupiny naší studie, jde o posttraumatický stres a syndrom týraného dítěte, zneužívání návykových a omamných látek, rizikové sexuální chování a sebevražedné a sebepoškozující chování.

#### Posttraumatický stres a syndrom týraného dítěte

Ze starších i současných výzkumných studií vyplývá, že řada dětí a adolescentů v institucionální výchově má traumatické zážitky. Děti často mívají zkušenost se sexuálním zneužitím, obtěžováním, domácím násilím. V práci s ohroženými dětmi a adolescenty se proto v praxi často setkáváme s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi (v českém prostředí se uvádí jako syndrom CAN, *Child Abuse and Neglect*, překládán jako: syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte). K týrání a zneužívání může docházet kdykoliv a kdekoliv v rodinném prostředí, ve škole, ve volném čase apod. Zneužívání, týrání nebo zanedbávání se může projevovat celým spektrem znaků, a to viditelných i skrytých. Fyzické a sexuální týrání bývá dříve rozpoznatelné, ale emocionální týrání či zanedbávání bývá i často dlouhodobě skryto nebo přehlíženo. Každoročně se zvyšuje počet případů týrání a zneužívaní děti. Dle statistik MPSV z roku 2016 je každé páté až desáté dítě v ČR zneužívané. Statistiky zachytí jen část případů, které jsou oznámeny a oficiálně prošetřeny. Syndrom CAN zahrnuje celou oblast traumat, jež je na místě označovat jako raná, závažná a chronická.

Za mnohými projevy rizikového chování (např.: užívání drog, agrese, sebevražedné nebo sebepoškozující chování, rizikové sexuální chování aj.) se může skrývat prožité trauma v raném dětství. V důsledku komplexních dopadů traumatu a nejasných informacích o konkrétních prožitcích dítěte může i nevědomě dojít k retraumatizování vlivem nevhodně použité intervence. Retraumatizace může být vyvolána i nepředpokládaným spouštěčem (např. hlas dospělého, regresivní nebo expresivní metody, nevhodný dotek a kontakt, vyvolaný flasback aj.).

Trauma se může manifestovat v dalších různých projevech chování. Někteří jedinci jsou příliš otevření, mohou se u nich projevovat externalizované poruchy chování. Tyto děti a adolescenti mohou být provokativní, testující autority. Nebo mohou být stažení, úzkostní, uzavření, tzv. „příliš hodné děti,” s projevy internalizovaných poruch chování. Základní znalosti o problematice traumatu, adaptivních obran, možnostech léčby a krizové intervence jsou vysoce žádoucí ve všech oblastech institucionální výchovy.[[48]](#footnote-48)

#### Zneužívání návykových a omamných látek

Fyzické a duševní zdraví adolescentů v institucionální výchově může být ovlivněno občasným nebo dlouhodobým zneužíváním návykových látek. Prevalence užívání tabákových výrobků mezi těmito adolescenty i prevalence užívání dalších nelegálních návykových látek je velmi vysoká oproti běžné školní populaci.[[49]](#footnote-49) Dle údajů ESPAD studie skupina dětí a adolescentů dočasně se nacházejících v institucionální výchově vypadává z celorepublikových populačních studií zaměřených na životní styl, rizikové chování a užívání návykových látek. Jedná se tudíž o celkově nedostatečně zmapovanou, dlouhodobě nesledovanou skupinu dětí a adolescentů.

Závislost a syndrom závislosti je definován v MKN-10 jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití návykové látky a který typicky zahrnuje následující projevy: silné přání užít drogu, nutkavá potřeba, porušené ovládání při jejím užívání, ztráta volní kontroly, přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím, upřednostňování drogy před všemi ostatními aktivitami a závazky, převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku, odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy.[[50]](#footnote-50)

Včasné programy mohou zlepšit výhledy do budoucnosti. Včasné rozpoznání rizikových faktorů nicméně záleží na profesních kompetencích pedagogů a dalších pracovníků. Nezbytná je proto koordinace postupů výchovných institucí zejména s adiktologem, nebo speciálním pedagogem vzdělaným v adiktologii i problematice duševního zdraví, dále s psychologem, sociálním pracovníkem, psychiatrem, lékařem a dalším externími odborníky.

3.3.3 Rizikové sexuální chování

O rizikovém sexuálním chování se často hovoří v souvislosti s předčasným počátkem sexuálního života, předčasným otěhotněním, prostitucí či sexuálním zneužíváním mladistvých a nezletilých, HIV nebo jinými sexuálně přenosnými infekcemi.[[51]](#footnote-51) U dětí a adolescentů v zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a ve školských zařízeních pro preventivně výchovnou péči je riziková sexualita důležitým tématem i z dalších důvodů, jako je například ochrana vlastní intimní zóny a stanovení hranic přijatelného chování vůči ostatním. Rizikové sexuální chování jako takové se objevuje v rámci zařízení i při výjezdech k rodinám, na vycházkách nebo výletech. Závažným problémem může být také kombinace poruch chování a sexuálně delikventního chování.[[52]](#footnote-52)

U většiny dětí v institucionální výchově není vytvořena pevná a zdravá citová vazba mezi rodiči a dítětem, spíše převládají nejisté typy citové vazby. Adolescenti mají často zkušenosti s předčasným sexuálním životem před patnáctým rokem života, nebo zažili sexuální zneužití nebo podobné trauma v dětství. Často neměli možnost zažít pozitivní intimní vztahy v rodinách. To vše jsou faktory, které komplikují osobnostní zrání i v oblasti intimity a sexuality. V dospělosti proto mohou mít tyto děti problémy v mezilidských vztazích, někteří tito jedinci nejsou schopni navazovat smysluplné intimní a trvalé vztahy.[[53]](#footnote-53) U ohrožených dětí s poruchami chování a problematickými vztahy v rodině, případně s prožitky traumatu, nelze očekávat rozvinutou kapacitu pro intimitu. Dítě má potřebu navazovat blízké vztahy, ale má z nich obavy, vyhýbá se jim a obává se často i odmítnutí, nebo se naopak chová vysoce rizikově.[[54]](#footnote-54)

Zařízení ÚV/OV se mohou preventivně zaměřovat na otevřenou komunikaci o sexualitě a intimitě v individuální i skupinové práci s dětmi a adolescenty. Mohou usnadňovat zdravé poznávání vlastní sexuality, a to skrze respekt ke zvykům a kulturním pravidlům i s citem k náboženským nebo spirituálním aspektům sexuality. Oblasti intimity může být věnována značná pozornost také v souvislosti s jistotou a spokojeností ve vztazích. Schopnost sociálně i emočně vnímat a respektovat vlastní i cizí sexualitu lze posilovat pomocí modelových příkladů a společného učení v bezpečném prostředí skupiny dětí. Vzdělávací a preventivní aktivity se dále mohu zaměřovat na znalosti a dovednosti, například znalosti anatomických funkcí, kultivace dobré péče o sebe a hygieny, akceptování svého těla a zaměřeností na pozitivní aspekty sexuality a zdraví. Vždy je třeba mít na paměti, že mnohé děti a adolescenti mají traumatické a negativní zážitky v oblasti intimity a sexuality. Z tohoto důvodu je třeba, aby byl pedagogický pracovník schopen s tímto tématem pracovat otevřeně, byl akceptován dětmi a přistupoval k tématice bez předsudků, s dostatečnými odbornými znalostmi a s hlubokou znalostí sebe sama.

3.3.4 Sebevražedné a sebepoškozující chování (autoagrese)

Ve výchovné praxi se fenomén sebevražedného chování i sebepoškozování objevuje stále více, což souvisí i s ochotou pedagogů tuto problematiku sdílet. Hlavní rizikovou skupinou v ČR jsou adolescentní dívky a mladé ženy.[[55]](#footnote-55) Se značným počtem dětí a adolescentů s vyšším rizikem sebevražedného chování se lze setkat v zařízeních ústavní nebo ochranné výchovy, ale i ve školských zařízeních pro preventivně výchovnou péči. V institucionální výchově v současnosti neexistují oficiální statistiky a přehledy centrálně evidované u zřizovatele zařízení.

Nedávná výzkumná studie nicméně uvádí, že například výskyt pokusů o sebevraždu u adolescentních dívek v institucionální výchově je dokonce několikanásobně vyšší v porovnání s běžnou školní populací.[[56]](#footnote-56) Výsledky studie dále naznačují, že vysoká zranitelnost těchto adolescentů je spojena s řadou problémů v oblasti duševního zdraví, jako je například užívání návykových látek nebo poruchy příjmu potravy, dále s nízkým sebehodnocením a celkově nižší spokojeností se životem.

Sebevražedné chování má mnoho podob. Může se projevovat jako jasný úmysl, nevědomé přání, impulsivní či unáhlené chování, sebevražedné představy nebo sebepoškozování. Výskyt sebevražedného chování je v ČR poměrně vysoký v porovnání s ostatními zeměmi EU.[[57]](#footnote-57) Absolutní počet sebevražd dětí a mladistvých mladších osmnácti let spíše ubývá. Přibývá ale případů sebevražd dětí, za posledních 10 let spáchalo sebevraždu 35 dětí mladších 15 let.[[58]](#footnote-58)

Přes 90 % sebevražd bylo zaznamenáno u osob s riziky v oblasti duševního zdraví.[[59]](#footnote-59) Duševní onemocnění je významný faktor zvyšující výskyt sebevražedného chování. Nejvíce časté dokonané sebevraždy měly souvislosti s poruchami nálady, s duševními problémy spojenými s užíváním drog a s posttraumatickou stresovou poruchou. Dokonaná sebevražda je z hlediska rizik v oblasti duševního zdraví jen pomyslný vrchol ledovce. Většina psychosociálních výkyvů, které dítě prožívá např. v době adolescentní krize, není z principu tak jasně patrná.

Sebepoškozující projevy chování mohou mít různé formy a příčiny. Může se jednat o závažné poškození těla i drobné zranění. Počítáme sem také nadužívání léků nebo jiných návykových látek (např. alkohol), v některých případech i piercing. Na zcela obecné rovině lze tvrdit, že příčinou sebepoškozování je obvykle neschopnost zvládnout zdravým způsobem emocionální bolest. Dítě nemusí být schopno vyjádřit své emoce, nedokáže je regulovat a neumí jim porozumět. Může prožívat extrémní pocity osamělosti, beznaděj, bezvýznamnost, paniku, vztek, vinu, odmítnutí, sebenenávist nebo zmatek v sexuální identitě. Kombinace negativních a matoucích emocí je častým spouštěčem sebepoškozování u dětí a adolescentů.

Řezání zápěstí (wrist-cutting, slashing) je jeden z typických způsobů zvládání úzkostných pocitů spojených s tzv. disociací a stavem tzv. depersonalizace. Může vzniknout jako adaptace na trauma. Jedinec může jednat pod vlivem pocitů beznaděje a dalších silných negativních pocitů, nebo proti sobě obrací agresi, protože ji není schopen adekvátně regulovat. Sebeřezání může navozovat pocity vnímání sebe sama, cítění svého těla nebo úlevy.

Hloubka psychologických příčin sebepoškozování nicméně může být různá, od snahy zařadit se do skupiny vrstevníků, přes snahu získat potřebnou pozornost až po těžké deprese, hraniční projevy osobnosti nebo poruchy schizofrenního typu. Za sebepoškozováním může být i jednoznačný a vědomý úmysl ovládat a manipulovat okolím. Vždy je třeba posuzovat celý kontext a sociální vztahy jednotlivce. Vždy se jedná o závažné a nebezpečné chování, neboť hranice k sebevražednému pokusu může být velmi tenká. Proto je třeba důsledně identifikovat a analyzovat faktory spouštějící autoagresivní chování u dětí a adolescentů.[[60]](#footnote-60)

Prevence sebevražedného a sebepoškozujícího jednání vyžaduje řadu různých opatření. Prvotním zásadním opatřením je systémová strategie na všech úrovních. To vyžaduje propojenost odborníků a klíčových pracovníků na lokální, regionální i národní úrovni.

Obecně v prevenci hraje důležitou roli klíčový pracovník zařízení nebo jiný odborník, ke kterému děti mohou přijít pro podporu. Ze širšího hlediska je důležitý kontext sociálních vazeb jedince v riziku, podpora rodiny, vyhodnocovaná prevence a spolupráce uvnitř a vně systému institucionální výchovy.

# Terénní šetření

V rámci našeho výzkumu proběhlo v roce 2017 a 2018 (po předběžném kvantitativním šetření v necelých dvou desítkách ústavů v roce 2016[[61]](#footnote-61)) kvalitativní šetření na vybraném vzorku zařízení. Cílem kvalitativního šetření bylo podrobně zachytit druhy a formy problémů v chování dětí umístěných v zařízeních, které poskytují péči dětem s těžkými projevy poruch v chování a delikvencí či kriminalitou v anamnéze. Zjišťovali jsme, s čím se nejčastěji pracovníci musí potýkat, jak k těmto projevům chování přistupují, co jim předchází a co následuje. Důležitým cílem šetření bylo také zjistit, co je pro pracovníky nejobtížnější, v čem je třeba je podporovat a s čím by potřebovali případně pomoci. U zařízení zapojených do výzkumu jsme se věnovali také výsledkům inspekčních zpráv.

Analýza začala přípravou okruhu témat k rozhovoru v zařízeních, konkrétně v dětských domovech se školou a ve výchovných ústavech. Byla to zařízení, která na základě předvýzkumu z předchozího roku byla identifikována jako ta, kde se delikventní chování dětí projevuje nejvýrazněji (tedy nejčastěji a v největším rozsahu). Jelikož bylo důležité podchytit hlubší rozměr delikventního chování dětí, byla ke spolupráci na kvalitativní části výzkumu vybrána z kvantitativní části pouze čtyři zařízení, 2 DDŠ a 2 VÚ. Ve výzkumném vzorku jsou tedy vybrány nejnáročnější děti, u kterých je aktuálně vyloučena péče v rodinném nebo pěstounském prostředí, případně tato péče nadále selhává. Ve čtyřech zařízeních vytipovaných na základě předvýběru, která se spoluprací souhlasila, došlo ke sběru dat na několika úrovních. Bylo vyhotoveno šestnáct **podrobných kazuistik** (kap. 4.1.2), včetně analýzy diagnóz a anamnéz. Dále probíhaly **rozhovory s personálem** (celá kap. 4.) **a dětmi** (kap. 4.2). Výzkumníci provedli také **analýzu vnitřních dokumentů a krizových plánů** (kap. 5.1) zařízení. Došlo také na **analýzu opatření ve výchově** (kap. 5.2).

Instituce byly vybrány tak, aby byla zastoupena zařízení v menších i větších městech, s dívčími i chlapeckými skupinami, se specifickými i obecnými programy a co nejrůznorodější klientelou. Dvě ze zařízení spadají do kategorie zařízení s léčebně-výchovným režimem. Do vzorku zařízení nebyla zařazena oddělení EPCHO, která mají v současnosti v péči několik jednotek až desítek dětí s nejzávažnější tzv. jinak trestnou činností.

Všechna oslovená zařízení i jednotlivci se spoluprací na výzkumu souhlasili. Data byla anonymizována. S příběhy vybraných dětí jsme se měli možnost seznámit v podrobných kazuistikách, o jejichž sepsání byli požádáni etopedi, sociální pracovnice a psycholožky spolupracujících zařízení. U dalších čtyřiceti dětí byla sledována opatření ve výchově.

Na návštěvy zařízení a následnou analýzu dat navazovaly i další dílčí analýzy, na kterých spolupracovaly také jiné DDŠ a VÚ. Spolupráci na analýze krizových plánů se podařilo navázat se čtyřmi výchovnými ústavy (z nichž však jeden písemné podklady ke sledovanému záměru zpracované neměl), s jedním dětským domovem se školou a výchovným ústavem a čtyřmi dětskými domovy se školou. V další fázi byly prostudovány webové stránky jednotlivých zařízení, přičemž tento záběr byl rozšířen i o zařízení, která nebyla v první vlně kontaktována. Kromě analýzy krizových plánů proběhla ve čtyřech zařízeních též analýza opatření udělovaných ve výchově.

## Rozhovory a kazuistiky

Rozhovory probíhaly s ředitelkami a řediteli zařízení, s etopedkami a etopedy, vychovatelkami a vychovateli a sociálními pracovnicemi. Ve dvou zařízeních proběhly také rozhovory s dětmi. Rozhovory byly nahrávány. Jeden nahrávaný rozhovor trval přibližně čtyřicet minut. Rozhovory probíhaly přímo v zařízeních, se souhlasem ředitelů. Pouze jeden respondent odmítl nahrávání na diktafon, přání respondenta bylo vyhověno. Celkem bylo nahráno téměř patnáct hodin materiálu. Ve výzkumu se hovoří o dětech a s dětmi různého věku i pohlaví, s různou anamnézou, diagnózou, medikací i s různými projevy chování. Rozhovory proběhly celkem s deseti dětmi, převažovali chlapci. Dále jsou v kapitole reflektovány závěry kazuistik, které odborní pracovníci zařízení sepsali. Zobrazují data o 16 umístěných dětech podle výběru pracovníků. Prezentovaný výsledek výzkumu vyzdvihuje opakované a obecné rysy, které se v rozhovorech a sebraných kazuistikách objevují.

Následující oddíl je rozdělen do pěti částí. V první se zabýváme konkrétními kazuistikami, které zaměstnanci zpracovali, a obecně dětmi, které v dané době přicházely do zařízení (4.1). Ve druhé části jsou výsledky odborného i terénního výzkumu dávány do souvislosti s obvyklými obtížemi dětí, které do institucionální výchovy přicházejí, tak, jak byly popsány v závěru předcházejícího oddílu: týrání a zanedbávání, zneužívání návykových látek, rizikové sexuální chování a autoagrese (4.2). Ve třetí části jsou na základě analýzy rozhovorů shrnuty problémy, které zaměstnanci při péči o děti subjektivně vnímají jako nejnáročnější (4.3). Následuje oddíl, který shrnuje, jaké nejvýznamnější protektivní faktory přispívají podle zaměstnanců ke zdárné péči o děti v zařízení (4.4) a v poslední části jsou shrnuta opatření, která by přispěla ke zvýšení kvality péče, opět perspektivou zaměstnanců (4.5).

### Konkrétní děti v zařízení očima pedagogických pracovníků

#### Proměna struktury klientely očima pracovníků

Téměř všichni zaměstnanci z vybraných institucí hovořili o tom, že se zvyšuje počet dětí medikovaných psychiatrem a přibývá případů se závažnější psychiatrickou anamnézou. Uvádějí i to, že se častěji vyskytuje více diagnóz u jednoho dítěte, nebo kombinace psychiatrické diagnózy s intelektovým deficitem nebo zdravotními omezeními. Pomineme-li důvody, proč tomu tak je, tento fakt zvyšuje nároky na práci s dětmi. Děti potřebují nejenom péči výchovnou a vzdělávací, ale také psychiatrickou a častěji také další specializovanou lékařskou péči. Zaměstnanci přitom hovoří o nekvalitní diagnostice a nevhodném používání psychiatrických diagnóz, které vedou až k nutnosti některé diagnózy zcela přehlížet.

Dalším trendem, na kterém se zaměstnanci napříč zařízeními shodovali, je zvyšování věku přijímaných dětí. Institucionální výchově všech dětí předcházela řada preventivních opatření a zásahů ze strany jiných institucí. Ačkoli zvýšení péče před umístěním mnoha dětem pomůže do té míry, že v zařízeních umístěny nakonec být nemusí, negativa vidí zaměstnanci v tom, že děti aktuálně do institucí přichází „více poškozené“, často se opakuje sdělení, že přicházejí pozdě a že „už tady měly být dávno“, pracovníci zařízení zmiňují, že děti byly zbytečně dlouho vystaveny působení některých rizikových faktorů. Důsledkem toho jsou omezenější možnosti intervence a méně času na výchovné působení. Pokud dítě přichází po sedmnáctém roku věku, je obtížnější ho motivovat ke spolupráci, jelikož dítě ví, že pravděpodobně záhy zařízení opustí.

Dalším trendem zachyceným v průběhu rozhovorů je zvyšování počtu dětí z neúspěšných pěstounských rodin. Podle pracovníků je příčinou zejména nedostatečná příprava pěstounů na osvojení dětí a také absence podpory pěstounům, když o náročné dítě se specifickými potřebami již pečují. Přípravu na pěstounství vnímají zaměstnanci jako ne příliš efektivní. Zejména si stěžují na nedostatečný rozsah přípravy. Na druhou stranu ne všichni jsou podrobně s touto přípravou seznámeni a trend může být také ukazatelem zvyšujícího se počtu dětí umístěných v pěstounských rodinách obecně. Každopádně dítě, které opakovaně zažívá pocit selhání v rodině (nejprve ve své vlastní a následně v pěstounské) je velmi ohrožené, a proto by se tomuto jevu měla věnovat zvláštní pozornost a pěstounům, resp. dětem v těchto rodinách umístěným, by měla být poskytnuta co nejvyšší míra podpory.

Dalším často zmiňovaným tématem je finanční situace rodiny – rodičů či jiných pečujících osob, se kterými dítě žilo ve společné domácnosti. Ta se podle některých respondentů zhoršuje. Děti navíc nejsou vždy umisťovány do zařízení co nejblíže do domova. Zařízení v dojezdové vzdálenosti mohou mít formálně plnou kapacitu[[62]](#footnote-62), což znesnadňuje dojíždění rodiny za dítětem, obzvláště pokud se jedná o rodiny chudé.

#### Kazuistiky

Analýza kazuistik se společně s dalšími dílčími úkoly pokouší zachytit problémové aspekty chování dětí s delikvencí či kriminalitou v anamnéze, či s těžšími projevy poruch chování, umístěných v zařízeních ústavní a ochranné výchovy.

Proběhla analýza celkem šestnácti kazuistik ze čtyřech zařízení (VÚ 1, VÚ 2, DDŠ 1, DDŠ 2). Kazuistiky byly vypracovány v průběhu roku 2017 odborným personálem ze dvou výchovných ústavů a dvou dětských domovů se školou. Dvě zařízení mají režim výchovně-léčebného zařízení pro děti, které jej potřebují, což se promítá také do kazuistik, kde v anamnézách dětí dominuje vícečetná problematika. Každé zařízení poskytlo kazuistiky čtyř klientů. Vzorek zahrnuje čtrnáct chlapců a dvě dívky.[[63]](#footnote-63)

Analýza kazuistik dětí proběhla ve spolupráci s psycholožkou s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem, která v minulosti působila několik let v jednom z diagnostických ústavů. Odborný personál vybraných zařízení byl vyzván, aby k sepsání kazuistiky zvolil ty klienty, u kterých se více než u jiných klientů vyskytuje delikventní chování. Chtěli jsme se záměrně zaměřit na děti, které jsou výchovně velmi náročné a na personál proto kladou největší nároky.Obraz zařízení je tímto zadáním výrazněji zkreslen, je proto důležité mít na paměti, že se jedná o analýzu záměrně vycházející z těchto specifických kazuistik.

*Osobní historie a umístění dětí*

Značná míra patologie byla konstatována ve všech rodinách sledovaných klientů, kde výjimku tvoří pouze adoptivní rodina. V péči o děti dominuje podíl matky, otcové se na výchově podílejí nestabilně. Rodiny klientů DDŠ a VÚ jsou obvykle rodiny s nízkým socioekonomickým statusem, častá je psychopatologická zátěž rodičů, zneužívání návykových látek, trestní stíhání a kriminalita jednoho nebo obou rodičů a zneužívání dítěte různého druhu. Vztah dětí a matek ve sledovaném vzorku byl vždy ambivalentní. U matek chlapců z VÚ 1 lze vysledovat nedůsledný výchovný styl s prvky hyperprotektivity, u matek dětí z DDŠ převažuje zanedbávání, nedostatečná saturace základních potřeb dítěte (vyjma pěstounské a adoptivní rodiny), VÚ 2 protíná oba přístupy. Modely ne/soužití rodičů jsou různé, vyjma VÚ 2 však převažují neúplné rodiny.

Více než polovina klientů ve VÚ byla umístěna z primární rodiny, v případě DDŠ je to pouze čtvrtina. Děti z DDŠ obecně mívají výrazně delší a rozmanitější zkušenost s pobyty v institucích, nicméně ve VÚ 2 (s výchovně-léčebným režimem) mají klienti častější zkušenost s pobyty na psychiatrii. Převažující právní podklad, na základě kterého jsou klienti ve VÚ a DDŠ umístěni, je rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy. Umístění dítěte do zařízení obvykle předchází pobyt v DÚ, není tomu tak ovšem vždy. Negativně je ze strany pracovníků komentováno zejména nevhodné umístění dítěte soudem bez diagnostiky nebo umístění navzdory diagnostice. U dětí přicházejících z primární rodiny je nejčastějším spolupracujícím pracovištěm SVP. U chlapců ve VÚ 1 byly nejčastějšími důvody umístění záškoláctví, experimentování s drogami, trestná činnost a útěky z domova. Do VÚ 2 jsou obvykle umisťováni klienti s kombinovanou zátěží ve formě mentálního, tělesného, psychiatrického či jiného postižení za současného výskytu poruchy chování. Nejčastěji se jednalo o agresi, celkovou nezvladatelnost nebo trestnou činnost. Podle údajů od pracovníků zařízení se jedná o děti, s nimiž si nikde jinde, a to ani na psychiatrických odděleních nemocnic, nevěděli rady. Důvody pro umístění, případně přemístění do DDŠ, pokrývají širší škálu, která však obvykle zahrnuje agresivitu různého druhu, potenciálně v kombinaci s trestnou činností a experimentováním s návykovými látkami.

Výrazně snadnější byla adaptace pro klienty umístěné v DDŠ, zřejmě proto, že tyto děti mají s institucionální péčí více zkušeností. Proti tomuto trendu lze zmínit zkušenost VÚ 1, kde se hůře adaptovali chlapci přemístění z DD (lze to však vnímat tak, že v DD byl výrazně volnější režim než ve VÚ).

Více než polovina dětí má také zkušenost s hospitalizací, která však podle názoru některých respondentů často nepřinesla žádoucí výsledky. Zařízení dále poukazují na fakt, že hospitalizace byla někdy dokonce předčasně ukončována v důsledku nemotivovanosti klientů či jejich „neovlivnitelnosti běžnými terapeutickými prostředky“, a to přesto, že by jim, podle názoru personálu, byla větší psychiatrická péče ku prospěchu (zároveň nikdo ze zaměstnanců, který se k této problematice vyjadřoval, ale nemá psychiatrické vzdělání). Zaměstnanci poukazují na specifickou skupinu klientů, které nemocnice nechtějí mít v péči dlouhodobě, i když je takové umístění podle nich indikováno, a tak jsou předčasně vraceni do zařízení, která už nemají možnost volby odmítnout klienta, přestože nedisponují potřebnými prostředky pro péči o něj.

Všechny děti ze sledovaného vzorku, s jedinou výjimkou, jsou školně neúspěšné, ke škole mají negativní vztah. Během školní docházky se v minulosti dostávaly a stále se dostávají do závažných konfliktů se spolužáky i pedagogy. Většina z nich má intelekt v pásmu podprůměru nebo v pásmu mentálního postižení. Vzdělání pro většinu z nich není výraznější hodnotou. Tento postoj se výrazněji nemění ani po umístění ve VÚ a DDŠ, některým klientům se ale podařilo dosáhnout vyučení. Školní výkony jsou kolísavé, závislé na aktuálním období, většinu dětí je třeba k práci výrazně motivovat a dohlížet na plnění školních povinností. K delikventnímu chování ve škole (krádeže, agrese vůči spolužákům i učitelům) dochází dále, a to zejména tam, kde dítě dochází do školy v rámci ústavu.

*Diagnózy dětí*

Pouze tři děti ze sledovaného vzorku (dvě z VÚ 1 a jedno z DDŠ 2) jsou bez zkušenosti s psychiatrickou péčí a bez přidělené diagnózy. Nejvíce psychiatricky zatíženi jsou klienti z VÚ 2. Nejčastěji opakující se diagnózy nemusí být zcela vypovídající, protože řada diagnóz nemusela být stanovena. Např. kritéria citové deprivace pravděpodobně splňuje více dětí, než kterým toto bylo oficiálně diagnostikováno. Lze však konstatovat, že mezi nejčastěji se opakující se psychiatrické diagnózy patří hyperkinetická porucha chování, porucha aktivity a pozornosti, disharmonický vývoj osobnosti, smíšená porucha chování a emocí, mentální postižení a diagnózy související s poruchami sexuálního chování.

Nejvíce předepsaných psychofarmak užívají ve zkoumané skupině dětí chlapci z VÚ 2, nejméně naopak chlapci z VÚ 1, kde nemá psychiatrickou medikaci předepsanou nikdo. Celkově jsme zaznamenali medikaci psychofarmaky celkem u jedenácti ze šestnácti dětí, šlo obvykle o kombinaci více preparátů, od antidepresiv a uklidňujících léků, přes stabilizátory nálady až po antipsychotika. Psychiatrická medikace se podle respondentů mění z řady důvodů, lze jmenovat například nucený pobyt na psychiatrii po agresivní atace nebo celkové zhoršení stavu či akutní stresovou situaci.

Časnější výskyt poruch chování lze vysledovat u klientů DDŠ, přičemž minimálně u poloviny z nich již v mateřské škole, nejvíce odložený nástup nevhodného chování byl u klientů VÚ 1, a to typicky při přechodu na druhý stupeň. Profil nevhodného chování ve škole je obdobný u celého sledovaného vzorku – nerespektování autority, špatné vztahy s vrstevníky, nízká připravenost na výuku. Výskyt agrese je jako jeden z největších problémů zmiňován u dětí ze skupiny v DDŠ a VÚ 2, ve VÚ 1 dominuje experimentování s návykovými látkami, lhaní a také počínající trestná činnost (toto lze však dát do souvislosti s vyšším věkem dětí ve VÚ).

*Obtíže dětí*

Největším problémem je agresivní chování dětí, které je směřováno jak proti majetku a ostatním dětem, tak i proti pedagogickým pracovníkům. Polovina klientů se dopustila napadení vychovatele či jiného pedagoga.

V jednotlivých zařízeních lze aktuálně vysledovat typické problémové oblasti pro dané pracoviště – v jednom ze zařízení je typickým problémem zneužívání omamných psychotropních látek, které se v ostatních zařízeních objevuje výrazně méně, ve VÚ 2 jsou to suicidální tendence klientů, které sice byly zaznamenány i v DDŠ, ale ne v tak velké míře. Mezi sledovanými klienty se dále vyskytuje trestná činnost a útěky.

V popisu osobnosti klientů se pravidelně vyskytuje zvýšená impulzivita, neschopnost oddálit uspokojení, nízká frustrační tolerance. Vyjma VÚ 1 se také v popisu osobnosti dětí v kazuistikách opakují nižší sociální dovednosti klientů. V DDŠ je navíc u více dětí, než je tomu ve VÚ, v kazuistikách uvedena emoční oploštělost, egocentrické zaměření a neschopnost navázat kvalitní vztah s druhým. Intenzita a četnost projevů poruch chování v čase kolísá, ale osobnost klientů v rámci kazuistik působí jako neměnná, v některých případech se poruchy dále prohlubují.Chování klientů ve VÚ se zdá být velmi závislé na aktuální situaci, v DDŠ se k této nestabilitě přidává tendence ke zhoršení se stoupajícím věkem dětí. Podle sdělení respondentů se obvykle práce s klienty na zlepšení projevů poruch chování v celkovém porovnání s pobytem mimo zařízení daří a můžeme zaznamenat i jednoznačné úspěchy, jako celkové zmírnění agrese či nabývání sociálních dovedností u dětí. Pokud se jedná o závadové rodinné prostředí, přijetí do zařízení pro dítě představuje jednoznačné zklidnění a stabilizaci.

Respondenti popisují, že vyšší míru agrese v interpersonálních vztazích lze vysledovat u klientů DDŠ nebo u těch klientů VÚ, kteří byli umístěni z jiného zařízení ústavní výchovy. V této souvislosti je respondenty zmiňován názor, že to může souviset například i s výraznější citovou plochostí dětí a s jejich neschopností navazovat kvalitní vztahy s druhými. Lze usuzovat, že nižší míra ovlivnitelnosti dětí může také souviset s celkově vyšším výskytem ranějších deprivací u dětí z DDŠ.

Nejsnadnější je vrstevnická socializace v rámci zařízení pro klienty VÚ 1, subjektivně (z hodnocení vychovatelů) je nejobtížnější pro klienty VÚ 2. Existuje zde jasná souvislost s mírou celkového zdravotního postižení klientů. V tomto smyslu se VÚ 1 a VÚ 2 nachází na opačném konci škály, kde, v souladu s očekáváními, nejhůře vztahy navazují děti s těžkou psychiatrickou a další zdravotní nebo sociální zátěží.

*Práce s klientem v zařízení*

Reakce na závadové chování klientů jsou obdobné ve všech zařízeních. **První reakcí je domluva**, následuje **omezení na výhodách**, jako jsou například samostatné vycházky či možnost trávit čas na PC. Všechna sledovaná zařízení (s výjimkou jednoho zařízení) explicitně zmiňují **systém bodového hodnocení**, které se pojí s možnými výhodami. V případě opakovaného závažného porušování vnitřního řádu je klient ve spolupráci se soudem **přemístěn** do jiného zařízení, pokud to soud umožní.

V případě VÚ 1 dochází k takovému přemístění nejprve interně na detašované pracoviště. V indikovaných případech se zařízení snaží spolupracovat buď s dětskými psychiatrickými nemocnicemi, nebo volá Záchrannou službu první pomoci či Policii České Republiky.

Při práci se všemi klienty se podle kazuistik osvědčuje **uplatňování individuálního přístupu**, který je založen na **přijetí a akceptaci klienta**. Ve výchovném přístupu je třeba uplatňovat jasný a strukturovaný postup s konkrétními pravidly a jasně danými sankcemi za jejich porušení. Kriticky je hodnoceno výchovné působení pedagogických pracovníků pouze na základě formální autority. Funkce pozitivní motivace je zmiňována především pracovníky ve VÚ. Repertoár zaznamenaných funkčních strategií v DDŠ je užší, z kazuistik také vyplývá slabší vliv pozitivní motivace a menší obava dětí z výchovných opatření, což podle analýzy kazuistik může souviset i s vyšším výskytem závažnějších raných deprivací.

Všechna zařízení nabízejí klientům **terapeutické aktivity**, jejich množství se v jednotlivých zařízeních liší. V každém zařízení mají zavedený systém klíčových pracovníků, dítě má tedy určeného konkrétního pracovníka, se kterým by mělo být v užším kontaktu. Zároveň je ve všech zařízeních přítomen etoped, se kterým je možné domluvit si individuální pohovor. Všechna zařízení jsou otevřena externí spolupráci s dalšími organizacemi ve prospěch klientů. Nejširší paletu nabízených terapeutických aktivit nabízí DDŠ 1, kde jsou prováděny pravidelné terapeutické aktivity. V ostatních zařízeních je terapeutická práce prováděna spíše **nesystematicky**, vychází z aktuální situace a potřeb klienta. Tři z námi oslovených zařízení využívají terapii se zvířaty a dosahují při ní velmi dobrých výsledků, a to i při práci s vysoce agresivními klienty, u kterých veškeré ostatní postupy selhávají (v případech těžké agrese kazuistiky s jedinou výjimkou potvrzují vysokou přínosnost hippoterapie). Minimálně tři zařízení se snaží realizovat individuální i skupinovou výchovně-léčebnou práci s dětmi.

Pokud jde o spolupráci rodičů se zařízeními, v rámci našeho výzkumu bylo zjištěno, že výrazně více spolupracující se zařízením je z rodičovského páru matka. S tou jsou dětští klienti také výrazně více v kontaktu. Přestože někteří z nich jsou s matkou v kontaktu sporadicky, úplná absence kontaktu s matkou nebyla zaznamenána v žádném z námi sledovaných zařízení. Kontakt a spolupráce s otcem se pohybují na celé škále intenzity, kontakt je ale obvykle popsán jako velice omezený. Poměrně často je také dokumentován fakt, že ne dobře ošetřený a proběhlý kontakt/dovolenka/vycházka s rodiči má za následek zhoršení psychického stavu až destabilizaci klienta a zhoršení projevů jeho chování.Zde ovšem do rozhodnutí zařízení vstupují pracovníci jiných resortů. Z kazuistik lze také dovozovat, že četnost a úspěšnost dovolenek souvisí s mírou a úrovní spolupráce rodiny se zařízením.

Dílčí zlepšení zaznamenala zařízení u většiny svých klientů. Nejčastěji se dařilo posilovat klienty v oblasti sociálních dovedností, případně ve zvládání negativních emocí. Ve VÚ 1 tři ze čtyř sledovaných chlapců úspěšně ukončili studium. Celkový souhrn je však spíše nepříznivý. Přestože se děti zlepšily v určitých dovednostech, v zařízení došlo ke stabilizaci stavu a případně se zmírnily určité nevhodné projevy jejich chování, prognózu svých klientů vnímají pracovníci zařízení jako v lepším případě jako nejistou, spíše však jako nepříznivou.

*Shrnutí analýzy kazuistik*

Analýza kazuistik potvrdila, že prostředí, ze kterého klienti pochází, hraje v jejich životě významnou roli. Klienti VÚ a DDŠ z analyzovaných kazuistik pochází z rodin, kde je přítomna určitá míra patologie buď na úrovni jednotlivců, nebo celého rodinného systému. To, zda se jedná o rodiny úplné, neúplné, nebo doplněné, či to, z kolika je dítě sourozenců, nehrálo ve výzkumném vzorku větší roli, což nicméně může být dáno již výběrem vzorku těch nejnáročnějších dětí. Zásadní však byl **nevhodný výchovný přístup rodičů a obvykle velmi výrazné psychické a osobní problémy na straně rodičů. Důležitost rodinného zázemí nebyla redukována ani po umístění dítěte do zařízení. Důležitá se jeví zejména forma, pravidelnost, stabilita a intenzita kontaktu dítěte s rodinou.**

Čím lepší byla komunikace dítěte a rodiny a situace v rodině obecně, tím lépe se s dítětem v zařízení pracovalo. Zároveň jsme analýzou dat zjistili, že čím dostupnější byla možnost návštěv dítěte u rodičů, tím pak bylo snadnější dítě motivovat ke spolupráci se zaměstnanci a opačně. **Kvalita kontaktu s rodinou byla také významným faktorem ovlivňujícím psychický stav dítěte a jeho chování.** Jedná se nicméně o faktory, které zařízení v některých případech nemůže ovlivnit. Z anamnéz vyplývá, že přestože počátek výskytu poruch chování je individuální, projeví se nejpozději při přechodu na druhý stupeň, resp. s nástupem puberty. Zdokumentovaný fakt, že ranější výskyt poruch chování lze vypozorovat u dětí z DDŠ, by vzhledem k příliš malému vzorku stál za další výzkumné rozpracování. **Spojujícím momentem je dále nevhodné chování dětí ve škole a celková školní neúspěšnost nesouvisející s intelektem dítěte**.

Dále lze konstatovat, že nejčastější formou delikventního chování u vybraných dětí byla agrese, kterou děti směřují vůči majetku, ostatním dětem, pedagogickým pracovníkům i sobě. Mezi další projevy poruch chování patří útěky, zneužívání omamných psychotropních látek, trestná činnost a nevhodné sexuální chování. Strategie řešení jsou podobné ve všech zařízeních a kromě dostupných **opatření ve výchově je opakovaně zmiňován individuální přístup, spolupráce na bázi vztahu a důsledná, jasně vymezená pravidla s konkrétními důsledky při jejich porušení**.

Systém řešení delikventního chování u nezletilých je obdobný ve všech zařízeních a obvykle využívá práci primárně s pozitivní, v další fázi i s negativní motivací.Za opětovné okomentování jistě stojí i to, že se z výstupů našeho výzkumu ukázalo, že lépe se daří klienty motivovat ve VÚ než v DDŠ. Tento fakt činí z DDŠ spolu s nedostatkem mužského personálu a zřejmě také s vyšším počtem dětí s poruchou sociálních vztahů, podle vyznění kazuistik, rizikovější a více náročná pracoviště. Toto tvrzení může dokládat i výrazně vyšší počet napadení pedagogického personálu dítětem, která jsou dokumentována v DDŠ.

Přestože všechna zařízení dosahují při práci s klienty úspěchů, a to zejména co se týče stabilizace stavu oproti situaci, kdy se dítě v instituci nenacházelo, typické vzorce charakteristické pro jednotlivé děti přetrvávají a prognóza klientů z tohoto úzkého vzorku dětí se značnou anamnestickou zátěží je podle názoru personálu spíše nepříznivá.

Zařízení se podle kazuistik zároveň potýkají s celou řadou systémových obtíží, které jim práci s náročnou klientelou dále ztěžují. Jedná se o nedostatek odborného personálu – zejména psychologů a etopedů, kteří by s dítětem **soustavně a systematicky terapeuticky pracovali** a mohli tak některým problémům předejít, ale jde také o absenci asistentů pedagoga. V případě DDŠ, který se účastnil výzkumu, se k těmto problémům navíc přidružuje nedostatek mužského personálu.

Celkově lze tedy ve vztahu ke kazuistikám říci, že intervence u dětí se závažnými projevy poruch chování jsou z celé řady důvodů obtížné. Pedagogický personál se je pod tlakem omezených možností řešení delikventního chování a jiných poruch svěřených dětí, a také aktuálního systému, který se potýká s nedostatkem odborného personálu napříč resorty. Přesto se stabilním působením daří některé projevy nežádoucího chování eliminovat, některé dovednosti posílit a v některých případech dosáhnout i hmatatelných úspěchů, například ve formě výučního listu.

### Institucionální péče ve vztahu k častým obtížím dětí (rozhovory s pracovníky a dětmi)

V předcházejícím oddílu práce (3.3) jsme jako základní okruhy problémů dětí, které se dostávají do institucionální péče a mají zkušenost s delikventním nebo kriminálním chováním, jmenovali trauma a zanedbávání dítěte, návykové a omamné látky, sexuálně rizikové chování, sebevražedné a sebepoškozující chování (autoagrese). V této části práce je terénní šetření dáno do souvislosti právě s těmito tématy. Můžeme tak sledovat, jakým způsobem se obtíže dětí mohou dále prohlubovat nebo naopak zmírňovat po přijetí do institucionální péče.

#### Institucionální výchova a její vliv na (sebe)pojetí dětí

Traumatizující zážitky, které bývají součástí osobní historie dětí, které byly zahrnuty do tohoto výzkumu, mají mimo jiné za následek poškození sebepojetí dítěte a narušují jeho schopnost plynule se včlenit do společnosti. K zanedbávání dítěte obvykle patří i nedostatečné sociální zázemí a nedostatečná socializace dítěte. Cílem institucionální péče musí proto být i odstranění těchto hendikepů, aby se děti mohly stát plnohodnotnými členy občanské společnosti. Z rozhovorů s pracovníky i dětmi, které jsou součástí našeho výzkumu, nicméně vyplývá, že institucionální výchova stále není dětmi a dalšími zapojenými osobami dostatečně vnímána jako prostředek podpory dítěte v jeho návratu k plnohodnotnému životu.

Děti, se kterými jsme v průběhu výzkumu mluvili, byly v zařízeních různě dlouhou dobu a měly různě dlouhou institucionální historii. Všechny ale zařízení ústavní výchovy primárně vnímají jako zařízení, kde jsou za trest, a s tímto postojem do zařízení již přichází. Zařazení do ústavní výchovy také často vnímají jako své selhání. Dokonce se v průběhu rozhovorů setkáváme se slovním spojením „musím si to odpracovat“, případně „odsedět“. Pedagogové konstatují dlouhodobý konflikt těchto dětí s autoritami, který vychází již ze situace v rodině a který u nich prohlubuje pocit opozice vůči zařízení.

Pobyt v institucionální péči je pro děti i v současnosti do velké míry stigmatizující. S tím koresponduje skutečnost, že z právního hlediska je v systému péče nařízení ústavní nebo ochranné výchovy ve VÚ či DDŠ chápáno jako krajní možnost umístění (pomineme-li nepodmínečné odsouzení k trestu odnětí svobody, detenci nebo ochrannou léčbu), pokud selhala primární rodina i veškeré náhradní formy péče, případně pokud dítě bylo všemi odmítnuto.

Pro děti s poruchami chování se pobyt v ústavu ve zkoumaných případech stává oficiálním potvrzením nenormálnosti a problémovosti. Případným důsledkem střídání výchovného prostředí je také mnohočetně přerušená vzdělávací trajektorie, což je zejména u dětí ve VÚ běžné a může to být výraznou překážkou při začleňování do společnosti mimo instituci.Pedagogičtí pracovníci v rozhovorech také uvádějí, že se děti vycházející z ústavní péče právě následkem absence dobře ukotvené návaznosti dlouhodobé sociální podpory logicky často stávají těmi, „kteří nikam nepatří a které nikde nechtějí“.

Tento fenomén jde podle výpovědí pracovníků ruku v ruce s nedostatečným poskytováním psychiatrické a psychologické péče i pracovníky mimo resort školství. Někteří pedagogičtí pracovníci popisují své zkušenosti, kdy děti jsou odmítány lékaři nebo terapeuty mimo zařízení. Domnívají se, že je to proto, že práce s těmito dětmi je náročná, hůře finančně ohodnotitelná a oproti běžným dospělým klientům i riziková, neboť do hry dále vstupují rodiče, opatrovníci a další instituce. Zaměstnanci v rozhovorech zmiňují svůj názor, že děti v ústavní péči obecně patří k lékaři i terapeuty dlouhodobě přehlíženým skupinám.

Zaměstnanci konstatují, že sociální prostředí dítěte v kombinaci s negativním vnímáním ústavní výchovy dítě fixuje do role budoucího problémisty, kriminálníka či delikventa. Dokonce ani mentální retardace vyplývající z anamnézy a opakované diagnostiky podle zkušenosti jednoho z psychologů nemusí odpovídat skutečnému stavu dítěte a může se jednat o následek dlouhodobého zanedbání, který se ale nevhodnou nálepkou dále fixuje.

Jako negativní faktor popisují pracovníci i střídání zařízení, které přispívá k negativnímu dopadu institucionalizace. Pokud dochází k častému střídání osob, které o dítě pečují, dochází k opakovanému traumatizujícímu zážitku ztráty stabilní vztažné osoby. To dále komplikuje i možnou terapeutickou práci s dítětem, které se díky této opakované zkušenosti v osobních vztazích stává stále více odtažité. Zaměstnanci se setkávají s dětmi, které prošly i pěti nebo více zařízeními, a pravděpodobně i následkem toho se bojí vůbec s pečovateli navazovat vztahy, které jsou ale při práci s těmito dětmi základním intervenčním prostředkem.

Zaměstnanci zmiňují i nedostatečnou míru informovanosti dítěte, stává se podle nich, že dítě neví kam, jak a proč je vlastně přeřazováno a přeřazení někdy chápe jako svou vinu. Celkově tak dle vlastních informací pracovníků namísto resocializace a uzdravování dítěte následkem přesunů často dochází k trvalému snižování sebehodnocení a sebedůvěry dítěte a jeho retraumatizaci. Adekvátní a promyšlené umisťování v síti zařízení a informování dítěte přiměřeně jeho věku (ideálně ve spolupráci s ním a s jeho zákonnými zástupci) naopak z tohoto pohledu posílí i pozitivní sebehodnocení dětí, může umožnit dětem zažít pocit, že jsou přijímány bezpodmínečně a nemusí si „zasluhovat lásku.“

I zde nicméně nacházíme postupy, jak situaci úspěšně řešit (mimo jiné ukotvené také *Standardy* *kvality péče*). V některých zařízeních již velmi dobře funguje status klíčového pracovníka, který dítě doprovází po celou dobu pobytu. Někde dochází i při předávání dětí ze zařízení do zařízení v pokračování péče, kdy je klíčový pracovník s odcházejícím dítětem potřebnou dobu stále v kontaktu, aby přechod pro dítě představoval co nejmenší zátěž, v některých případech je dítě v trvalém kontaktu s psychologem spádového diagnostického ústavu. Nelze opominout ani terapeutickou práci psychologů a etopedů, případně i vychovatelů, kteří se snaží dítě na přemístění připravit. V některých zařízeních dochází ke vzájemným stážím a spolupráci nad otázkou, jak usnadnit dítěti přechod do dospělého života.

Rozhovory s dětmi o jejich životě a zkušenostech v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy obsahovaly také poměrně mnoho skutečností, které se dají interpretovat jako funkční, vhodné či pozitivní.

Děti jednoznačně vyzdvihly možnost volby ze širokého spektra programů z různých oblastí (sportovní, kulturní, vzdělávací, pracovní, sociální), kterou mají. Vnímají pozitivně, pokud je výběr z nabízených aktivit široký. V jednom ze zařízení mají děti například možnost přihlásit se na kurz vaření, sportování na hřišti či v posilovně, plavání, sledování tematických filmů, chození do kina, divadla, výrobu keramiky či jiných výtvarných činností. Právě díky rozšiřování zájmové základny si děti mohou osvojit činnosti, ke kterým doposud neměly přístup, rozvíjet své dovednosti a v neposlední řadě upevňovat své sebevědomí.

Některé děti dokonce uvedly, že je pro ně osobně přínosné i udělení některých výchovných opatření. V jednom zařízení například při závažném porušení pravidel absolvuje dítě pobyt v různé délce na detašovaném pracovišti, které se nachází v odlišném prostředí a kde se děti aktivně podílí na zajišťování jeho chodu. Kromě toho, že je pro ně motivací k dobrému chování se do tohoto méně komfortního typu zařízení dostat, některé děti rovněž uvedly, že pobyt na detašovaném pracovišti zařízení pro ně znamenal významný osobnostní posun.

Pozitivní ohlasy zaznívaly rovněž vůči personálu zařízení. Mezi velmi vyzdvihovanou charakteristiku vychovatelů děti řadily zejména smysl pro humor, některé děti uváděly, že k vychovatelům mají důvěru a v případě problémů se na ně (či v některých případech na psychologa) obrací. Zároveň si jsou vědomé možné ztráty důvěry ze strany dospělých a z toho plynoucích negativních důsledků. Na druhou stranu ale vychovatelé pro děti často představují i autority, se kterými se typicky v životě potýkají. V případě, že si s někým z personálu nerozumí, děti oceňují, když bývá takovým problémům věnován čas a jsou řešeny. Děti rovněž oceňovaly možnost individuálních konzultací, čímž potvrdily i důležitost klíčových pracovníků.

Zároveň děti často prezentovaly své studijní ambice, kdy nebylo ojedinělé, že plánují po dokončení aktuálně studovaného oboru začít studovat ještě obor jiný, ke kterému je přivedl třeba právě pobyt v zařízení, což lze vzhledem k tomu, že většina dětí přichází do těchto typů zařízení s velmi nedobrou školní anamnézou, považovat za velký úspěch. Vyzdvihováno bylo také studium ve škole v rámci zařízení, kdy se dětem líbil zejména individuální přístup pedagogů zajištěný malým počtem žáků. Děti oceňovaly také možnost vydělávat si peníze prostřednictvím brigád, na které jim zařízení umožňuje docházet. Zde také nacházíme zajímavý rozpor mezi výpověďmi personálu a výpověďmi dětí, neboť mezi personálem převažuje názor, že pro děti v institucionální výchově vzdělání často nepředstavuje důležitou hodnotu. Bez dalších výzkumů nelze posoudit, nakolik děti v rámci výzkumu prezentovaly své autentické postoje a jak velký je prostor pro využití přirozené motivace dětí.

Navzdory množství konfliktů, které jsme v průběhu práce analyzovali, je nutné zdůraznit, že vrstevníci v zařízení byly dětmi vnímány vždy kladně a i když některé děti měly k určitým vrstevníkům výhrady, převažovalo pozitivní hodnocení. Vrstevníci byli často dětmi označování jako kamarádští a každé dítě uvedlo, že má v zařízení alespoň jednoho kamaráda. Zde pochopitelně opět nelze dělat zjednodušené závěry, protože nesnáze ve vztazích je často při přímém rozhovoru náročné pojmenovat. V tomto smyslu by bylo třeba provést samostatné šetření za použití adekvátních metod.

#### Institucionální péče a návykové a omamné látky

*Kouření*

Přístup zaměstnanců ke kouření se ve zkoumaných zařízeních liší. Největší rozdíly v přístupech jsou mezi DDŠ s mladšími dětmi a VÚ, kde jsou děti již po patnácti letech věku. Zaměstnanci se nicméně shodují, že většina dětí kouří nebo s kouřením experimentuje, a to i přesto, že jsou děti mladší 18 let a jsou umístěni v zařízeních, kde ze zákona nesmí kouřit ani dospělí.

V jednom z DDŠ personál nechává v programu jistou míru volnosti dětem tak, aby bylo možné se jít někam s cigaretou „schovat,“ kouření by ale nemělo probíhat za přímé asistence vychovatele nebo jiného personálu. Liší se také míra závažnosti, s jakou zaměstnanci ke kouření dětí přistupují. V rozhovorech převažoval poměrně liberální, až tolerantní přístup zaměstnanců ke kouření, přičemž argumentováno bylo zejména tím, že tento problém je v porovnání s problémy ostatními těchto dětí zcela zanedbatelný. Z hlediska adiktologů oslovených v rámci výzkumu může být v současné situaci takový postup racionální, ale ne zdravý.Je to méně riziková varianta než čelit několikrát za den útěkům nebo nepředvídatelným výbuchům agresivity ze strany klientů závislých na tabáku, zároveň jde ale o určité pohodlí pedagogů, kteří by museli alespoň ze začátku těmto reakcím čelit. Toto ještě více platí pro výchovné ústavy. Zároveň ale v zařízeních, kde není kouření tolerováno, jsou děti i dospělí schopni z velké části toto respektovat. Jde tedy zejména o nastavení přístupu.

Zaměstnanci zařízení jsou dle svých výpovědí nuceni přijmout závislost klientů na tabáku jako fakt, jehož řešení musí v některých případech ustoupit řešení naléhavějších problémů jejich klientů.Pracovníci proto kladou důraz na to, že mezi zaměstnanci musí panovat jednota v přístupu ke kouření, a vesměs tuto jednotu ve svých zařízeních popisují. Jen jeden respondent zmínil minulou zkušenost s pracovníkem, který si usnadňoval práci využíváním povolování kouření v zařízení s cílem mít klidnou směnu. Zjistit takové selhání pedagoga není snadné, protože děti se z pochopitelných důvodů na usvědčení nechtějí podílet, tento stav je pro ně výhodný. Pokud se takové selhání u pracovníka prokáže, je to důvodem k okamžité výpovědi.

Pracovníci uvádí, že mají velmi omezené možnosti, jak ovlivnit kuřáctví svých svěřenců. Přesto mají některá zařízení v repertoáru určité preventivní a intervenční postupy či opatření. V jednom zařízení je vytvořen dobrovolný protikuřácký program založený na principu pozitivní motivace v abstinenci pomocí výhod a odměn. Nutno dodat, že je dětmi využíván výjimečně. Jinde je zvykem, že při zjištění, že mladší dítě kouří, provede vychovatel či psycholog s dítětem pohovor zaměřený na související zdravotní rizika, popřípadě motivační rozhovor. Zde zároveň ale uvádíme, že toto není intervence, která by se řadila do efektivních prvků prevence. Jedna z oslovených psycholožek vyjádřila svou skepsi ohledně snahy odvykání kouření u dítěte, pokud je mu stejně povolováno kouření v domácím prostředí. Smysl vidí v přizpůsobení intervence potřebám dítěte a u závislosti na tabáku se v práci s dítětem soustředit na minimalizaci rizik, jako je např. opatřovací kriminalita (páchání trestné činnosti za účelem získání finančních prostředků na tabákové výrobky).

Kouření zařazují někteří pracovníci mezi témata skupinových sezení s dětmi. Možností k prevenci nákupu tabákových výrobků je povinnost předkládat účet za nákup vychovateli. K demonstraci negativního vlivu kouření na fyzickou kondici lze využít sportovní aktivitu jako součást prevence kouření. Vhodné by bylo proškolit pedagogické pracovníky v oblasti prevence rizikového chování. Zároveň by ale bylo nutné, aby to, že se v areálu školského zařízení nesmí kouřit, vždy respektovali také dospělí.

*Další návykové omamné látky*

U ostatních návykových látek se v zařízeních přísně dbá na to, aby děti intoxikovány nebyly. Zařízení v současnosti nicméně nedisponují jasně vymezenými prostředky, jak ověřit, zda je dítě intoxikováno. Zatímco v DDŠ akutní intoxikace návykovou látkou nebyly častým problémem, ve VÚ, kde jsou děti vyššího věku, se intoxikace, zejména alkoholem nebo THC, řešily často. Závažnější formy akutní intoxikace jsou vždy řešeny přivoláním záchranné služby a následnou hospitalizací dítěte. Velmi často byly děti pozitivní na THC nebo pervitin po dovolence v domácím prostředí.

Nejčastějšími problémy na dovolenkách jsou očima zaměstnanců kromě pozdních příchodů a nerespektování autorit nebo dohod právě konzumace alkoholu, případně jiných návykových látek. Velmi často se děti podle referencí pracovníků v průběhu dovolenky toulají po ulicích s lidmi ohroženými závislostí nebo závislými na návykových látkách, potulují se po nocích apod. Pokud se situace opakuje, rodiny projevující zájem o výchovu svého dítěte se někdy bojí si děti brát na víkendy častěji, pokud jde o rodiny ve výchově dítěte spíše méně angažované, opakuje se často situace, že o rizikovém chování dětí instituci neinformují.

Na problematiku návykových látek (a jak uvidíme, také rizikového sexuálního chování) tak narážíme i jako na fenomén, který přímo negativně ovlivňuje větší socializaci dítěte mimo zařízení nebo lepší práci s rodinou. Podle referencí pracovníků se setkáváme i s případy, kdy OSPOD umožňuje neomezené domácí pobyty i v případě, že se dítě opakovaně vrací intoxikované. Proto problému návykových látek v zařízení musíme z povahy věci věnovat pozornost vždy v těsném spojení s otázkami, jako je míra odpovědnosti zařízení za „hlídání“ dítěte v čase vycházek nebo možnosti zařízení spolupracovat s rodinou, a to i přes zdánlivé oddělení kompetencí jednotlivých orgánů.

Zaměstnanci se také zmiňovali o trendu obstarávání si návykových látek dětmi pomocí internetu. Přestože tuto možnost zmiňovalo víc zaměstnanců i ředitelů nejrůznějších institucí, ani v jednom případě nebyl tento fakt jasně prokázán. Není taky zřejmé, nakolik významná taková skutečnost z hlediska faktického řešení problému je.

Testování na přítomnost návykových látek vnímají pracovníci jako nástroj k indikaci adekvátní intervence, kontroly pokračování v užívání a jako preventivní a motivační opatření. Za adekvátní ho považují nejčastěji v situaci důvodného podezření na akutní intoxikaci. V případě pozitivního výsledku testu obvykle následuje udělení opatření ve výchově a často provedení pohovoru zaměřeného na okolnosti užívání a nabídku léčby. Ta je ovšem pro děti do patnácti let věku obtížně dostupná a děti nebývají k léčbě motivované, otázkou tedy zůstává, zda se jedná o efektivní intervenci využívající veškeré možnosti současného systému. Zařízení sice v případě potřeby spolupracují s dalšími externími subjekty, a to jak při zajišťování preventivních aktivit, tak při situacích zjištění návykového problému konkrétního dítěte, na cílené programy zaměřené na práci s dětmi, které jsou závislé nebo s drogami experimentují, jsme ale v rámci výzkumu nenarazili.

#### Rizikové sexuální chování

V kazuistikách opakovaně narážíme na rizikové sexuální chování dětí. Bohužel již toto označení je v podstatném smyslu zavádějící, protože v mnohých případech se jedná o sexuální zneužívání dětí a mladistvých, o kterém je ale v běžném obecném jazyce pojednáváno de facto tak, jako by se jednalo o zavinění dítěte, zejm. pokud jde o dětskou prostituci. Kromě případů, které bychom označili jako sexuální zneužívání dítěte osobami mimo zařízení, narážíme také na sexualizované chování v ústavu a promiskuitní chování některých dětí mimo dohled zařízení. Podobně jako u zneužívání návykových látek tuto problematiku nelze řešit odděleně od otázek spolupráce s rodinou a možností sanace rodiny obecně.

Jedna z kazuistik uvádí (anonymizováno): *„Petra je šestnáctiletá dívka, umístěná rozhodnutím diagnostického ústavu na výchovně léčebné oddělení dětského domova se školou. Je celkově deprivovaná a emočně labilní, podle výpovědi ji otec zneužíval. S institucionální výchovou má zkušenosti už od školky, celkově vystřídala šest různých zařízení. Dívka si přes internet domlouvá prostituci, na vycházkách má sexuální styky s různými muži, i za peníze. Podle výpovědi dívky se stává, že po ní matka chce peníze, které vydělává prostitucí“*.Podle paragrafu 202 a 203 TZ, který zakazuje dětskou prostituci, se jednoznačně jedná o trestný čin (matka byla později vyšetřována za trestný čin kuplířství, tedy je zřejmé, že policisté o dívčině prostituci měli informace), případně podle 186 TZ. Podle výpovědí ani přes apely zaměstnanců a zdokumentované zneužívání dítěte nebyla sociálním pracovníkem omezena možnost návratu dítěte do závadového rodinného prostředí. Z této kazuistiky se také dozvídáme, že dívka měla „nevhodné sexuální chování“ již před patnáctým rokem věku, neexistuje nicméně jediný náznak, že by podobná podezření byla šetřena.

Situace je o to více znepokojivá, že v ústavech se jedná o děti ohrožené, často s nedostatečně nastavenými osobními hranicemi (viz odd. 3.3). Takový případ bohužel není ojedinělý v šetřených kazuistikách. Někteří vedoucí pracovníci dokonce uvedli, že věděli, kde se dítě stávalo obětí sexuálního zneužívání, ale situaci vnímají tak, že z různých procesních a praktických důvodů nemohou zasáhnout. Neměli bychom přecházet skutečnost, že zde z různých důvodů s významnou pravděpodobností nedochází k řešení některých případů sexuálního zneužívání dětí a mladistvých, v některých případech navíc před patnáctým rokem věku.

Podle trestního zákoníku je nutno v případě prostituce nezletilých zcela upustit od trestní odpovědnosti mladistvého, což vychází z principu ochrany dětí a mladistvých. Dítě nemůže být postihováno za to, že se stalo obětí trestného činu, jakkoliv třeba i spolupracovalo. Prostituce mladistvých je pro jejich zákazníky trestná právě proto, jak zranitelní mladiství jsou, a postihování mladistvého ruku v ruce s úplným pominutím pachatele vede k upevňování špatné situace mladistvých, a to i v tom smyslu, že jim nedává možnost vidět skrze potrestání, nebo alespoň stíhání pachatele, závažnost takových činů. V tomto smyslu je zcela nešťastné, že např. omezení vycházek musí být ze strany zařízení uděleno jako tzv. opatření ve výchově, byť se jedná o krok, který nesměřuje k potrestání, ale ochraně dítěte.

Někteří pracovníci reflektovali nečinnost PČR (což může také znamenat pouze to, že neměli informace o postupu vyšetřování). Pokud je některými pracovníky vnímána nečinnost PČR, lze v souladu s právním řádem ČR přinejmenším sebrat jednotlivé případy a obrátit se na státní zastupitelství a žádat o kontrolu inspekci MV ČR. Zároveň ale je nutné upozornit na to, že dokazování takového činu je velmi obtížné (zejména v případě, že dítě samo takové jednání iniciuje).V tomto ohledu je nutno zařízením institucionální výchovy poskytnout systematickou podporu, aby se mohla automaticky a systémově podílet na potírání kriminality na dětech a mladistvých. Podobné případy je nutno důsledně dokumentovat, neboť nelze postupovat pouze na základě neoficiálních výpovědí. Zároveň je nutno podotknout, že co se týče kvality spolupráce s PČR, zřejmě existují velké lokální rozdíly, kdy v některých regionech je spolupráce nastavena velmi dobře. Jednoznačné současné studie v této oblasti schází.

Zneužívání dětí i v dalších případech souvisí s novými sociálními sítěmi. Respondenti uvádějí, že se děti někdy na sítích chovají rizikově. Příkladem může být zkušenost jednoho zařízení, kdy si klient domlouval sexuálně motivované, placené setkání, které se následně, dle výpovědi dětí i samotné oběti sexuálního deliktu, realizovalo během vycházky. Zařízení se v tomto ohledu cítilo bezmocné, protože kvůli nedostatku důkazů v tomto případě nelze udělit ani „výchovné opatření.“ Kromě setkání s psychologem a komunikace s dítětem žádné opatření vedoucí k ochraně dítěte nenásledovalo.

V jednom případě bylo také podezření na organizování prostituce přes sociální sítě. Jednalo se o dospívajícího chlapce, který měl s prostitucí zkušenosti již před nástupem do instituce a v této formě chování zkoušel pokračovat. K prostituci docházelo vždy při útěku ze zařízení, který byl také domlouván pomocí sociálních sítí.

Také se vyskytovaly případy zveřejňování fotek na internetu se sexuálním podtextem u dospívajících dětí. Děti si dle personálu nejsou zcela vědomy důsledků, které toto chování na internetu může mít. Pokud navíc jde o fotky, které by byly klasifikovány jako pornografické, může docházet k trestnému činu podle 186 TZ, a to i ze strany dítěte.

Zaměstnanci ve výše uvedených případech otevřeně deklarují svou bezmoc, a to v některých případech i ve vztahu k rozhodnutím OSPOD-u nebo státních zástupců. Jedinými navrhovanými opatřeními byly větší možnosti omezení dětí, například dočasný zákaz vycházek, který by mohl prostituci zabránit, případně odebrání elektronického zařízení při rizikovém chování na internetu, což je v současnosti v rozporu se způsobem, jakým se posuzují práva dětí. Děti podle výpovědí zaměstnanců zároveň dobře znají svá práva, z čehož vzniká bezvýchodná situace, neboť děti například velmi dobře vědí, že například vycházky jim v dlouhodobém horizontu nemohou být omezeny. Ačkoliv se ze strany zaměstnanců jedná v tomto případě o návrhy využití negativních motivačních prvků, zůstávají v souladu s principem, že děti a mladistvé je třeba ochraňovat. Nejedná se tedy vlastně o postih, ale návrh opatření, které má zabránit dalšímu poškozování dítěte, to ale v současné době nemůže být uplatněno. V těchto případech se ale efektivní intervence ze strany zařízení neobejde bez odborné dlouhodobé a cílené terapeutické práci s daným dítětem. V případě kazuistiky Petry konkrétně došlo ke sporu s pracovníky OSPOD, kteří i přes stanovisko zařízení odmítli omezit pobyt Petry u její biologické matky, přestože dívka byla prokazatelně zneužívána.[[64]](#footnote-64)

#### Sebepoškozování

Dalším specifickým projevem problémového chování je sebepoškozování. V případě řezání děti používají jakékoliv ostré nástroje, což s sebou nese další rizika spojená s přenosem infekcí. Zaměstnanci se shodují na tom, že velkou roli zde hraje také nápodoba mezi vrstevníky. Sebepoškozování se obvykle odehrává ve vlnách, zejména dívky se od sebe „inspirují.“ V této souvislosti jeden pracovník varuje před přihlížením dalších klientů při ošetřování či jiné péči pracovníka o zraněného, neboť to může zafungovat jako spouštěč „vlny,“ tedy kopírování této maladaptivní strategie k získání pozornosti nebo snížení tenze dalšími dětmi.Jeden z respondentů upozorňuje, že inspirovat se děti mohou rovněž při pobytech na psychiatrických odděleních. Konkrétní a v prostředí ústavní výchovy často se vyskytujícím zátěžovým faktorem je podle zaměstnanců kontakt s původní rodinou. Tato okolnost je hodnocena jako nejtypičtější spouštěč aktu sebepoškození. Často se tak také děje v období před Vánocemi. Puzení k sebezranění však může podle zkušeností respondentů vyvolat i pouhý telefonát s rodičem. Z tohoto důvodu by měli být pedagogové v daných zařízeních školeni pro práci s krizí u dětí a adekvátní intervenci.

Častou motivací dítěte k sebepoškození z pohledu pracovníků zařízení je snaha získat pozornost nějaké osoby, nejčastěji samotného personálu. Sebepoškození či vyhrožování sebepoškozením přirozeně vyvolá v pracovníkovi tendenci věnovat dítěti speciální péči, ať už formou rozhovoru nebo v případě zranění formou ošetření a shánění další lékařské péče. Dítě se v tu chvíli stává středem pozornosti, což je prožitek, který dětem pocházejícím z dysfunkčního sociálního prostředí často ve velké míře chybí. Jako indikátor tohoto typu sebepoškození může podle jednoho z respondentů sloužit viditelnost ran. Další skupina motivů bývá v rozhovorech často souhrnně pojmenovávána jako „psychiatrické důvody“.Pracovníci o nich hovoří způsobem, který naznačuje, že je na místě na tento typ sebepoškozování reagovat zvýšenou pozorností. Pracovníci v této souvislosti hovoří o sebepoškození jako o reakci na nezdar, na zvýšenou zátěž, jako o způsobu, jak se vyrovnat s nadměrnou tenzí, jako o symptomu deprese, jako o důsledku sebeobviňování, či o prostředku k vyvolání pocitu slasti.

Je otázkou, do jaké míry je možné v rozhovorech zmiňované motivy dětí k sebepoškozování vzájemně oddělit. Ubližování může u konkrétního dítěte plnit více funkcí, zařazení aktu do jedné z kategorií, například účelového sebepoškozování, tak může být zjednodušující. Navíc i účelové sebepoškozování je vždy nutno brát jako vážný signál o potřebách dítěte. Každopádně, podobně jako u konzumace návykových látek nebo rizikového sexuálního chování, lze sebepoškozování vnímat jako důsledek spolupůsobení řady faktorů a tedy jako indikátor hlubších problémů.

Důležité je také zmínit situace, kdy děti sebevražedným nebo sebepoškozujícím jednáním vyhrožují personálu. Zaměstnanci se tak dostávají do nebezpečných situací, kdy se obávají následků svého zásahu, ale zároveň hrozí, že si dítě opravdu ublíží na zdraví. V tomto ohledu doporučujeme přinejmenším plošná školení v krizové intervenci a zřejmě i jasnější vymezení dovolených zásahů.

Podobně jako u regulace vycházek v případě zneužívání návykových látek nebo rizikového sexuálního chování, je i v tomto ohledu patrná potřeba jasně dítě ochránit před sebepoškozujícím jednáním. Tato potřeba se mnohdy z perspektivy pracovníků dostává do konfliktu s potřebou vytvořit dítěti prostředí přívětivější k jeho vývoji a respektovat jeho důstojnost (například odstraněním mříží v zařízeních).

### Naléhavé obtíže při péči očima pracovníků

#### Konflikty a agrese

Zaměstnanci v rozhovorech upozorňují na nakumulovanou zlost v dětech, na druhou stranu i zdůrazňují, že toto nejsou zdravé projevy dětí, děti jsou svým způsobem nemocné a nelze je proto na základě projevované agrese odsuzovat.

Pokud je dítě agresivní, většinou se jedná o potyčky mezi dětmi nebo o destruktivní chování vůči majetku. Objevuje se však i agresivní jednání vůči personálu – v různých zařízeních v různé míře. Děti jsou podle personálu značně impulsivní. Spouštěčem konfliktu může být i zanedbatelný stimul. Situace může začít obyčejným pošťuchováním mezi dětmi, které přejde v konflikt. I banální spory můžou vyústit v ostré konflikty, při nichž dojde k poškození majetku dětí nebo zařízení nebo k ublížení na zdraví.

Zaměstnanci zdůrazňují potřebu agresivní dítě ochránit, aby si samo neublížilo, zároveň mu ale poskytnout možnost ventilace agrese. Také upozorňují na nutnost odvést přihlížející, dospělé i děti, nebo na skutečnost, že právě tyto situace často vedou k volání RZS a zásahu psychiatra. Jeden ze zaměstnanců uvádí, že ačkoliv uzavřené skupiny v zařízení podle jeho zkušeností zvyšují agresivitu dětí, vzájemné napadání není mezi dětmi časté.

Ke konfliktním situacím dochází mimo jiné i při výuce v těch zařízeních, které mají vlastní školu. Děti, které mají problémy s autoritou, reagují podrážděně na požadavky učitele. Jindy dochází ke konfliktu mezi dětmi např. v době přestávek, kdy je učitel na chodbě a děti se navzájem tzv. vyprovokují.Pokud je konflikt intenzivní, bývá přivolán na místo psycholog nebo etoped, případně asistent učitele (je-li k dispozici). Ti pak odvedou dítě od skupiny a zahájí většinou krizovou intervenci. Napříč zařízeními panovala shoda na tom, že asistent by měl být v každé třídě (ve většině zařízení byl přítomen jeden, maximálně dva na celou školu). Na druhou stranu ve školním vyučování dětem vyhovuje řád a pravidelnost, konfliktní situace vznikají zejména, když děti nemají náplň a neumí vyplnit svůj volný čas. Pokud dojde ke konfliktu ve výchovných skupinách, jako nejvíce problematické se jeví zvládnutí této situace s ohledem na ostatní členy skupiny. Danou situaci podle výpovědí často musí zvládnout jediný vychovatel. Agrese jednoho dítěte tak může silně narušit nebo znemožnit práci celé skupiny.

O šikaně se zaměstnanci vyjadřují ve dvou rovinách. Jednou z nich je šikana, kterou je náročné podchytit. Projevuje se posluhováním slabších jedinců těm s převahou určitého kapitálu (fyzického, finančního, vědomostního nebo těch emočně silnějších). Může se jednat např. o odevzdávání jídla těm silnějším, posluhování (uklízení za šikanujícího), krádeže, fyzické potyčky aj. Intervence musí být co nejčasnější, aby nedocházelo k prohlubování šikany až do těžce patologických forem, které již nelze řešit pouhou prací s kolektivem, a aby nenastala dlouhodobá deformace společenských norem dětí.

Druhou formou šikany je ta, kterou již pracovníci musí řešit ve spolupráci s policií, jde o situace, kdy oběť na pachatele podá trestní oznámení. Pracovníci nicméně šikanu hlášenou na policii v rozhovorech neuváděli. V jednom případě byl za šikanu označen také nátlak na učitele formou spojení se žáků za cílem zablokování výuky.

Zvládání konfliktů a agrese dětí patří podle četnosti, s jakou byl tento problém zmiňován, k nejnáročnější stránce práce s dětmi s poruchami chování. Kromě jednoho výchovného ústavu, kde výskyt agresivního chování dětí označují za sporadický, se nutnost zpracovávat agresi klientů objevuje napříč zařízeními. Z rozhovorů vyplývá znalost některých strategií na straně zaměstnanců i vhodná aplikace těchto postupů tak, aby byla krize zažehnána. Často je zmiňována ale i bezvýslednost snahy o zklidnění situace nebo aktuální nemožnost adekvátní strategie k uklidnění situace použít. Některé agresivní konflikty tak logicky vedou ke krajním řešením, jakými jsou přivolání RZS nebo aplikace uklidňujících léků po intervenci psychiatra. V této oblasti se také silně projevuje nejistota zaměstnanců ohledně používání restriktivních prostředků. Prevence agrese bývá zmiňována ojediněle. Přesto je ale pozitivní, že řada pracovníků vnímá důležitost profesionálního, ale zároveň citlivého přístupu, který agresi dokáže předejít nebo ji utlumit. Uvádějí i množství zdařile provedených intervencí.

K dobrému zvládání agrese v některých zařízeních přispívají kvalitně zpracované krizové plány a efektivní systém zaškolování nových pracovníků. Někdy může pomoci pracovníkovi i možnost telefonické konzultace, zejména pak v noci, o víkendech apod. Velmi dobrá zkušenost je s opakovaným pravidelným proškolováním pracovníků v oblasti práce s agresí. Výrazný pozitivní efekt mají také psychoterapeutické a sebezkušenostní výcviky, supervize a intervize.

#### Útěky ze zařízení

Útěky jsou v některých zkoumaných zařízeních téměř na denním pořádku. Kromě klasických dlouhodobých útěků děti spíše častěji utečou jen na chvíli, aby si například mohly zakouřit. V kazuistikách byl zmíněn i případ, kdy chlapec utekl, aby si mohl zajít do kadeřnictví. Zde se ovšem nabízí úvaha, zda by možnost jít do kadeřnictví neměla být vnímána jako přirozená, aby dítě mohlo takovou výpravu podniknout zcela oficiálně. Jedna z vychovatelek popisovala situaci v dívčí skupině, která opakovaně, po dobu několika týdnů, plánovaně utíkala celá. Dívky se vychovatelce vždy před skupinovým útěkem omluvily, ale útěku to nezabránilo: *„Prostě tam stály a říkaly. Nezlobte se paní vychovatelko, ale my utečeme.“* Situace se vyřešila až změnou vychovatele.

Dochází také k domlouvání útěků po internetu. Děti jsou schopny si přes sociální sítě domluvit „pohodlnější“ formu útěku, například si předem domluvit možnost přespání apod.

#### Další zmiňované problémy

Zaměstnanci dále na obecné rovině zmiňují chybějící respekt dětí k autoritám a pravidlům. Zmiňují i vyhrožování nebo „delikvenci na internetu,“ z odborného hlediska ve většině případů definovatelnou spíše jako rizikové chování na internetu. Další jev, se kterým se pracovníci zařízení opakovaně potýkají, je lhaní.

V jednom ze zařízení pracovníci popisovali, že drobné problémy souvisely často s financemi, a to zejména tehdy, když dítěti byla svěřena určitá zodpovědnost (např. sociální pracovnice dala dítěti peníze na zaplacení školního výletu, které ale dítě využilo jinak). Někteří zaměstnanci zmiňují jako problém krádeže v zařízení, které podkopávají důvěru dětí v sebe navzájem, v jiných zařízeních krádeže pracovníci jako problém nezmiňují.

### Protektivní faktory očima zaměstnanců

Všechny faktory protektivní, nejsou-li využity, mohou působit jako faktory rizikové nebo konflikt potencující či eskalující (např. tak jako je protektivním faktorem spolupráce zařízení s rodinou, tak nespolupráce a zablokovaná komunikace zaměstnanců s rodinou může problémové situace a konflikty potencovat). V této kapitole chceme specificky poukázat na ty protektivní faktory, které vyzdvihovali sami zaměstnanci napříč zařízeními.

#### Shoda, jednotný přístup personálu

Etopedka jednoho z výchovných ústavů v rozhovoru poznamenává, že začátek kvalitní péče o děti v zařízeních spočívá v tom, že se zaměstnanci musí shodnout na cíli pobytu daného dítěte v dané instituci a na tom, co je to nejlepší zájem dítěte. Pokud jeden zaměstnanec vnímá zařízení jako represivní instituci, zatímco druhý zaměstnanec se snaží apelovat na respektující přístup v péči o děti, je jasné, že toto nastavení může samo o sobě vést ke konfliktním situacím a k nejednotně poskytované péči o tyto děti. Děti pak mohou být z těchto přístupů zmatené nebo se naučí rychle využívat tuto názorovou nejednotu ve svůj prospěch.

V souladu s takovým přístupem probíhají v jednom z DDŠ, který patří do našeho výzkumného vzorku, každý měsíc skupinové supervize. Jednou za půl roku probíhá také supervize všech zaměstnanců včetně pedagogických pracovníků a asistentů. Dříve probíhaly také supervize učitelského sboru, které už aktuálně neprobíhají. Vedení instituce je však považuje za velmi přínosné a rádo by je do budoucna obnovilo. Většinou se jedná o supervize případové, kazuisticky zaměřené, které se věnují často právě delikventnímu chování dětí, agresivitě a možnosti zvládání obtížných situací, které z toho plynou.

Jednotný přístup personálu, včetně shody na pravidlech, jejichž dodržování je nutno po dětech vyžadovat, byl nicméně vyzdvihován napříč zařízeními, i tam, kde týmová práce není tímto způsobem (supervizemi) vedením podporována. Pracovníci zpětnou vazbu často přijímají snáze, pokud názor jednoho pracovníka doplní ostatní členové týmu svým pohledem na věc.

Pracovníci nicméně reflektují i meze jednotného přístupu. Upozorňují, že je žádoucí, aby děti měly různé modely a vzory chování, podobně jako v rodinném prostředí se dítě stýká s řadou různě smýšlejících autorit.

#### Zájem o dítě

Zejména psychologové a někteří etopedi s ukončeným terapeutickým vzděláním často upozorňovali na to, že je důležité, aby jejich postavení v rámci instituci nebylo represivní, ale spíš podpůrné. To je také v souladu s nejmodernějšími odbornými poznatky.[[65]](#footnote-65) Přestože je to vzhledem k anamnézám dětí i jejich psychiatrické zátěži velmi náročné, je i podle samotných zaměstnanců, kteří se našeho výzkumu účastnili, nutné snažit se se svěřenými dětmi budovat vztah založený na důvěře, poskytující bezpečí.

Primárním protektivním faktorem výchovného působení je podle pracovníků zájem o děti, který se účinně projevuje v pozornosti a času, který jim pracovníci věnují. Jen za splnění této podmínky je možné na situaci dítěte citlivě reagovat a do jisté míry i předvídat, jaké problémy by mohly vznikat. Předpokladem pro vhodně zvolenou intervenci je tedy nejenom znalost toho, co se s dítětem právě děje a co aktuálně prožívá, ale také schopnost vystupovat vůči dítěti ne jako soupeř, ale jako vychovatel/učitel/etoped aj., tedy jako člověk, který ho podporuje a nabízí mu spolupráci.

V této souvislosti je zajímavé zmínit, že absence partnerského přístupu může podle některých výpovědí pramenit spíše z nedostatečných odborných kompetencí nebo osobní nevyzrálosti pedagoga než z hlubokého vnitřního přesvědčení o nutnosti represe. Doporučovány jsou sebezkušenostní výcviky, důležité je zejména umět pracovat s vlastními negativními emocemi a opouštět případnou opozici vůči dětem. V souvislosti se zájmem o dítě byla také pracovníky zmiňována pozitivní motivace dětí, posilování jejich schopnosti se ocenit a motivace dítěte do budoucna.

#### Prevence konfliktů a vhodné intervence

Odborný personál v rozhovorech často upozorňoval na to, že je důležité nepřehlížet drobné náznaky nepohody, konfliktu mezi dětmi nebo náhlé a pro dané dítě ne zcela běžné změny v chování. Velmi často byl tento přístup demonstrován na příkladu situační agresivity dětí. Ta zpravidla začíná změnou držení těla (zvýšením napětí) nebo verbální agresí. Mnoho zaměstnanců popisovalo, že je nutné intervenovat již na začátku změn v chování a projevu. Upozornit dítě včas na vyjadřovanou nepohodu a navrhnout sociálně přijatelné vzorce chování. Zaměstnanci tímto také nastavují hranice přípustného chování v instituci. Pokud hranice není jasně vymezena hned na začátku, je pak náročnější agresivní chování zastavovat. Včasné intervence vyzdvihují i ředitelé zařízení.

Vhodná intervence může zastavit i rozvinutý konflikt. Mezi efektivní intervenční strategie podle zaměstnanců patří: oddělení dítěte v afektu od ostatních přihlížejících (včetně dospělých), klidný a sebejistý přístup, evidentní vůle nebýt s dítětem v konfliktu nebo důsledné odložení racionálního řešení konfliktu na dobu, až odezní emoce. Ke ztlumení bezprostředních negativních emocí také podle zaměstnanců někdy může přispět i nehodnotící popis situace a zveřejňování vlastních pocitů (např. vidím, že jsi hodně naštvaná; nechci tě takhle držet, je mi nepříjemné tě takhle držet; nemohu dovolit, aby sis ublížila; mám obavy, když se takhle chováš).

Eskalace konfliktu nastupuje naopak následkem nevhodné intervence. Příkladem takové intervence je podle zaměstnanců vyžadování autority, kde má toto posloužit především ke zvýšení sebejistoty personálu, vyhrožování nebo křik. Vyřešit konflikt v rámci zařízení je obvykle lepší než přivolání RZS, která dítě odveze na psychiatrické oddělení. Jedna zaměstnankyně v rozhovoru zdůrazňovala to, že je třeba poskytnout zaměstnancům jednoznačné instrukce, aby dokázali v dané chvíli zasáhnout a neobávali se případných dopadů takových zásahů. Považuje za důležité učit zaměstnance přesně rozlišovat chvíli, kdy je přivolání RZS nutné. V souladu s tímto opět doporučujeme kurzy krizové intervence, případně programy pro zaměstnance, kde si nacvičí zvládání podobných situací, aby se RZS používala jen v indikovaných případech a se situacemi se mohlo více terapeuticky pracovat.

Podobný přístup byl zmiňován i ve vztahu k útěkům ze zařízení, kdy správný odhad situace může útěku předejít. Mnoho zaměstnanců má podle našeho šetření dobré zkušenosti s vyhodnocováním rizik a umí s nimi pracovat.Proto zařízením doporučujeme intervize zaměřené na sdílení podobných dovedností a znalostí.

#### Aktivity mimo instituci

V rámci vedených rozhovorů zaměstnanci několika zařízení upozorňovali na to, že je důležité, aby aktivity dětí probíhaly co nejčastěji i mimo rámec instituce. Vnímali to jako jednu z možností ke zmírňování napětí. Zaměstnanci jednoho z VÚ však tuto možnost, přestože by ji rádi využívali, vnímali jako zcela nereálnou. Důvodem byla z jejich pohledu zejména personální poddimenzovanost a specifika klientely (např. duální diagnózy a mentální retardace v kombinaci s mnoha dalšími deficity např. v oblasti fyzického zdraví).

#### Další zmiňované rizikové nebo protektivní faktory

Obecně jsou jako protektivní činitel zmiňovány **funkční vztahy**, méně formální vztahy k dětem, uvědomění a přijetí přirozenosti konfliktu s autoritou (který děti často prožívají). Byla zmiňována také primární **prevence** rizikového chování, spolupráce s učiteli a rodiči, **intervize a supervize** nebo funkční **krizové plány**. Jako protektivní faktor byla často zmiňována vyváženost mužského i ženského personálu: v některých případech potřeba mužů v zařízení, jindy naopak bylo konstatováno efektivnější působení žen na chlapce s problémy v chování. Jako protektivní faktory byly také zmiňovány faktory celkově související s lepší **motivací** dětí a s budováním jejich hodnoty.

Z rizik bylo zdůrazňováno **nevhodné umístění dětí do zařízení**, spojování skupin, **nedostatečné personální zabezpečení**, ale také například dlouhotrvající pobyt v instituci. Důležitým rizikovým faktorem, o kterém zaměstnanci musí vědět a počítat s ním, neboť bude v zařízeních přítomen vždy bez ohledu na to, jak dobrou péči dokážeme organizovat, jsou **citlivá období** dětí v době návštěvy rodiny, ukončování péče, Vánoc nebo prázdnin. Mezi rizikové faktory patří také užívání návykových látek dětmi.

### Žádoucí opatření z hlediska zaměstnanců

Dosud jsme zmiňovali především opatření, která již v institucích fungují nebo mohou fungovat v rámci zavedeného režimu. K dalším protektivním faktorům se zprostředkovaně dostaneme v kontextu otázky, jak konkrétně je možné zlepšovat péči o děti v zařízeních.

**Institucionální zabezpečení**

Podpora personálu a technické zabezpečení

Zcela základním problémem, který konstatují i některé inspekční zprávy, je nedostatek stabilního personálního a technického zabezpečení. V ústavech často není vytvořen vhodný prostor, který by umožňoval mít dětem domov, ať už jde o prostorové dispozice nebo interiér. Obojí vyžaduje značné finanční prostředky.

Sám režim některých zařízení a jejich uspořádání podle pracovníků z principu neposkytují dostatečný prostor pro soukromí. Důvěrný vztah s dospělým může nastávat pouze v rámci terapie, protože na rozdíl od ostatních aktivit a mimořádných událostí konzultace s psychologem i jejich důvěrný obsah zůstávají z části mimo systém, v jehož rámci pracovníci sdílejí informace. Absence přirozeného intimního prostoru je ale problémem vždy. V tomto smyslu můžeme v duchu dřívějších doporučení dále podporovat zmenšování výchovných skupin a celkově dělení zařízení do menších celků, nebo zabezpečení zařízení tak, aby každé dítě mohlo mít dostatečný a bezpečný vlastní prostor.

Zařízení se také potýkají s nedostatkem odborného zdravotnického a jiného odborného personálu, který je mimo jiné následkem legislativy, která neumožňuje přímé zaměstnávání zdravotnického personálu nebo poskytování psychoterapie libovolného typu ve smyslu zdravotnického úkonu, nedostatečné prestiže zaměstnání spojené s jeho náročností a finančního ohodnocení řadových pracovníků, které ani zdaleka neodpovídá ohodnocení odborných pracovníků v soukromé sféře. Personál často nemá vhodné vzdělání a výcvik, což náročná práce s ohroženými dětmi prakticky vyžaduje. Na nedostatek stabilního personálu, případně na nedostatečné technické zabezpečení, poukazují také některé inspekční zprávy, což je poněkud absurdní situace, kdy je zařízením v rámci inspekce vytýkáno něco, co bez podpory resortních a státních samosprávních struktur v mnohých případech napravují jen těžko.

Komplikací může být nejenom nedostatek psychologů nebo etopedů, ale také jejich pracovní doba, která se často překrývá s dobou, kdy jsou děti většinou ve škole. Potom záleží na možnostech ředitele oslovit takové pracovníky, kteří mohou být přítomni v těch nejdůležitějších fázích dne.

Můžeme nicméně předpokládat, že pokud by vzrostla odborná úroveň pracovníků obecně, tento problém by přestal být tak palčivý. Pracovníci, se kterými jsme hovořili, podporují v souladu s našimi doporučeními například výcvik v psychoterapii pro pracovníky nebo minimálně kurzy krizové intervence a celkově zdůrazňují nutnost zlepšit úroveň odborných znalostí u některých pracovníků i zlepšení jejich motivace. Speciální plošně zajištěné výcviky (pro všechna zařízení poskytující ústavní a ochrannou výchovu), například na práci s agresí, nejsou nicméně v současnosti zajištěny a vyžadovány, a formální vzdělání v tomto smyslu bohužel obvykle neplní svou funkci. Záleží především na postupu, finančních a praktických možnostech a vůli vedoucího pracovníka.

Kromě požadavku adekvátního vzdělání a výcviku pracovníků jsme se v rozhovorech setkávali s potřebou podpory personálu obecně, například pomocí intervizí, supervize nebo sdílení dobré praxe.

Ačkoliv to zaměstnanci přímo nezmiňují, z jejich výpovědí plyne též potřeba emocionální podpory. Svou práci často popisují jako nesmírně náročnou a uvádí, že se při ní potýkají se silnými, těžko zpracovatelnými emocemi. Na jejich zpracovávání ale není systém zařízení důsledně zaměřen. Opět se zde opakuje situace, že záleží pouze na vůli jednotlivých vedoucích pracovníků, jak a jestli svým zaměstnancům poskytnou dostatečnou podporu.

Spolupráce s pracovníky ostatních resortů

V souvislosti s uváděnými problémy byla pracovníky zmiňována i potřeba lepší návaznosti služeb obecně, zejména pokud jde o práci s rodinou. Byla zmiňována nutnost včasných a adekvátních zásahů OSPOD, nutnost kvalitní spolupráce s policií, potřeba plošného sjednocení cílů a přístupu s kurátory, soudy nebo zdravotnickými zařízeními. Tato potřeba byla někdy zmiňována i nepřímo, například v podobě stížností na nedostatečnou spolupráci s rodinou nebo naopak posílání dítěte do rodiny i v případech, že z hlediska pracovníků působí toto na dítě zcela rozkladně, nebo v podobě stížností na nevhodný až agresivní nebo laxní přístup PČR. Opakovaným tématem je také stížnost na nepřiměřenou délku soudních řízení. Jeden ze zaměstnanců dokonce explicitně upozorňoval na nezájem a neprofesionální přístup lékařů, když je zaměstnanci zařízení žádají o těsnější spolupráci na praktické i odborné rovině. Zaměstnanci v podobných případech deklarují svou bezmoc. Na druhou stranu není z výpovědí zřejmé, jak jednají v takových případech pracovníci ÚV/OV, zda situace adekvátně řeší, jakým způsobem problémy komunikují a jaké možnosti práce využívají.

Zde je nutno poznamenat, že se jedná o pohled části zařízení nebo pracovníků, kde systém nefunguje buď lokálně, nebo selhávají jednotlivci. Tato perspektiva je nicméně důležitá už z toho důvodu, že neexistují plošně sebraná data, díky kterým bychom si mohli udělat obrázek o celkové situaci, celkové kvalitě spolupráce institucí mimo školský resort a míře dopadu jednání ostatních institucí na kvalitu prostředí v ÚV/OV. Jak již bylo poznamenáno v teoretické části práce, spolupráce mezi resorty má rezervy i na celostátní úrovni a jednotlivým stížnostem je proto třeba věnovat pozornost a nepřecházet je jako výjimky ze systému, o kterém de facto v souhrnném smyslu nevíme, nakolik kvalitně funguje.[[66]](#footnote-66) Kromě zmiňovaných výhrad existují také zařízení, která svou spolupráci s pracovníky jiných resortů a se samosprávními celky (obcemi) popisují jako neproblematickou nebo dokonce velmi dobře fungující ve prospěch umístěných dětí.

Potřeba specializovaných služeb

Předem je třeba opět zdůraznit fakt, že rozhovory a kazuistiky, které posloužily jako základ této práce, pochází pouze z vybraných výchovných institucí, což celkový obraz situace významně zkresluje. Tato část shrnující zprávy práce týkající se provedeného výzkumu nemá sloužit ke konečnému zhodnocení situace, ale k jejímu popisu perspektivou zkušenosti pracovníků vybraných zařízení. Rozhovory v psychiatrických léčebnách, s pracovníky OSPOD, soudci nebo PČR v rámci tohoto výzkumu neprobíhaly. Odborníci ze zdravotnické oblasti nicméně také zmiňují personální poddimenzovanost a podfinancovanost pedopsychiatrické oblasti a celkové přehlížení problému dětí vyžadujících dlouhodobou psychiatrickou péči.

 *„Ošetřující psychiatr opakovaně písemně upozorňoval na skutečnost, že nelze v nezdravotnickém zařízení bez zdravotnického personálu poskytnout potřebnou náročnou zdravotní péči pacientovi s nestabilním vrozeným hydrocefalem (…). Žádost o převzetí pacienta do péče postupně odmítla pedopsychiatrická pracoviště Psychiatrické nemocnice (…) a dětská psychiatrická nemocnice (…). Ředitelka DPN (…) to dokonce zdůvodnila tím, že jejich pracoviště není vybaveno tak, aby mohlo tak náročnou péči o pacienta zvládnout. To ještě více akcentuje absurditu skutečnosti, že pacient, který vyžaduje tak náročnou zdravotnickou péči, na kterou si netroufá ani specializované zdravotnické pracoviště, byl rozhodnutím soudu umístěn k nedobrovolnému pobytu do nezdravotnického pracoviště bez zdravotnického personálu.“* (kazuistika)

Zaměstnanci jednoho ze zařízení zařazených do našeho výzkumu upozorňují na skutečnost, že mají v zařízení děti se závažnými zdravotními problémy, na které nejsou specializovaní, přestože péče o tyto děti z jejich pohledu specializaci vyžaduje, a upozorňují obecně na nedostatek takových specializovaných zařízení, která by byla schopna pečovat. Přitom sami vnímají, že přemístění dítěte v rámci sítě dítěti nepomůže, pouze by v něm prohlubovalo pocit opuštěnosti. Zejména v jednom ze zkoumaných zařízení je tedy hromadně pečováno o děti, které v některých případech možná ani nepatří do výchovné péče, ale do péče zdravotnické či sociální, jednoduše proto, že děti jinak nemají kam jít.

Opět tak narážíme na problém diagnostiky a umístění dětí vůbec. Chybí řádná praktická i formální kritéria, podle kterých by mělo být adekvátně určeno pracoviště, kam bude dítě umístěno, nebo pracovníci a zařízení nejsou řádně disponováni na péči o děti, které jsou jim svěřovány. Podle výpovědí pracovníků může platit obojí. Během rozhovorů zejména v jednom ze zařízení několikrát zazněla věta, že se zaměstnanci cítí jako detašované pracoviště nebo přímo jako psychiatrická léčebna, přestože k tomu nemají kompetence ani nástroje, kterými disponuje lékařské zařízení nebo lékaři. Bylo také zmiňováno, že problém s rozmisťováním dětí v tomto smyslu byl již v době, kdy o umístění rozhodovaly diagnostické ústavy. Systém rozdělování, který ostře odděluje zdravotnické a výchovné kompetence a přitom neumožňuje dětem specializovanou péči ve zdravotnických zařízeních a neumožňuje ani adekvátní zabezpečení zařízení výchovného, neodpovídá v této perspektivě reálným potřebám dětí a možnostem zařízení dlouhodobě. Problém se v současnosti zvýrazňuje vzrůstajícím počtem dětí s psychiatrickou zátěží ve výchovných institucích.

S tím souvisí i problém, který již byl zmiňovaný, a to je praktický smysl některých psychiatrických diagnóz a medikace. V rozhovorech bylo zmiňováno, že diagnózy navíc posilují stigmatizaci dětí. Léky se také v některých případech mohou stát kontraindikací psychoterapie. Zaměstnanci si opakovaně stěžují, že nedochází k psychiatrické rediagnostice, a dítě tak třeba i řadu let chodí s neodpovídající a stigmatizující „nálepkou,“ která zaměstnancům neposlouží jako vodítko k zacházení s dítětem.Z rozhovorů a anamnéz také plyne, že někdy bývají lékaři medikovány děti, v jejichž případě by mohla pomoci změna režimu a lepší dispozice zařízení, nebo že k rozvoji závažnějších poruch dochází až během dlouhodobého pobytu v zařízení, přičemž zařízení nemá preventivní prostředky (např. možnost zajistit kvalitní a především stabilní systematickou psychoterapii se v současnosti následkem nastavení legislativy pohybuje v šedé zóně zákona a zároveň ani není dostatek psychologů, který by péči poskytli), které by někdy mohly předejít potřebě medikace v budoucnu. Na jednu stranu lze tedy z pohledu některých pracovníků a zařízení konstatovat nedostatečnou spolupráci s psychiatrickým sektorem, na druhou stranu aplikaci medicínského přístupu tam, kde je v nejlepším zájmu dítěte, aby přišly do hry jiné metody, a to jak léčebné, tak preventivní.

**Moderní výchovná a psychoterapeutická péče**

Druhá oblast změn, kterou pracovníci často zmiňovali vedle institucionálního zabezpečení podmínek na pracovišti, se týkala přímo zlepšení péče o děti. Pracovníci apelovali zejména na individuální práci s klientem, včetně odpovídající terapie. Kladli důraz na navazování kvalitních individuálních vztahů v souladu s odbornými poznatky, bezpečný vztah jako takový často označují za nutnou podmínku pomoci klientům vůbec. Na druhém pólu spektra pak oslovení zaměstnanci apelují na práci se skupinou, jejíž fungování děti silně ovlivňuje a která učí dítě pohybovat se v síti sociálních vztahů. Kromě raných deprivací je obvyklým častým navazujícím vývojovým problémem dětí s delikvencí či kriminalitou v anamnéze špatná socializace ve větší skupině. Jako konkrétní témata byla zmiňována práce s emocemi, aby se děti naučily autoregulaci. Druhým zmiňovaným tématem byla motivace dětí, kterou pracovníci považují obvykle za nedostatečnou, což souvisí i s vnímáním zařízení jako zařízení trestajícího.

Individuální práce s klientem

Ze všeho nejčastěji pracovníci apelovali na pravidelnou individuální terapii, která je v současné době pro většinu klientů zcela nedostupná nebo dostupná jen ve velmi omezené míře, byť je vzhledem k jejich psychické zátěži indikována velmi často. Legislativním systémem je nicméně chápána v podstatě jako jakási nástavba pro specifické nebo extrémní případy, která patří jen do několika málo vybraných typů zařízení, případně musí být zajišťována jako nadstavbová rozvojová aktivita klientů mimo zařízení. Na pováženou je, že se pracovníci často zmiňují o případech dlouhodobě těžce deprivovaných nebo vysoce agresivních dětí, se kterými se nicméně nikdy psychoterapeuticky nepracovalo ani nepracuje (ve zkoumaných kazuistikách neprobíhala dlouholetá systematická navazující práce s žádným z klientů už jen z důvodu střídání výchovného prostředí). Práci s nimi by přitom zaměstnanci vnímali jako velmi potřebnou, mohla by podle jejich názoru být i velmi účinnou prevencí později rozvinutých problémů. Podle výpovědí pracovníků by dlouhodobá, stabilní terapie u mnoha dětí mohla předejít mnohým problémům. Spíše kontraproduktivní je nicméně neustálé střídání terapeutických přístupů a osob, které terapii zajišťují. Poskytování terapeutické péče je také komplikováno skutečností, že dítě se v péči odborníků z oblasti ÚV/OV neocitá dobrovolně.

Psychologové, etopedi i vychovatelé na výzvu, aby jmenovali konkrétní postupy práce, které by uvítali, uvádí například větší využití projektivní arteterapie, dramaterapeutické hry nebo pečlivou interpretaci dynamiky vztahu mezi dospělým a dítětem, aby mimo jiné mohlo docházet ke včasnému odhalování (vnitřních) konfliktů dětí. Byly také zmiňovány kognitivně behaviorální techniky zvládání emocí a byla zdůrazňována jejich bezpečnost i pro děti s vyšší mírou psychologického poškození, nebo vytváření speciálních her „šitých klientům na míru“. Zdůrazňovány byly přínosy individuálních plánů dětí. Zde je nutno podotknout, že v ČR existuje řada zařízení, které podobné postupy četně a s úspěchem využívají, byť výzkumy a celková data opět schází.

Dalším důležitým zmiňovaným tématem je zpřehlednění situace pro klienta. Zaměstnanci upozorňují, že jakékoliv nekoncepční přeřazování dětí bez dostatečného vysvětlení, případně i bez řádného rozloučení a bez informování dítěte o změně předem, přispívá k jeho destabilizaci, v konečném efektu pak k dalšímu narušování důvěry v pracovníky i pozitivní mezilidské vztahy obecně. Navíc se i podle zkušeností pracovníků takový postup podílí na devastaci sebepřijetí klientů a může v nich zanechat pocity viny.

Pracovníci dále zmiňují potřebu celkového navýšení pozornosti, která se dětem věnuje, orientace na osobní vztahy, minimalizace přeřazování dětí a zajištění stabilní pečující osoby v rámci zařízení. Jen tak může dítě budovat bezpečný vztah. Jako velice důležití jsou proto vnímáni tzv. klíčoví pracovníci dětí, kteří by měli představovat „osobní patrony“, na které se jednotlivé děti mohou obracet. Z výpovědí pracovníků i dětí je zřejmé, že toto opatření zatím nefunguje natolik dobře, abychom mohli v rozhodující většině případů mluvit o silném, pevném vztahu, který by vytvářel psychickou oporu pro další vývoj dítěte. Pracovníci nicméně toto opatření považují za důležité a přínosné a do praxe je zaváděno plošně.

Práce se skupinou

Práci se skupinou v rámci zařízení zaměstnanci považují za podobně zásadní jako individuální péči o dítě. V rozhovorech bylo často zdůrazňováno, jak důležité je učit děti přijímat zpětnou vazbu, řešit konflikty ve skupině, vést kultivovanou diskuzi, poskytovat a přijímat sociální oporu. Pro řešení konfliktů i v rámci skupiny byla také zmiňována možnost mediace. V souvislosti s individuální motivací mají pracovníci také dobré zkušenosti se skupinovými tzv. zátěžovými programy.

Pracovníci se někdy zmiňovali i o mezích bezpečného prostředí, které se v rámci skupiny snaží vytvářet, a s nimi související potřebě pozornosti vůči tomu, co je ještě ve skupině vhodné probírat, aby to pro dítě nebylo ohrožující. Zejména v zařízeních s vyšší fluktuací dětí nebo s vyšším podílem dětí se závažnými poruchami chování může nedostatek bezpečí ve skupině představovat zásadní kontraindikaci pro skupinově terapeutické techniky. Citlivější problémy by měly být směřovány do individuální práce s psychologem. Řešení problémů ve skupině je obecně považováno za žádoucí, přínosné a funkční, musí jít nicméně ruku v ruce se správným nastavováním osobních hranic dítěte.

*Práce s agresí a dalšími emocemi*

Již z přehledu nejpalčivějších problémů je patrné, že agrese dětí a její zvládání patří perspektivou pracovníků k zásadním tématům. Výše zmiňované techniky byly taktéž často zmiňovány právě v souvislosti se zvládáním afektů, zejména agrese. Jak ve vztahu k jednotlivci, ale zejména ve vztahu ke skupině, je opakovaně vyzdvihovántrénink zaměřený na získání nadhledu, pozitivního myšlení, kontroly emocí, relaxaci, změny v automatickém jednání klientů, řešení problémových situací a etiku.

*Motivace a posilování sebevědomí*

Oblast motivace a sebevědomí dětí byla pracovníky zmiňována často. Z analytického hlediska pracovníci k této oblasti zaujímají nejasné postoje nebo naopak spíše výjimečně postoje silně vyhraněné až restriktivní, kdy jsou děti označovány mj. za nemotivovatelné, v popředí je nicméně snaha hledat pozitivní motivační postupy. Z rozhovorů tak vyplývá jednoznačně pociťovaná potřeba zlepšení v této oblasti a zároveň nejasnost prostředků, které by v této oblasti mohly být funkční.

Z rozhovorů s pracovníky vyplývá, že podle jejich názoru většina dětí v zařízeních trpí špatným sebehodnocením. Pracovníci si jsou obvykle vědomi toho, že absence sebedůvěry vstupuje do všech aspektů života i do budoucích vztahů dětí, a proto vnímají jako důležité s tímto tématem aktivně pracovat. Jednou z možností je dostatečně děti oceňovat, umožnit jim zažít pocit toho, že něco dokázaly, že se jim něco povedlo. Jednou z forem, jak tohoto prožitku dosáhnout, jsou zátěžové a zážitkové programy, na kterých si děti uvědomí své vlastní limity i potenciál a mají možnost bezpečně vystupovat z komfortní zóny. Další výhodou zátěžových akcí je pobyt mimo instituci, který podle výpovědí pracovníků obecně působí jako prevence problémů v zařízení. Samozřejmě je nutné zvolit takovou formu zátěže, které je zvládnutelná, přiměřená věku i fyzické síle dětí.

Zaměstnanci často hovoří o potřebě pozitivní motivace, ale také o potřebě čitelného motivačního a hodnotícího systému v zařízení. V tomto kontextu jsou také zmiňována opatření negativní, jako například potřeba přísnějšího režimu nebo větší pravomoci pracovníků sankcionovat děti, které se chovají nevhodně, nebo vůbec možnost nevhodnému chování zamezit. Zároveň také pracovníci hovoří o potřebě naučit děti vlastnímu svobodnému rozhodování a odpovědnosti za svá rozhodnutí.

## Vnitřní dokumenty a opatření ve výchově

### Písemné podklady

Tato část výzkumu mapuje formy písemných podkladů vyhotovených pro potřeby řešení mimořádných a krizových situací devíti vybraných zařízení. Důležitou otázkou kladenou zaměstnancům bylo, zda je doporučený postup pro zaměstnance obsažen výhradně ve vnitřním řádu, nebo zda jsou pro tyto účely vypracovány i další písemné podklady, například ve formě krizových plánů či metodik. Dalším naším plánem pak byla analýza existujících písemných podkladů a zjištění, z jakých principů vychází, nakolik jsou využitelné v praxi, nakolik se přístup k těmto situacím v rámci jednotlivých zařízení, která mají v péči děti se závažnými projevy poruch v chování, shoduje či naopak liší, a zda plány pokrývají všechny běžně se vyskytující krizové situace, nebo se soustředí pouze na některé.[[67]](#footnote-67)

Formy písemných podkladů k řešení mimořádných a krizových situací

Na základě analýzy zaslaných dokumentů či dokumentů volně přístupných na webových stránkách zařízení bylo zjištěno, že dokumenty, které nějakým způsobem postihují sledovanou problematiku, jsou:

* Vnitřní řád
* Minimální preventivní program
* Program proti šikaně
* Metodický pokyn ke zvládání afektu dětí / Manuál při agresivitě dítěte
* Metodický pokyn k zajištění péče o děti s rizikovým chováním
* *Standardy kvality*
* Směrnice – Bezpečnost a ochrana zdraví
* Postup při sebepoškození dítěte nebo při pokusu o sebevraždu
* Postup při požáru
* Co dělat když … Intervence pedagoga
* Postupy činností v mimořádných situacích

Ze zákona 109/2002 Sb. vyplývající povinností každého zařízení je mít sepsán vnitřní řád ústavu, proto ho mají všechna zařízení. Jeho podrobnost, témata a forma je však napříč zařízeními různá a ne vždy tento dokument zahrnuje i metody řešení mimořádných situací. I přesto je však na základě naší analýzy jednoznačně nejfrekventovanějším dokumentem, kde lze tyto informace hledat.

Dílčí informace lze nalézt i v minimálním preventivním programu, který je povinným dokumentem pro školy. Ten obvykle sociálně patologické jevy popisuje, sumarizuje jejich výskyt za každý rok, případně stanovuje cíle a formy práce, nicméně zpravidla bez konkrétních postupů. Program proti šikaně měla ve svém rejstříku pouze dvě zařízení. Další uvedené dokumenty se v zařízeních vyskytovaly ojediněle.

I přesto, že existuje možnost, že zařízení nezaslala všechny písemné dokumenty, které by byly relevantní, je možné konstatovat, že ucelené manuály, které by komplexně postihovaly celou nebo alespoň větší šíři obtížných situací, se napříč spolupracujícími zařízeními vyskytují zřídka.

Z rozhovorů a studia dostupných materiálů vyplynulo, že do výzkumu zahrnutá zařízení projednávají mnoho věcí ústně na pedagogických radách a dalších setkáních zaměstnanců, v konkrétních situacích upřednostňují spíše individuální řešení problému. V některých zařízeních jsou také zaměstnanci školeni podle interního vzdělávacího programu, který jim podle respondentů poskytuje příslušné dovednosti a znalosti.

**Návykové a omamné látky**

Případů zneužití návykových látek v prostorách zařízení, případně práce s intoxikovaným klientem, se určitým způsobem dotýká vnitřní řád každého zařízení z celkově devíti, která byla do vzorku zařazena. Míra, kterou se touto mimořádnou situací materiály zabývají, je velice odlišná. V ojedinělých případech rozlišují poskytnuté písemné materiály postup při zjištění:

- že je některý z klientů intoxikován,

- při nalezení návykové látky v prostorách zařízení,

- oznámení o její distribuci.

V současnosti zákon školským zařízením přímo neumožňuje testování na návykové látky, toto může provést pouze zdravotník, policista nebo samo dítě. O každém zjištěném zneužití návykové látky je nicméně vyhotoven písemný zápis.Dále je o této skutečnosti informován vedoucí pracovník nebo ředitel zařízení, objevila se také povinnost informovat etopeda zařízení, který situace následně přejímá do svého řešení. V materiálech se dále vyskytuje povinnost informovat o této události PČR, OSPOD a v některých zařízeních také zákonné zástupce. V některých vnitřních řádech byl zaznamenán metodický postup zahrnující prioritní zabezpečení zdraví dítěte, v případě nutnosti přivolání lékaře, zabránění v dalším užívání, zajištění návykové látky, testování, následné informování vedoucího pracovníka, písemný záznam o události a následné informování PČR a zákonných zástupců. Vyústěním celého procesu je ve všech zařízeních vyvození důsledků podle vnitřního řádu zařízení, obvykle odejmutí některých výhod.

**Agrese klienta**

Druhou nejčastěji zpracovanou mimořádnou situací je agresivní chování klienta. Tuto situaci v poskytnutých materiálech upravuje osm zařízení z celkem devíti, která na analýze podkladů k mimořádným situacím spolupracovala. Většina materiálů se soustředí na konkrétní postupy při práci s agresivním klientem a postihuje základní metody práce v této mimořádné situaci formou návodu. Některá ze zařízení k tomu mají navíc zpracován také technický postup, který uvádí, v jakém pořadí, koho informovat a kam po zklidnění situace událost zaznamenat. Některá zařízení zmiňují možnost dítě umístit do oddělené místnosti na dobu nejdéle 48 hodin za účelem stabilizace jeho psychického stavu a podrobně popisují, jakým způsobem se s touto situací nakládá.

Agresivní chování

Základními uváděnými momenty v postupu jsou: pokus o zklidnění psychologickými prostředky, zajištění bezpečí svého, ostatních klientů i agresivního klienta, v případě nutnosti přivolání ostatních kolegů, PČR, RZS, zaznamenání události a následné vtažení do dalšího řešení odborného personálu, jako je etoped nebo psycholog.

Jako příklad dobré praxe lze vyjmout následující postupy a zásady:

* Měj u sebe nepřetržitě po celou dobu služby funkční telefon s uloženými kontakty na ústřednu VÚ, resp. na mobily kolegů, policii, záchrannou službu (užitečný zvyk zabezpečující možnost nepřetržitého kontaktu s okolím).
* Zachovej klid a pokus se odhadnout vývoj situace. Krize se obvykle prohlubuje postupně. Než dosáhne maxima, trochu času přece jenom ještě máme.
* Nejsi soupeř neklidného dítěte, ale jeho ochránce. Rozvaha a porozumění jsou tvoje přednosti. Primární cíl krizové intervence je bezpečnost všech osob (včetně agresora) a majetku.
* Vytvoř prostor pro další zklidnění. Uklidnění situace je úlevné především pro neklidné dítě. Při pocitu bezpečí je nižší riziko opakované eskalace. Buď nablízku.
* Výchovné pohovory odlož na později a klidně je předej k dořešení kolegovi. Když nejde věc dořešit dnes, půjde to zítra. Dítě v krizi stejně není připraveno k výchově.
* Vytvoř únikovou cestu pro agresora i pro sebe. Útok zesílí, když nelze uniknout.
* Zabezpeč okolí. Osoby i majetek. Ostatní členy skupiny pošli na pokoje (publikum často posiluje agresi), zmenši prostor pro destrukci (zavřít pokoje, kanceláře, kuchyni atd.). Odstraň nebezpečné předměty.
* Volej pomoc – kolegy, policii, záchranku.

Šikana

V dokumentech, které byly ústavy poskytnuty k prostudování, bylo toto téma pojednáno spíše méně často, konkrétní postupy při řešení situace byly spíše výjimkou. Všechna zařízení mají podle zákona zpracovaný minimální preventivní plán, který se však o šikaně zmiňuje v popisném slova smyslu a nedává návod, jak postupovat, jestliže se pedagogický pracovník o šikaně dozví. V několika preventivních programech je uvedeno, že tým byl seznámen s programem proti šikaně či krizovým plánem při řešení šikany, nicméně ty nebyly poskytnuty ani tam, kde byla navázána telefonická spolupráce, a je otázkou, zda tedy v písemné formě existují a jak jsou personálu dostupné.

Pokud se vnitřní řády či jiné dokumenty o šikaně zmiňují, doporučují oznámit událost co nejdříve vedoucímu pracovníkovi, který ve spolupráci s etopedem nebo psychologem začne situaci neprodleně řešit. Včasné řešení projevů šikany je z hlediska kvalitního fungování zařízení zcela nutné.

Velmi podrobným a návodným způsobem má krizový plán proti šikaně zpracováno jedno ze zařízení, které popisuje celý proces vedení vyšetřování, vedení rozhovoru s agresory, obětí, svědky i následná výchovná opatření. Zahrnuje také způsob, jakým informovat kolegy, jakým sestavit výchovnou komisi a jakým způsobem následně pracovat s kolektivem. Podobný dokument doporučujeme pro všechna zařízení.

Poškozování majetku zařízení

Poškozování majetku zařízení souvisí úzce se zvládáním agresivního chování klientů, proto většina zařízení neupravuje tuto situaci specificky. Odlišnost lze však spatřovat v tom, že důsledkem takového chování může být nutnost finanční náhrady zničeného majetku, což může následné zpracování situace komplikovat. Výchovný postup vedoucí děti k odpovědnosti, kdy by dítě hradilo zničený majetek např. z peněz, které samo vydělá, je komplikován nutností zároveň legislativně zajistit ochranu dětí před nepřiměřenými tresty nebo nucenou prací. Zde tedy opět nacházíme napětí mezi potřebou ochrany dětí před nežádoucím zacházením a potřebou zajistit prostředky vedoucí děti k odpovědnosti a návratu do společnosti.

**Útěky ze zařízení**

Vzhledem k tomu, že mnohá zařízení nepovažují útěk ze zařízení za mimořádnou událost, nebyl ze všech ústavů poskytnut celý vnitřní řád, který obvykle tuto událost upravuje. Lze se však domnívat, že toto téma mají všechna zařízení zpracované obdobným způsobem. Postup se v tomto případě neliší, a to až na technické detaily, například v tom, kdo vyplňuje příslušný formulář o útěku dítěte.

Při zjištění, že dítě opustilo skupinu, pedagogický pracovník co nejrychleji zajistí bezpečný návrat ostatních dětí do zařízení, které předá jinému vychovateli či asistentu pedagoga, a následně:

* bezprostředně informuje Policii ČR o události;
* neprodleně informuje ředitelku, vedoucí zařízení a sociální pracovnici a jedná podle aktuálních instrukcí nadřízeného;
* vyplní údaje o útěku a pohřešované osobě do PC databáze;
* vytiskne a připraví tyto podklady k dispozici Policii ČR;
* provede záznam o útěku dítěte do knihy *Evidence útěků* a vypracuje podrobný zápis o útěku do PC databáze;
* sociální pracovnice ohlásí písemně útěk příslušnému OSPOD a zákonnému zástupci dítěte;
* po návratu dítěte z útěku provede sloužící vychovatel nebo asistent pedagoga a následně psycholog nebo etoped rozhovor, vše je zapsáno do PC databáze.

**Sebevražedné nebo sebepoškozující jednání**

Problematika sebepoškozujícího nebo sebevražedného chování se až na výjimky nejeví z poskytnutých materiálů být plně zpracovaná. Lze aplikovat pouze některá doporučení, která je možné najít v sekci mimořádných událostí. Častá a totožná formulace ve vnitřních řádech uvádí, že zaměstnanec je povinen: poskytnout první pomoc, zabránit poškození zdraví, informovat vedoucího pracovníka, podle závažnosti zajistit lékařskou pomoc, agresivního jedince oddělit od ostatních dětí, poskytnout individuální péči, zklidnit, v případě nezvladatelné agresivity zajistit lékařskou pomoc, v případě suicidálního pokusu vždy zajistit lékařskou pomoc. Toto minimální zpracování ale nelze považovat za dostačující.

### Opatření ve výchově ve vybraných případech dětí

Tato část zprávy se zabývá opatřeními ve výchově, která jsou fakticky udělována v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy, resp. v dětských domovech se školou a výchovných ústavech. Zaměřuje se na zmapování a analýzu situací, které vedou k udělení opatření ve výchově, na typy udělených opatření, jejich důsledek včetně reakce dětí a rovněž se zabývá případnými možnostmi lepšího zvládnutí podobných situací a možnostmi jejich předcházení. Zpráva čerpá z podkladů dodaných ze čtyř zařízení. Zde uvádíme pouze velice stručný výstup z výzkumu.[[68]](#footnote-68)

Pro analýzu byly v zařízeních vybrány děti s vyšší četností udělených výchovných opatření. Celkem se do této výzkumné části zapojilo dvacet devět dětí, z toho pět dívek. Šetření se také účastnilo zařízení zajišťující výchovně léčebný režim. Analýza nemá ani nemůže fungovat jako vzorek reprezentující běžnou praxi ve výchovných zařízeních. Zaměřujeme se především na smysl a efektivitu jednotlivých výchovných opatření ve vztahu k těžším projevům poruch v chování.

**Pozadí analyzovaných opatření**

Do výzkumu byla zapojena čtyři zařízení, dva koedukované dětské domovy se školou a dva výchovné ústavy pro chlapce, přičemž jeden z nich byl výchovně-léčebný. Jedná se tedy o specifická zařízení s klientelou v různém věku.

Ve dvou zařízeních byli do výzkumu zařazeni chlapci ve věku šestnáct až devatenáct let, v dalších dvou pak dívky a chlapci ve věku dvanáct až patnáct, resp. třináct až šestnáct let. Všichni aktéři byli v zařízení nejméně šest měsíců, nejdéle se jednalo o dobu šesti a půl let. Ve výchovných ústavech byla průměrná délka pobytu shodně devatenáct měsíců, v dětských domovech se školou pak dvacet pět a čtyřicet jedna měsíců.

Zatímco v zařízení s výchovně-léčebným režimem mělo každé dítě uvedeny minimálně tři diagnózy spadající pod poruchy duševní a poruchy chování (kategorie F podle MKN-10) a v dalším ze zařízení minimálně dvě diagnózy, v dalších dvou zařízeních byly některé děti zcela bez diagnóz a u zbytku se povětšinou jednalo o jednu poruchu či onemocnění. V zařízení s výchovně-léčebným režimem byla zastoupena nejčastěji lehká mentální retardace, a to u devíti z deseti dětí, následována některou poruchou spadající pod poruchy chování a emocí se začátkem v dětství. Tyto druhy poruch pak byly nejčastěji zastoupeny shodně i v ostatních zařízeních.

Jako hlavní problém dětí z pohledu zaměstnanců zařízení byla shodně ve všech zařízeních nejčastěji uváděna agresivita, což odpovídá výzkumnému vzorku dětí se závažnějšími projevy poruch v chování, četně bylo zastoupeno také zneužívání návykových látek, krádeže a také impulzivita (či nepřiměřená afektivní reakce). U jednoho z dětí bylo jako hlavní problém vedoucí k opatřením ve výchově uvedeno odmítání spolupráce s psychologem. Toto samo o sobě poukazuje na skutečnost, že označení „výchovné opatření,“ které se ze zákona souhrnně používá pro podstatnou část intervencí ze strany zařízení, není v některých případech vhodné a může vést k prohlubování opozice mezi dítětem a zařízením.

Nejčastěji, a to ve třech vybraných zařízeních, která pečují o děti s výraznějšími projevy poruch v chování, bylo důvodem k udělení opatření ve výchově fyzicky agresivní chování. Jedno zařízení se nicméně zbytku vzorku zcela vymyká, byla v něm zaznamenána pouze jedna situace, kdy došlo k agresivnímu chování, a to konkrétně k ničení majetku. Otázkou zůstává, zdali můžeme vysvětlení hledat v odlišnosti klientely, dovednosti pracovníků zvládat vypjaté situace, častěji tráveném času mimo zařízení, nebo zdali tenzi chlapci řeší spíše útěky či zneužíváním návykových látek, což byly nejčastěji se vyskytující fenomény v tomto zařízení vedoucí k udělení opatření ve výchově a byly zde zastoupeny významně četněji než v ostatních zařízeních. Kromě realizovaného fyzicky agresivního chování byly nejčastějším důvodem k udělení opatření útěky nebo pozdní příchody do zařízení, verbálně agresivní chování a zneužívání návykových látek.

**Situace předcházející udělení výchovných opatření**

Ve dvou zařízeních a v procentuálně v největším množství případů předcházela závadovému jednání interakce s vrstevníkem. Jednalo se o hádky, neplnění požadavků vrstevníka, nezvládnutí negativní zpětné vazby, nespokojenost s chováním vrstevníka a podobně. Podněty jsou i zcela banální, jako například neshoda na charakteristikách auta. V nezanedbatelném množství případů šlo také o manipulaci s vrstevníky, kdy bylo dítě např. navedeno ke krádeži. Ojediněle bylo zaznamenáno, že incidentu předcházela tendence dítěte zkazit ostatním radost či nuda dítěte.

Druhou nejčastěji identifikovanou situací, která předcházela následnému incidentu, bylo odmítnutí ze strany dítěte, a to programů, pokynů vychovatele či plnění povinností (vstávání, hygiena). V jednom ze zařízení byla neochota účastnit se programu, a to zejména ve škole, hlavním spouštěčem konfliktních situací. V jiném zařízení byl spouštěčem konfliktu také nesouhlas s odjezdem na detašované pracoviště.

V dalších důležitých situacích, které mohly vést ke spuštění následného nevhodného chování dítěte, hrála hlavní roli rodina dítěte. Bylo zaznamenáno obdržení nepříznivých informací od rodiny, nemožnost kontaktu s rodinou či stesk po rodině. Dále byly četně zastoupeny momenty spojené s dalšími potřebami dítěte. Pod tuto kategorii spadají projevy, kdy dítě naplňovalo své potřeby sociálně nežádoucím způsobem (např. krádeží, sexualizovaným chováním) nebo kdy silně zareagovalo na nevyhovění jeho potřebám, např. ze strany vychovatele, či na frustraci plynoucí z uvědomění si nemožnosti uspokojit své potřeby.

Méně často byly zastoupeny situace nezvládnutí konfrontace či zpětné vazby na závadové chování dítěte (krádež, lež, porušení pravidel atp.), zažití neúspěchu (např. nepříznivé hodnocení ve škole, prohra v soutěži) či špatná nálada související s uvědoměním si osobních problémů (nepříznivá situace, láska k dívce). Mezi spíše ojedinělé situace předcházející závadovému chování bylo odmítání medikace, pokus o útěk či velmi nestandardní chování s psychotickými rysy.

Ze záznamů bohužel není ani u jednoho zařízení jasné, jakým způsobem se konflikt vyvíjel, co bylo podniknuto k jeho utlumení, jaké byly reakce pedagogických pracovníků před i po incidentu. Geneze a čistě situační spouštěče konfliktů v tomto smyslu neznáme a ze sebraných údajů tedy můžeme spíše usuzovat na obecnější problémy při péči o děti se závažnými projevy poruch v chování, jako jsou nestabilní vrstevnické vztahy, přetrvávající negativní vnímání pobytu v zařízení, nebo přetrvávající problematické vztahy s autoritami. Za zmínku stojí relativně nízký výskyt účelově delikventního chování, jako jsou například krádeže. Z uvedených událostí lze usuzovat především na impulzivní vznik konfliktů a reaktivní formy agrese.

Zejména ve dvou zařízeních jsou popisy situací, které předcházely závadnému chování, velmi mlhavé, nebo je například uveden pouze program, během kterého se incident odehrál. Jedno zařízení se nicméně podle uváděných údajů zcela vymyká. Z údajů tohoto zařízení lze vyvodit, že nejčastěji bylo závadové chování spojeno s pohybem mimo zařízení, a to na dovolenkách, samostatných vycházkách či na útěku. Poměrně často závadovému chování v tomto zařízení také předcházely osobní problémy dítěte, a to většinou vztahového charakteru (problémy s dívkami, chuť trávit s nimi více času). Pouze u desetiny situací hrála roli interakce s vrstevníkem nebo zaměstnancem ústavu. U stejného počtu situací pak nebylo pozorováno nic nestandardního. Profil zařízení ukazuje na nízký výskyt agrese v zařízení, ale současně i na přetrvávající potřebu dětí hledat jiné únikové mechanizmy, a to zejména v užívání návykových látek. Je třeba brát v potaz hypotézu, že zvládání agrese, předcházení konfliktům a jejich bezprostřední zvládání tak samo o sobě nestačí(byť zajišťuje klidnější chod zařízení i přívětivější prostředí pro rozvoj dítěte a je nutnou podmínkou hlubší práce s dětmi)**.** Agresivní akty mohou mimo jiné fungovat jako únikové strategie, jejich absence se tak poté paradoxně může negativně projevovat v jiných oblastech. Na generalizované závěry byl nicméně do šetření zahrnut příliš malý vzorek zařízení.

Obecně také můžeme identifikovat množství situací, kdy dítě jednoznačně vyžaduje podporu (stesk po rodině, problémy s dívkou nebo celkové uvědomění špatné situace, jednání s psychotickými rysy), situace přesto z blíže nezachycených důvodů končí konfliktem a oficiálním „výchovným opatřením.“ Lze tak identifikovat, že v situacích, kdy by měl být dítěti poskytnut pocit bezpečí a podpora, může docházet k prohlubování citové deprivace dítěte a konflikt mezi dítětem a jeho pečovateli se také může prohlubovat. Možnost využít vztahu při krizi, případně vztah posilovat poskytnutím podpory dítěti následkem tohoto není plně využívána.

**Udělená opatření**

Zařízení A

V tomto zařízení docházelo u jednoho výchovného problému v nadpoloviční většině případů udělení dvou nebo více postihů. Z opatření ve výchově, jak je stanovuje § 21 zákona č. 109/2002 Sb., bylo nejčastěji uděleno záporné hodnocení, v některých případech děti přišly o možnost zúčastnit se atraktivní činnosti.

Kromě zákonem stanovených opatření přistupovalo zařízení nejčastěji k realizaci výchovných pohovorů. Explicitně uvedeny byly téměř ve čtyřiceti procentech případů. Jednalo se většinou o pohovory s vychovateli, v některých případech i s psychologem, ojediněle také s ředitelem zařízení či jeho zástupcem. Mezi další užívaná opatření patřilo také přidělení k jiné skupině, přičemž z materiálů není zřejmé, co to konkrétně znamenalo, případně zda se dítě vrátilo zpět. V desetině situací byla důsledkem nežádoucího chování i aplikace neklidové injekce přivolaným lékařem. Jedním z opatření byl také zvýšený dohled odborných vychovatelů.

Mezi další opatření patří: přestěhování na jiný pokoj, izolace od vrstevníků, vrácení ukradené věci či náhrada škody, omluva vychovateli, předčasný návrat z akce do zařízení, zákaz používání počítače, posun návštěvy matky či předčasné ukončení návštěvy opatrovnice. Zařízení udělilo také několik opatření „ušitých přímo na míru“ – jednalo se např. o umožnění nákupů pouze v přítomnosti vychovatele. Z dat je zřejmé, že jedním z opatření bylo také předčasné ukončení výuky (tj. vykázání z výuky), otázkou samozřejmě zůstává, zdali dítě tuto skutečnost vnímalo jako nevýhodu a zda mělo toto opatření vůbec fungovat jako sankce. Ve třech případech došlo také k vytvoření zápisu, není však zřejmé, co toto opatření pro dítě konkrétně znamená.

Vychovatelé spíše ojediněle podávali na základě proběhlých událostí informace také lékařům (resp. sexuologům) se žádostí o zvážení navýšení medikace, OSPOD, zákonným zástupcům, státní zástupkyni a případně také Policii České republiky.

Zařízení B

V tomto zařízení byl ve třech čtvrtinách případů udělován jen jediný postih. Z opatření ve výchově, jak je stanoví § 21 zákona č. 109/2002 Sb., bylo nejčastěji využíváno omezení nebo zakázání samostatných vycházek, ke kterému došlo v nadpoloviční většině případů. Jednalo se buď o zákaz na určitou dobu (nejčastěji na dobu jednoho až tří dnů), nebo o jejich zkrácení (např. na hodinu denně). Z ostatních v zákoně explicitně zmíněných opatření ve výchově pak už byl zastoupen pouze šestiprocentní podíl situací omezení na výhodách a jednou byla dítěti odejmuta možnost účastnit se atraktivní činnosti.

Dále bylo v zařízení poměrně často, zhruba v jedné čtvrtině situací, využíváno jako důsledek závadového chování sepsání dokumentu nesoucího název „zahájení jednání o změnách“, což by se dalo přirovnat k podmínečnému potrestání, tj. potrestání, které nastane v případě, že bude porušena některá z vyjmenovaných podmínek. Toto opatření se ukládalo na určitou dobu (většinou jednoho měsíce) a důsledkem případného porušení daných podmínek bylo povětšinou přemístění na určitou dobu na detašované pracoviště zařízení. Ve čtvrtině těchto případů (tj. šestnáctině z celkového počtu) opravdu k dočasnému přemístění na detašované pracoviště došlo.

Z dalších, již méně často využívaných postihů byla zastoupena povinnost účastnit se programů na oddělení. Ojediněle pak došlo ke zrušení či zkrácení dovolenky, nedoporučení dovolenky či podmínce okamžitého návratu z prázdninové dovolenky v případě opakovaně pozitivních testů na návykové látky. Dále bylo mimořádně uvedeno absolvování výchovného pohovoru, zákaz používání X-boxu nebo povinnost uhradit škody či nahradit praxi.

Zařízení C

V tomto zařízení bylo téměř v šedesáti procentech případů přistoupeno ke dvěma výchovným opatřením. Nejčastěji, téměř ve třech čtvrtinách případů, následoval zákaz akcí tzv. za odměnu (např. návštěva kina, výstavy apod.), v těsném závěsu omezení či zákaz samostatných vycházek a se značným odstupem snížení kapesného.

Tato tři opatření byla mezi sebou často kombinována. Nejčastěji, a to v necelé třetině situací, se jednalo o kombinaci omezení samostatných vycházek a zákazu odměnových akcí, v pětině pak o zákaz samostatných vycházek i odměnových akcí. V menším množství případů narážíme na jiné kombinace opatření. Pouze ojediněle vedlo závadové chování v důsledku k hospitalizaci.

Zařízení D

V tomto zařízení se v drtivé většině případů jednalo o jediný postih. Nejčastějším opatřením ve výchově podle zákona, které bylo za závadové chování udělováno, bylo omezení samostatných vycházek. Toto omezení následovalo po téměř polovině prohřešků. Lišilo se v délce omezení, kdy nejčastěji se jednalo o omezení na patnáct dnů.

Dalším hojně užívaným opatřením byl zákaz používání PC, případně TV nebo obojího naráz, k čemuž došlo ve čtyřiceti procentech situací. Opět se lišila délka zákazu, která se pohybovala v rozpětí od dvou do patnácti dnů.

Třetím nejčastějším důsledkem nevhodného chování bylo odejmutí možnosti účastnit se atraktivní činnosti. Kromě těchto četně využívaných opatření byla zastoupena také opatření specifická, související s konkrétním chováním dítěte, kdy se jednalo např. o ukončení docházky do školy mimo zařízení a započetí studia ve škole při zařízení či k předání věci k řešení Policii ČR, a tedy následnému zahájení vyšetřování.

Shrnutí udělovaných opatření a interpretace:

Vůbec nejčastěji používaným výchovným opatřením je omezení nebo zákaz samostatných vycházek. Podle výše uvedených údajů se zařízení s výchovně léčebným režimem z tohoto vzoru vymyká. Struktura opatření v tomto zařízení pravděpodobně odráží specifické potřeby klientů, kdy jde spíše o reorganizaci času a péče, případně snahu o výchovnou interakci s dítětem než o něco, co by mělo být z pohledu vychovatele chápáno jako motivační opatření. Z analýzy opatření napříč ostatními zařízeními zůstává nejasné, kde jde v případě opatření, jako je omezení vycházek nebo zákaz atraktivní činnosti, o logický a důsledek jednání, který na prvním místě zajišťuje bezpečí dítěte (například pokud existuje podezření, že dítě na vycházce užije drogy), a kde jde primárně o restriktivní opatření ve smyslu trestu.

Jako výchovná opatření (byť nikoliv tzv. “opatření ve výchově” podle zákona 109/2002 Sb.) jsou označována i opatření, která musí být prováděna striktně v souladu s faktickými potřebami dítěte (zejm. intervence psychiatra, přeřazení v rámci školských zařízení, snížení kontaktu s rodinou) a která nesmí být chápána ani používána jako sankce, neboť situaci dítěte v případě neuvážené aplikace z dlouhodobého hlediska komplikují, nebo dokonce prohlubují deprivaci dítěte.

To, že se tato opatření v současnosti označují shodně jako opatření výchovná, je v některých případech dáno podobou zákona o výkonu ústavní péče. Doporučujeme v tomto smyslu revizi – jednoznačnéoddělení opatření motivačních (výchovných) od opatření zajišťujících vhodnou formu péče o dítě. Zařízení v současnosti musí při ochraně dítěte nebo zajišťování jeho zájmů (např. omezení vycházek, zákaz internetu) používat de iure stejná opatření, jako v případě omezení ve smyslu postihu, kdy jde o následek neplnění povinností. Dítě tak může být symbolicky trestáno například i v případě, kdy se mimo zařízení či na internetu stává obětí nevhodného chování rodičů nebo jiných osob.Nařízení vedoucí k ochraně dítěte nebo jeho zařazení do vhodnějšího režimu by měla být důsledně a zřetelně oddělena od opatření, která fungují ve smyslu odejmutí výhod při neplnění povinností. I tak umožníme, aby byla zařízení vnímána dětmi tak, že se pozitivně zaměřují na jejich potřeby, nikoliv především na postihování přestupků.

Jestliže by se opatření, která mají vést k zajištění péče o dítě, jako sankce používala, je to fakticky v rozporu s právem dítěte i jeho zájmy. Tuto skutečnost nelze bagatelizovat ani pomíjet a je třeba zajistit vnitřní kontrolní mechanizmy zařízení tak, aby k podobným excesům docházelo co nejméně. K přestupkům je v takových případech třeba přistupovat nekompromisně. Možnost zneužívání některých opatření zároveň vnitřně souvisí se současnou potřebou upravit možnosti zařízení tak, aby dětem v maximální možné míře zajišťovalo rozvoj a důstojnost, a zároveň dětem zajistit jasné mantinely chování, které poslouží ochraně dětí i zaměstnanců.

**Reakce dítěte**

Děti reagovaly na opatření ve výchově různě, ve velké většině případů však můžeme jejich reakci označit jako negativní, sociálně nepřijatelnou a okolí ohrožující. Zejména ve dvou zařízeních byla obvykle zaznamenána zlost dětí a vztek, který se někdy projevoval fyzicky agresivním chováním (např. ničením vybavení zařízení, výjimečně také fyzickým útokem na vrstevníka), vyhrožováním (zejména sebepoškozením, pokusem o sebevraždu, útěkem nebo agresivním chováním vůči druhým). Ojediněle děti opustily program. Do negativních reakcí byly dále řazeny zejména vulgární reakce a dále reakce plné negativismů, vyhrožování, výsměchu, popírání či lhaní. Zaznamenány byly také nepřátelské reakce k vrstevníkům i k dospělým a obviňování dospělých, podpořené, řečeno slovy dotčených pracovníků, „nadřazeným vystupováním“. Zde nicméně při interpretaci výpovědí nesmíme opomíjet fakt, že ze strany pracovníků může z logiky věci k nevhodnému chování a zásahům opravdu docházet. Nespokojenost dítěte, ať už se projevuje jakkoliv, nemůže být automaticky vykládána jako nevhodné chování dítěte. V tomto je třeba trvat na zajištění vnitřních kontrolních mechanizmů zařízení. Při nevhodných intervencích skutečně dochází k posilování negativních projevů dítěte, což by ale v takovém případě byla chyba pracovníka, ne dítěte.

V několika případech pracovníci zmiňovali, že ze strany dětí došlo také k odmítání či ignoranci sankcí, porušování uděleného zákazu a dalším podvodům a také k pokračování v předchozím chování. Pouze výjimečně po vulgárním chování k dospělým, lživém a podvodném jednání následovala po zklidnění od dotyčného omluva dospělému a snaha o navázání spolupráce (učit děti spolupráci a sebereflexi je nicméně odpovědností pracovníků, z čehož plyne, že podobné chování u dítěte nesmí vést k vědomému či nevědomému prodlužování konfliktu či kumulaci sankcí ze strany personálu). V některých situacích nebylo při pozorování projevů dítěte zřetelné a na první pohled zřejmé, co v nich udělení opatření vyvolalo. Navenek děti působily, že je jim udělení opatření lhostejné, a žádné výrazné projevy chování ani emocí nebyly pozorovány. Mezi zmiňované negativní reakce patřil také pláč nebo účelové jednání, je ovšem otázkou, v čem jsou tyto projevy negativní a v čem naopak projevem normálním. Právě v reakcích dětí ze zařízení C byl obecně velmi často zmiňován výskyt účelového chování. Ani takové záznamy by nicméně neměly vést k jednostranným a plošným interpretacím, ale naopak k otázce, jaké kroky lze pro zlepšení podniknout.

Ve všech zařízeních jsme se nicméně setkávali s občasným přijetím opatření, uznáním vlastní odpovědnosti na straně dítěte nebo dokonce s vděkem za vyřešení situace. V jednom zařízení, které se obecně vymyká nízkým výskytem agresivního chování, byla reakce dítěte považována v nadpoloviční většině případů za příznivou a následně došlo k přijetí opatření. U zhruba třetiny případů byla reakce označována jako negativní, pouze u šesti procent případů byla tato negativní reakce zlostná nebo přímo agresivní.

Nízký výskyt agrese v jednom z výchovných ústavů jednoznačně koreluje i s lepším přijímáním výchovných opatření. V tomto zařízení jsou také sankce ve většině případů udělovány podmínečně. Schopnost internalizace pravidel dětmi podle našeho vzorku nekoreluje s přísnými sankcemi, ale obecně s nízkou hladinou ostřeji restriktivního a také agresivního chování. V zařízení s výchovně-léčebným režimem, kde nacházíme větší množství diagnóz a těžké agrese v anamnézách, byla naopak agrese nejčastější reakcí na udělené výchovné opatření. To může být naopak dáno již problémy, se kterými děti přichází, nikoliv režimem zařízení ani formou sdělování.

**Možnosti lepšího zvládnutí situací a předcházení kritickým situacím**

V podstatě všechna zařízení uvádí, že situace by bylo možno zvládat lépe, pokud by došlo k posílení personálu, například o odborné pracovníky a asistenty. V zařízení s výchovně-léčebným režimem je s tímto spojen i druhý nejčastěji se vyskytující se požadavek, a to na snížení počtu dětí ve skupině ze současných osmi na polovinu. Vyskytoval se také požadavek na zdravotnický personál, ojediněle také na lepší spolupráci se zdravotnickým zařízením nebo se školou.

U značného množství případů, zejména v zařízení s výchovně-léčebným režimem, bylo uvedeno, že situace by byla lépe zvládnuta v případě, že by byly splněny jisté podmínky, které jsou ale zařízením těžko ovlivnitelné. Většinou se jednalo o změnu chování rodiny (např. častější osobní či telefonický kontakt, možnost dětí jezdit na dovolenky), změnu chování dítěte (např. kdyby dítě dodržovalo pravidla, kdyby bylo jeho chování více předvídatelné atp.) a také společenské změny (například kdyby nebyly sociální rozdíly).

Dalším častým požadavkem bylo zajištění včasné a stabilní individuální terapie pro děti.

Zejména u dvou zařízení je velký zájem pracovat na přístupu personálu k dětem. Zaměstnanci vnímají, že je zde prostor pro zlepšení, a že řadu situací by bylo možné lépe zvládnout v případě větší připravenosti zaměstnance, pozitivního přístupu, ochoty ke kompromisu nebo dřívějšího zájmu o dítě (než nastane konflikt). Existuje nicméně také řada situací, kdy mají zaměstnanci pocit, že došlo k vyčerpání veškerých možných přístupů, a přesto se situaci nepodařilo změnit.

Zjištění z této sekce se do jisté míry prolínají se zjištěními z předcházejících oblastí. Nejčastěji je zmiňováno, že pro neopakování situace, která vedla k výchovnému opatření, je nutné posílit personál, resp. jeho dovednosti a schopnosti. Předcházení situacím je také spojováno s intenzivnější individuální prací s dětmi, posílení pozice etopedů a zajištění psychoterapie. Často je též zmiňována potřeba vhodnější diagnostiky a promyšleného umisťování dětí (zejména u těžších poruch chování nebo závislostí) a také potřeba změny přístupu. Ta by měla spočívat v intenzivnější práci s rodinou. Za nutné zaměstnanci považují posílení mezioborové spolupráce, a to se soudy, zdravotnickými zařízeními, s policií i s pracovníky v gesci MPSV. Pouze ojediněle je za řešení považováno zvýšení možností sankcí. Také se vyskytují i návrhy na zlepšení motivace dětí a zařazení vhodnějších aktivit do programu.

# **Závěry**

V rámci všech čtyřech způsobů sběru dat, ze kterých terénní výzkum čerpal (kazuistiky, rozhovory, krizové plány, výchovná opatření), nalézáme opakující se témata. Pro přehlednost jsou závěry rozděleny do následujících oblastí:

* Regulace projevů silných negativních emocí
* Zneužívání návykových a omamných látek
* Posilování sebevědomí a motivace dítěte
* Práce se skupinou a socializace
* Terapeutická a psychiatrická péče
* Rodinné prostředí
* Vymahatelnost práv dítěte
* Organizační zajištění

V návaznosti na závěry výzkumu jsou stručně nastíněny možnosti dalších postupů a oblastí, na které by bylo vhodné z odborného a organizačního hlediska upřít pozornost. Při interpretaci dat je třeba mít na paměti, že šlo především o výzkum kvalitativní, který měl podchytit konkrétní obtíže při péči o děti s výraznějšími problémy v chování, delikvencí a kriminalitou v anamnéze v prostředí ústavní výchovy, a to pouze ve čtyřech zařízeních ÚV/OV s nejnáročnější klientelou (vyjma oddělení EPCHO), čímž je celkový obraz ÚV/OV zařízení výrazně negativně zkreslen.

## Výstupy výzkumu

### Faktické závěry výzkumu

Regulace projevů silných negativních emocí

Jako nejproblematičtější je obecně vnímáno agresivní chování dětí. V popisu osobnosti je standardně popisována impulzivita, emoční oploštělost a emoční nestabilita, projevy nesocializovaných poruch chování, a to ve výraznější míře v DDŠ (tedy u dětí mladších) nebo u dětí, které byly do VÚ přemístěny z jiného zařízení ústavní výchovy. Ačkoliv se podle kazuistik i referencí zaměstnanců daří děti učit, jak lépe zvládat agresi, a děti v zařízeních nabývají některé sociální dovednosti, jejich prognóza pro další život mimo zařízení zůstává nejistá a návrat do prostředí mimo zařízení může jednoduše vést k původním maladaptivním vzorcům chování.

Trvalým důležitým faktorem je obecně konflikt svěřených dětí s autoritami, který vychází již z rodinných charakteristik. Pedagogičtí pracovníci upozorňují na zlost, která je v dětech nakumulována již při příchodu do zařízení, a na potřebu postupů, jak s touto zlostí pracovat dříve, než se začne projevovat agresí dítěte. Zaměstnanci zdůrazňují potřebu jednotného přístupu k dětem, kdy pečující osoba má být vnímána jako podporující a přátelská, nikoliv hodnotící a trestající. Přijetí konfliktu dětí s autoritami jako přirozené součásti obtíží, s nimiž se dítě potýká, bylo explicitně označeno za důležitou podmínku konstruktivní práce s dítětem. Mezi další faktory předcházející konfliktům jsou řazeny funkční vztahy v zařízení, primární prevence, intervize, supervize, genderová vyváženost personálu, kvalitní krizové plány a také lepší motivace dětí.

Zaměstnanci upozorňují na nutnost trvalého zájmu o dítě, který mimo jiné umožní včas identifikovat příznaky napětí u dítěte a předejít tak konkrétnímu konfliktu. Kromě znalosti krizových postupů je tedy třeba i aktuální vcítění do dítěte v krizi. Je zdůrazňována potřeba poskytnout dítěti možnost ventilace agrese bezpečnou cestou. Jako funkční pro tlumení rozvíjejícího se konfliktu je označována řada strategií jako např. zajištění klidu pro dítě i zbytek skupiny (aby ostatní nepřihlíželi nepohodě dítěte projevované agresivním chováním) nebo odložení racionálního řešení konfliktu na dobu, kdy odezní emoce. I v konfliktní situaci má být zaměstnanec spojencem dítěte, nikoliv nepřítelem. Jako zcela neúčinné postupy, které vedou k eskalaci konfliktu, jsou označovány nevhodné vyžadování autority, křik, moralizování a vyhrožování. Zároveň zaměstnanci situaci popisují způsobem, podle kterého lze usuzovat, že v tomto smyslu nemusí být dosud poměry dostatečně upraveny.

Nejistota pracovníků nebo nevhodně zvolená intervence může podle výzkumu vést kromě eskalace agrese a napětí také k neopodstatněným zásahům PČR nebo RZS. Trvání na dysfunkčních strategiích je některými zaměstnanci popisováno spíše jako projev osobní nevyzrálosti pracovníka nebo nejistoty dané osoby než jako postoj založený v racionálním vyhodnocení situace. V tomto kontextu je zmiňována potřeba, aby zaměstnanci především zvládali své vlastní negativní emoce. Je zdůrazňována nutnost podpory profesního a osobnostního rozvoje v této oblasti a systémové podpory psychohygieny zaměstnanců zařízení. Plány pro řešení krizových situací se napříč zařízeními značně odlišují a obvykle neposkytují pro zaměstnance dostatečný opěrný materiál. Výcvik v krizové intervenci není samozřejmostí. Zaškolování nových pracovníků v této oblasti probíhá nerovnoměrně.

Z organizačního hlediska funguje jako prevence agrese realizace aktivit dětí mimo uzavřené prostředí zařízení. Obzvláštní pozornost je třeba věnovat citlivým obdobím kolem Vánoc, prázdnin a návštěv v rodinách.

Není zřejmá souvislost mezi četností užití výchovných opatření dle zákona 109/2002 Sb. a celkovým zvládáním agrese dětí v zařízeních, naopak nejmenší projevy agrese jsou v zařízení, kde jsou restriktivní výchovná opatření užívána uměřeně a kde jejich užití předchází řada kroků, na základě výzkumu se nicméně nedá vyhodnotit příčina této skutečnosti. Hodnotící, taxativní motivační systémy zároveň často tvoří základní písemné vodítko pro práci s agresivními a jinými negativními projevy dětí, efektivita tohoto přístupu není nicméně jasně doložena. Jednoznačně vymezená pravidla, přičemž se nemusí jednat pouze o tzv. opatření ve výchově podle zákona, jsou nicméně pozitivem a jsou ve výzkumu opakovaně oceňována i dětmi.

Sebepoškozování dětí, které směřuje k získání pozornosti dospělého, je primárně chápáno spíše jako manipulace. Prevencí této maladaptivní strategie je v zařízeních spíše hrozba trestu. Sebepoškozování, které je pochopeno jako směřující k uvolnění napětí, které je chápáno jako reakce na pocity viny apod., je považováno za diametrálně odlišný typ, který vyžaduje vážnou pozornost personálu.

Z analýzy výchovných opatření nejsou zřejmé bezprostřední spouštěče závadového chování, geneze konfliktů není zachycena. Může se jednat o krizi dítěte, reakci na bezprostřední stres, instrumentální (predátorskou) agresi, o projevy poruchy v chování v nejširším slova smyslu, ale i o nepřiměřené chování personálu.

U všech zařízení mělo umístění pro děti výrazně stabilizační efekt a tedy i přes registrovaná negativa lze souhrnně hovořit o tom, že umístění je pro děti zřetelným přínosem oproti setrvávání v závadovém až patologickém rodinném prostředí.

Zneužívání návykových a omamných látek

Zneužívání návykových látek je označováno jako druhý nejzávažnější problém po agresivním chování. Zajímavou skutečností je, že v našem výzkumu v zařízení, kde byla celkově velmi výrazně nižší hladina agresivního chování u dětí, se projevovala naopak vyšší míra zneužívání návykových látek.

Všudypřítomným problémem je kouření, kdy zaměstnanci vnímají velmi omezené možnosti, jak děti v této oblasti ovlivnit, zejména proto, že je třeba se soustředit na závažnější a akutnější problémy (např. neeskalovat agresi dítěte, které je závislé na nikotinu, tím, že je mu droga odepřena).

Na dovolenkách je nejčastějším problémem konzumace alkoholu, která může být v rodině přímo či nepřímo podporována, nebo naopak ve spojení s dalšími faktory vede k situaci, kdy rodina dítě odmítá kvůli zneužívání návykových látek brát na dovolenky. Ve výzkumu jsou zmiňovány případy, kdy se dítě vrací intoxikované (alkohol, pervitin) po návštěvě rodinného prostředí a zaměstnanci v tomto ohledu deklarují značnou bezradnost.

Zaměstnanci zmiňují trend obstarávání návykových látek pomocí internetu, tyto případy se nicméně nedaří prokázat a ani tedy případně provést vhodnou intervenci.

Podezření na akutní intoxikaci se ve zkoumaných zařízeních důsledně řeší (RZS, PČR, potrestání dítěte), nenarážíme nicméně na konkrétní programy cílené na práci se závislostním problémem dětí nebo cílené na práci s dětmi, které s návykovými látkami experimentují a tyto programy nejsou systémově podporovány. Zdravotnická zařízení přitom v drtivé většině případů nabízí pouze akutní detoxikaci.

Posilování sebevědomí a motivace dítěte

S deklarovanou demotivací dětí může souviset zřetelný negativní obraz pobytu v zařízení, kdy zařízení je dětmi s delikvencí a kriminalitou v anamnéze primárně vnímáno jako místo, kde jsou za trest, kde musí pobyt nějak přečkat apod. V rozhovorech s dětmi významně vynikají internalizované pocity viny u dětí, kde oslovené dítě primárně sebe popisuje jako selhávající (zatímco z hlediska anamnézy ve výzkumu vždy selhávají primární pečující osoby, případně je dítě již z náhradní rodiny či pěstounské péče), a pobyt v zařízení je dětmi spíše vnímán jako stigma či trest než jako příležitost pro nové osobní směřování. Postoj externistů k dětem umístěným do výchovného zařízení může být podle tvrzení pedagogických pracovníků negativní a odmítající. Dítě následkem takového obecně negativního vnímání umístění do zařízení ÚV/OV může být dále fixováno do role budoucího „problémisty, kriminálníka či delikventa“. V některých analyzovaných případech je dalším faktorem komplikujícím práci s dítětem časté střídání pečujících osob (také mimo síť zařízení ÚV/OV), čímž je dítě opakovaně traumatizováno a snižují se možnosti intervence prostřednictvím navázání osobního vztahu s dítětem.

Motivace dětí primárně probíhá přes hodnotící systémy a systém "opatření ve výchově,” resp. omezení v případě nevhodného chování dítěte podle zákona. Z výzkumu zároveň vyplývá, že přísnější výchovná opatření nemusí souviset se zlepšováním projevů dítěte. Není také zřejmé, nakolik se zaměstnanci zaměřují na negativní projevy dítěte, případně více na již proběhlé konflikty mezi dětmi, a nakolik na způsoby, jak konfliktům předejít a na pozitivní motivaci, což je dáno již designem výzkumu a pozitivní motivační opatření proto ze šetření a míra předcházení konfliktům v podstatě vypadla. V tomto smyslu by se bylo lze zaměřit například na postupy zařízení, v němž se agresi dětí daří snižovat na minimum a sdílet tuto dobrou praxi. Multiplicita negativních výchovných opatření v reakci na závadové chování v jednom ze zařízení koreluje s horší mírou přijetí opatření a větším množstvím účelového chování u dětí. Kladně je dětmi hodnocena transparentnost hodnoticích motivačních systémů v zařízení.

Jednoznačně pozitivním faktorem je nabízená paleta aktivit pro děti (výtvarné, sportovní, vzdělávací, kulturní, sociální), které můžeme chápat jako tzv. nespecifickou primární prevenci, tj. jako všeobecně zacílený prostředek předcházení problémovému chování. Tyto možnosti jsou dětmi v zařízení oceňovány, podobně jednoznačně děti oceňují materiální zajištění v zařízení, kterého se jim v původním sociálním prostředí nemuselo dostávat. Jako **vysoce** **funkční z hlediska posilování dovedností a sebevědomí dítěte se jednoznačně jeví tzv. zátěžové programy a také výchovné opatření ve smyslu pobytu na detašovaném pracovišti s náročnějším režimem**. Cílené programy ve smyslu specifické, selektivní, indikované (tj. primární) nebo sekundární prevence jsou přítomny ve velmi omezené míře. Ze strany zaměstnanců je vyjadřovaná potřeba více zacílených programů, pro tyto programy nicméně v současnosti neexistuje systémová podpora a zařízení jsou při jejich tvorbě limitována omezenými finančními a personálními kapacitami.

Volnější pravidla pobytu v zařízení a možnost čerpání vycházek byly dětmi v rozhovorech pravidelně oceňovány, stejně jako možnost trávit čas doma. Jako jednoznačná motivace pro děti funguje také možnost posunout se do komfortnější části zařízení nebo přejít do volnějšího režimu v rámci pobytu.

V oblasti vzdělávání existuje neshoda mezi perspektivou pracovníků, kteří u dětí vnímají nízkou motivaci ke vzdělávání a problematičnost dětí ve školním prostředí, děti naopak často prezentují své studijní ambice a plány do budoucna. Je možné, že existuje prostor pro lepší využití již existující vlastní motivace dětí, nelze nicméně bez dalšího posoudit, nakolik významnou hodnotou pro děti vzdělávání je (a nakolik se například pouze snaží vyjít vstříc hodnotovému žebříčku tazatele).

Ústup od represivních přístupů k dětem není dle některých výpovědí vyvážen dostatečnou odbornou a personální podporou pro zařízení, což omezuje možnosti motivace dětí nezávislé na taxativním hodnotícím systému. U (auto) agrese, zneužívání návykových látek, u případů, kdy je dítě obětí trestné činnosti nebo trestnou činnost páchá, se plošné zmírňování restriktivních opatření dostává do přímého konfliktu s potřebou chránit dítě nebo jeho okolí. Motivace dětí je na druhou stranu zmiňována jako faktor, který preventivně působí proti těmto negativním projevům dítěte.

Z rozhovorů s pracovníky vyplývá, že posilování pozitivního sebepojetí dítěte a rozšíření perspektiv dítěte do budoucna považují za důležitou podmínku dlouhodobých pozitivních změn v chování. V oblasti motivace zároveň bývá vyjadřována bezradnost. Lze tedy dovodit, že zaměstnanci by rádi dětem nabízeli silnější pozitivní motivaci, najít konkrétní efektivní postupy je ale náročné.

Závažným problémem, který může vést k dlouhodobé demotivaci dětí a posilování jejich negativního sebeobrazu, je nejasné oddělení opatření, která mají vést k ochraně práv dítěte, od opatření motivačních, ve smyslu negativní motivace dítěte. Opatření ve výchově, např. zákaz vycházek, jsou vedena nerozlišeně bez ohledu na příčinu omezení dítěte (tedy např. účelově manipulativní chování může být z hlediska dítěte ohodnoceno stejně jako situace, kdy se dítě chová nevhodně následkem osobní krize či problémů v rodině nebo kdy existuje podezření, že by mohlo být mimo zařízení poškozeno). Existuje také podezření, že mohou existovat případy, kde opatření, která by měla být užita pouze na základě jednoznačně odůvodněné potřeby dítěte (hospitalizace, zásah psychiatra, přeřazení do jiné výchovné skupiny, změna školy, omezení kontaktu s rodinou), jsou užívána ve smyslu výchovného opatření. Zároveň možnosti ochrany dítěte v případě jeho ohrožení mimo zařízení jsou vysoce limitované.

V jednom ze zkoumaných zařízení lze hovořit o nedostatečné identifikaci situací, kdy je na místě dítěti v krizi poskytnout podporu namísto represivního přístupu (stesk po rodině, jednání s psychotickými projevy, uvědomění vlastní špatné situace na straně dítěte). Krizové situace nemusí být dostatečně využívány k posílení odolnosti dítěte a k budování pozitivního vztahu k vychovateli. U některých výchovných opatření také není zřejmé, jaký smysl a cíl ve vztahu k dalšímu rozvoji dítěte měly.

V jednom ze zkoumaných zařízení se děti jednoznačně daří motivovat k dodržování pravidel a sociálních norem v rámci zařízení při současné minimalizaci negativních motivačních opatření (trestů). Ta také ve většině případů, kdy jsou užita, jsou dítětem i akceptována a nevedou k následným agresivním nebo jiným závadovým projevům.

Práce se skupinou a socializace

Ve výzkumu lze konstatovat relativně nízký důraz na skupinovou práci s dítětem a jeho vrstevnickou socializaci, ta se odehrává na skupinových sezeních dětí (pracovníci občasně zmiňují nácvik komunikace, řešení konfliktů, dávání zpětné vazby), z výzkumu není nicméně zřejmé, nakolik je samozřejmostí při běžných aktivitách v zařízení. V oblasti spolupráce dětí například ve školním prostředí nebo při běžných aktivitách v zařízení lze předpokládat určitý prostor pro zkvalitnění péče. Úroveň práce se skupinovou dynamikou a úroveň nácviku sociálních dovedností není z výzkumu zřejmá.

Nenacházíme výraznější zmínky o aktivitách zacílených na socializaci dětí v jejich blízkém okolí mimo zařízení, ačkoliv zapojení dítěte do sociálních skupin mimo původní, často patologické sociální prostředí, je považováno zaměstnanci za stěžejní a již existují zařízení, která jsou tímto směrem zaměřena. S vysokou pravděpodobností tedy chybí programy v užší spolupráci s ostatními resorty a externími subjekty, zacílené a designované na socializaci dítěte s výrazně delikventními až kriminálními projevy, které by předcházely návratu dítěte k nevhodným vzorcům chování. Režim zařízení s těmito dětmi je do vysoké míry oddělen od tzv. normálního světa. Zařízení jsou v tomto smyslu také do velké míry závislá na spolupráci externích subjektů (OSPOD, samosprávní celky-obce a další).

Terapeutická a psychiatrická péče

Drtivá většina dětí se závažnými projevy poruch v chování v našem vzorku má lékařskou diagnózu, většina dětí také užívá psychofarmaka. Zde je výjimkou jeden výchovný ústav, kde v době šetření nebylo medikováno žádné dítě, příčiny této skutečnosti jsou nicméně nejasné. Je pravděpodobné, že v zařízení se do velké míry daří eliminovat agresivní projevy dětí přístupem personálu. Podle referencí pracovníků nicméně množství dětí s medicínskou diagnózou vzrůstá. Psychiatrické problémy dětí jsou vnímány jako výrazný zásah do výchovného procesu, spolupráce s pedopsychiatrickými odděleními je popisována jako nedostatečná či v některých případech až dysfunkční, hospitalizace u zkoumaných případů obvykle nepřinesla očekávané účinky. Situace může být dána jak poddimenzovaností pedopsychiatrické oblasti, tak neadekvátním směšováním některých problémů výchovných a problémů zdravotních a na druhou stranu (paradoxně) příliš striktním oddělením výchovné péče od péče léčebné. Jsou dokumentovány případy, kdy se ve výchovných ani zdravotních zařízeních nedostává zdravotní péče dětem, které ji jednoznačně potřebují, i případy, kdy je hospitalizace pravděpodobně reakcí na hůře zvladatelné výchovné problémy, ale nepřináší žádoucí výsledky.

Ani u jednoznačně indikovaných případů nenarážíme na kontinuální psychoterapeutickou péči o dítě, přestože je opakovaně konstatováno, že dlouhodobá a také stabilní individuální terapie by mohla předejít některým závažným problémům v budoucnosti. Také by mohla pomoci včas identifikovat skryté problémy a tenze dětí, které jinak ústí do krizových situací v zařízení. Systémem je nicméně chápána spíše jako nadstavba či dodatečná rozvojová aktivita dítěte. Zaměstnanci upozorňují na souvislost mezi absencí psychologické péče ve smyslu zdravotnického úkonu a celkovým sociálním vyloučením dětí v ústavní výchově, kdy tyto jsou např. klinickými psychology vnímány jako příliš náročná skupina klientů.

V kazuistikách opakovaně, s jedinou výjimkou, **narážíme na jednoznačnou a významnou přínosnost terapie se zvířaty (zejm. hippoterapie), a to i u výrazně agresivních klientů**. Terapeutické působení je rozloženo do řady dílčích aktivit. Široké spektrum dalších aktivit (uměleckých, sportovních) lze chápat jako nespecifickou primární prevenci, a toto je explicitně oceňováno samotnými dětmi a je i jimi samotnými chápáno jako možnost rozvíjet své dovednosti a upevňovat sebevědomí. Na dlouhodobé a cílené výchovně-terapeutické programy nicméně v rámci výzkumu nenarážíme, což může být dáno specifickým výzkumným vzorkem, formální neukotveností výchovně-terapeutické péče, ale i absencí cílených programů jako takových. Oslovení pracovníci zdůrazňují potřebu většího množství lépe zacílených terapeutických aktivit a systémové podpory cílených programů.

Zejména v rámci kazuistik pak narážíme na lékařské diagnózy, které jsou etopedy, speciálními pedagogy a psychology zařízení považovány za neodpovídající, setkáváme se i s tvrzeními, že vycházet z některých diagnóz by poškozovalo zájem dítěte (tato tvrzení nevychází od zdravotního personálu, přesto minimálně poukazují na potřebu posílit spolupráci mezi zařízením a lékaři). Ani diagnózy typu mentální retardace nemusí odpovídat skutečným obtížím dítěte. S tím souvisí v teoretické části práce traktovaný problém nevyjasněné diagnostiky, nevyjasněné role medicínských diagnóz ve výchovném procesu a **potřeby celkové revize a formálního sjednocení a ukotvení diagnostických nástrojů a kritérií používaných v prostředí ústavní výchovy, potažmo v celém resortu školství**.

Rodinné prostředí

**Pobyt v zařízení má pro dítě dle kazuistik a referencí dětí i zaměstnanců v rámci šetření jednoznačně stabilizační funkci.** Tato je nicméně narušována nedostatečnou návazností péče napříč resorty i v rámci resortu, nedostatečnou návazností na sanaci rodiny, nízkou provázaností zařízení se sociálními službami nebo nedostupností adekvátních sociálních služeb. Dokumentován je fakt, že i „běžná“ vycházka nebo pouhý telefonát s rodiči může mít na dítě výrazně destabilizační účinek a může např. spouštět sebepoškozující chování. Řešením nemusí být vždy jen kontaktu zamezit, ale zvýšit odbornou práci s dítětem i rodinou a oboustranně na organizační úrovni sjednotit postupy s OSPOD.

Rodinné prostředí je zaměstnanci sledováno a je považováno za zásadní, podle výzkumu je ale od péče v zařízení v podstatě odříznuto, což zhoršuje prognózu dětí i aktuální stav dětí, které na kontaktu s původní rodinou přirozeně lpí. Platí, že čím lepší je spolupráce s rodinou a čím více může dítě rodinu navštěvovat, tím lépe se s dítětem daří pracovat i v rámci zařízení, toto však není vždy ze strany zařízení ovlivnitelné. Naopak lze očekávat, že existuje úměra mezi mírou patologie v rodině a poškozením dítěte.

Rodiny všech zkoumaných dětí s delikvencí a kriminalitou v anamnéze, s výjimkou dětí, které nebyly v péči biologických rodičů, jsou zatíženy spíše závažnější psychopatologií a děti mají k hlavnímu pečujícímu rodiči (což je ve zkoumaném vzorku matka) silně ambivalentní vztah. Ve zkoumaných DDŠ převažují ranější deprivace a nedostatečná saturace potřeb, ve VÚ, tj. u starších dětí, pak hyperprotektivní nevhodný přístup primární pečující osoby bez výraznější schopnosti přístup prakticky zkorigovat. Množství dětí přichází do zařízení z pěstounské péče. Podoba rodiny (úplná, neúplná…) nehraje významnou roli, společným faktorem je ale nevhodný výchovný přístup rodičů, což je pravděpodobně dáno již samotným výzkumným vzorkem. Zaměstnanci zařízení se v některých případech prokazatelně snaží s rodiči pracovat na změnách nevhodných výchovných vzorců, ovšem s nízkou úspěšností. Významnější posuny v rodinném prostředí dětí nenalézáme.

Narážíme také na případy nedostatečného řešení rodinné situace ze strany OSPOD, kdy rigidní interpretací úmluvy o právech dítěte opakovaně dochází k vracení dětí do silně poškozujícího prostředí (vč. páchání trestné činnosti na dítěti, intoxikace dítěte v rodinném prostředí), aniž by zařízení mělo možnost do procesu zasáhnout. Opakovaně je vyjadřována potřeba lepší spolupráce sociálního resortu na sanaci rodiny a práci s dítětem mimo zařízení, a to nejen v případech, kdy dochází k jednoznačnému zneužívání dítěte v rodinném prostředí.

Je nutno podotknout, že o míře spolupráce s OSPOD a vlivu spolupráce s OSPOD a jinými externími subjekty na kvalitu péče neexistují dostatečná data, dostupné informace ze sítě vypovídají o velmi výrazných lokálních rozdílech a absenci koordinace a koncepce na celostátní úrovni.

Vymahatelnost práv dítěte

V rámci výzkumu narážíme na případy sexuálního nebo jiného zneužívání dětí mimo zařízení, o kterých nejsou bližší informace, zda jsou řádně řešeny na trestně právní rovině. Může převažovat náhled některých zúčastněných stran, že se jedná spíše o problém dítěte nežli o problém pachatele trestné činnosti.

Často zdůrazňovaným problémem je kriminalita na internetu, kde se děti objevují v roli pachatele i oběti. Důslednější kontrola nad aktivitou dětí na síti je nicméně znemožňována důrazem na ochranu soukromí dítěte, ze stejného důvodu chybí i podklady pro řádnou statistiku.

Případy trestné činnosti na dětech nebo podezření na ni nemusí být řádně oficiálně dokumentovány v rámci zařízení, záležitost je procesně korektně ponechána na OSPOD, které ovšem podle některých kazuistik důsledně nechrání zájem dítěte nebo zařízení o jejich postupu nemá informace. Z řady důvodů může docházet k systémovému přehlížení určité skupiny pachatelů páchajících trestnou činnost na dětech s nízkým socioekonomickým statusem, případně umístěných do ústavní výchovy. V této oblasti je na místě odborný výzkum, aby vůbec mohlo být stanoveno, jakého množství dětí se tato vysoce závažná problematika týká.

Organizační zajištění

V kazuistikách i rozhovorech se zaměstnanci se opakuje téma nedostatečného personálního zajištění zařízení, resp. zejména nedostatek odborného personálu (případně odborných dovedností personálu) a fluktuace na pracovních pozicích. Je apelováno na zvýšení úrovně vzdělanosti personálu obecně. V rozhovorech i v odborné literatuře je zdůrazňována potřeba vzdělání pracovníků například ve smyslu dlouhodobých sebezkušenostních výcviků, které nicméně představují pro zařízení nebo pro pracovníka nadměrnou finanční zátěž (v řádu statisíců korun). Podle smyslu *Úmluvy o právech dítěte* je stát povinen dostatečné prostředky zajistit, což může být také formou výběru lidí s absolvovaným výcvikem na požadované pozice, což v současné situaci není prakticky možné. V praxi je takových odborníků nedostatek, navíc tabulkový plat ani zdaleka neodpovídá ohodnocení těchto pracovníků v soukromé sféře, což zákonitě zvyšuje fluktuaci na pracovních pozicích. Na místě je také plošné školení zaměstnanců v krizové intervenci.

Zároveň se setkáváme se spíše nepřímo vyjadřovanou potřebou podpory na straně pracovníků. Relativně nově zaváděné intervize jsou považovány za přínos pro tým a novou možnost, jak zpracovat emoce, případně řešit konkrétně pociťované problémy. Nutnost řešit značnou frustraci např. z negativních projevů dítěte nebo z krizových situací, které se v zařízeních vyskytují, bez významné vnější podpory, nicméně přetrvává. Také jednotný přístup k dítěti zatím není v zařízeních samozřejmostí. Kvalita a četnost intervizní a supervizní práce v zařízeních, která by mohla značně přispět k vytvoření bezpečného prostředí pro pracovníky, a tedy i pro děti, není v současnosti systémově vyžadována, ačkoliv supervize je ukotvena metodickým pokynem a spolu s intervizí je dále zakotvena ve *Standardech kvality péče*. Dalším podnětem ze strany zaměstnanců je, aby bylo zajištěno sdílení dobré praxe napříč zařízeními.

Do zařízení jsou také přijímány děti, které vyžadují trvalou lékařskou péči, ačkoliv systém zamezuje zaměstnávání zdravotnického personálu. Národní koncepční podpora výchovně-léčebných programů zcela chybí a je v podstatě na personálu jednotlivých zařízení, jak si za stávající situace poradí. Chybí praktická a formální kritéria, která by vymezovala, pro které děti je péče ve výchovných zařízeních vhodná.

Navazování výchovně terapeutických vztahů je podle výpovědí pracovníků zejména u dětí s nejvýraznějšími problémy dále komplikováno přemisťováním nebo nevhodným umístěním dítěte (zde nicméně není zřejmé, zda v některých případech nejde spíše o to, že si s určitým typem dětí systém péče napříč resorty de facto neumí poradit). Pracovníci upozorňují, že v některých případech navíc děti stále nejsou dostatečně informovány ohledně umístění a formy péče. V této oblasti již nicméně nacházíme i řadu příkladů dobré praxe, kdy etopedi a psychologové dítě na přemístění řádně připravují, a případně intenzivně spolupracují i se subjekty zajišťujícími návaznou péči.

Chybí sjednocení a koordinace systému napříč resorty, se zdravotnickým, sociálním, justičním a s resortem vnitra.

V poměru ke zcela nedostatečné systémové podpoře zařízením ÚV/OV lze konstatovat, že úroveň péče ve zkoumaných zařízeních je očekávatelná až velmi dobrá.

### Další žádoucí odborná práce

* U dětí v DDŠ lze vypozorovat ranější nástup poruch chování. V tomto smyslu by po předběžném výzkumu byla na místě tvorba odlišných programů cílených na práci s dětmi v DDŠ a VÚ. V současnosti nejsou cílené programy nijak systémově podporovány.
* Práce pedagogických pracovníků je nesmírně náročná, pracovníkům zároveň není jednoznačně zajištěn prostor na zpracování vlastních emocí a jejich podpora není samozřejmostí. Doporučujeme plošnou odbornou, případně i finanční podporu zařízení v oblasti zajišťování supervizní práce s kolektivem i jednotlivými zaměstnanci, plošné zajištění odborně vedených intervizí a plošné zajištění dalšího vzdělávání a výcviku pracovníků např. v oblasti práce se skupinou a skupinovou motivací, zvládání agrese a krizových intervencí.
* Zcela chybí legislativní i konsenzuální odborné vymezení diagnostických nástrojů a kritérií, která by měla být užívána v prostředí ústavní a ochranné výchovy za účelem nastavení vhodných podmínek pro další rozvoj dítěte. Doporučujeme ve spolupráci s odbornou obcí jasně a zřetelně vymezit diagnostickou roli diagnostických ústavů, žádoucí výstupy diagnostiky v těchto specializovaných školských zařízeních a detailně vypracovat vhodné návazné intervenční postupy. Také doporučujeme ve spolupráci s legislativním oddělením MŠMT vypracovat takovou podobu zákona, aby tento mohl jednak pomoci zajistit nejlepší zájem dítěte a zároveň sloužit jako opěrný bod a garance kvality služeb pro školská zařízení ÚV/OV, která mají diagnostiku zajišťovat.
* Z analýzy výchovných opatření nejsou zřejmé spouštěče závadového chování, použité intervence ani faktický vývoj konfliktu. Vzhledem k tomu, že zaměstnanci v této oblasti neposkytují data, považujeme za vhodné zaměřit pozornost řídících pracovníků i na tuto oblast, abychom eliminovali problémové projevy dětí, které jsou spouštěny nevhodným výchovným přístupem personálu zařízení. Je třeba odborná spolupráce i v této citlivé oblasti, nikoliv za účelem tlaku na pracovníky, ale za účelem většího otevření možností konstruktivního přístupu k dětem.
* Po předběžném průzkumu doporučujeme sjednocení písemných podkladů k řešení mimořádných a krizových situací a tvorbu základního manuálu pro zaměstnance, který posílí sebejistotu personálu při řešení krizových situací.
* Vzhledem k potenciální vysoké míře latentní (neregistrované) kriminality páchané na dětech umístěných v ústavní výchově je na místě tvorba metodik pro zaměstnance v případech, kdy existuje podezření na páchání TČ na dítěti, podpora ohlašování trestné činnosti, podpora důsledného dokumentování takových případů a navázání užší spolupráce s PČR a MV ČR. Nutný je výzkum ve spolupráci s PČR, aby bylo objasněno, o jak statisticky významnou míru trestné činnosti se jedná (z prostředí ústavní výchovy existuje podle interních informací některých diagnostických ústavů i řada případů TČ na dětech úspěšně řešené ve spolupráci s PČR).
* Chybí plošně, na základě odborných metod sebrané informace o kvalitě spolupráce s OSPOD na úrovni jednotlivých zařízení. Zřejmě existují nepřiměřené až extrémní lokální rozdíly v kvalitě spolupráce i v postupech jednotlivých pracovníků. Na celostátní úrovni je třeba sladit postupy pracovníků jednotlivých resortů.
* Další výzkum lze zaměřit na rizikové chování dětí v ústavní výchově na internetu, aby bylo zřejmé, jaké kroky je nutné učinit pro zajištění bezpečí pro děti (např. zařadit programy prevence rizikového chování atp.).
* Bylo by vhodné objasnit souvislost mezi užíváním negativních motivačních opatření a efektivitou intervence u dítěte v dlouhodobém horizontu a vyjasnit smysl režimových opatření a sankcí, aby tyto přispívaly k dlouhodobé motivaci dětí. Doporučujeme rešerši v rámci kvalitně zpracovaných zahraničních studií. Z dlouhodobého hlediska také není zřejmé, nakolik negativní motivace ve smyslu omezení vycházek škodí nebo prospívá dlouhodobé motivaci a rozvoji dětí (zde se nicméně nejedná o omezení vycházek v případě důvodného podezření na agresivní nebo sebepoškozující jednání dítěte mimo zařízení, případně důvodného podezření, že dítě bude mimo prostředí zařízení dále poškozováno), přičemž se jedná o nejčastěji užívané opatření ve výchově podle zákona 109/2002 Sb.
* V souvislosti s předchozí otázkou je na místě odborná podpora v oblasti motivačních strategií pro zaměstnance, zacílená např. na využití skupinové dynamiky při motivaci dítěte, motivaci dětí pomocí celkového rozšíření jejich životních možností a posílení zapojení dítěte do společnosti mimo původní závadové prostředí. Celkově je třeba prozkoumat strategie, jak snížit vnímání zařízení jako trestající instituce a naopak posílit vnímání výchovného zařízení jako prostoru, který nabízí dítěti nové životní možnosti. Dále je možno zaměřit pozornost na otázku, proč dítě může sebe sama vnímat jako motivované ke vzdělání, zatímco autority ho vnímají jako nemotivované (nabízí se hypotéza, že autority mají vštípené představy, jak mají vypadat „správné“ projevy motivace dítěte a mohou mít obtíže s využitím již existující motivace a potenciálu u některého dítěte, na druhou stranu také hypotéza, že zájem některých dětí o vzdělávání je pouhou deklarací).
* Za pozornost by stála také skutečnost, že v zařízení, které používá menší množství negativních výchovných opatření, je celkově nižší hladina agrese, nicméně dochází k častějšímu zneužívání návykových látek. Nabízí se hypotéza, že agrese dítěte může do velké míry představovat i únikovou strategii. Zaměření na tuto oblast může pomoci nalézt postupy, jak dětem poskytnout vhodnější strategie pro vyrovnávání s frustrací pramenící z nepříznivé životní situace.
* Není zřejmá úroveň aktivit, které cílí na nácvik sociálních dovedností dětí, dávání a přijímání zpětné vazby, řešení konfliktů, není zřejmá úroveň práce ani odbornost pracovníků v oblasti práce se skupinovou dynamikou, zejména pokud jde o vychovatele a učitele. Lze doporučit předběžný výzkum a tvorbu rozvojových programů pro zaměstnance i děti v této oblasti. Na místě je také tvorba nebo implementace programů cílených na práci s dětmi s delikvencí nebo kriminalitou v anamnéze, zejm. v oblasti práce s emocemi a zneužívání návykových látek.
* Zcela chybí krátkodobé a longitudinální studie zaměřené na osudy dětí opouštějících ÚV/OV. Pokud má být efektivita péče v této oblasti dlouhodobě zlepšena, je třeba tuto oblast začít důsledně sledovat ve spolupráci s příslušnou odbornou obcí.

## LITERATURA

## Odborné publikace:

BĚHOUNKOVÁ, L. *Rozvoj sociálních dovedností ohrožených dětí v institucionální výchově v kontextu přípravy na samostatný život* [rukopis]. 2011.

BOS, K. a kol. Psychiatric Outcomes in Young Children with a History of Institutionalization. *Harvard Review of Psychiatry*, 2011, vol. 19, issue 1, s. 15-24. ISSN 10673229.

ČESKÁ ŠKOLNÍ INSPEKCE. *Kvalita výchovně vzdělávací činnosti v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*: tematická zpráva. Praha: Česká školní inspekce, 2011.

DOLEŽALOVÁ a kol. *Prevence psychosociálních rizik nezletilých žen a matek s rizikovým chováním prostřednictvím korekce vztahové vazby.* Grantová podpora MŠMT ČR č. 0057/PP/2016, nepublikováno.

DOLEŽALOVÁ, P. et al. *Trauma v dětství a adolescenci: průvodce pro pedagogy*. 1. vydání. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2017. ISBN 978-80-87142-32-5.

*Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.

FEIRING, C. et al. Childhood Sexual Abuse, Stigmatization, Internalizing Symptoms, and the Development of Sexual Difficulties and Dating Aggression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2009, 77(1), s.127-137. ISSN 0022006X.

JEDLIČKA, R.: Aktuální úloha středisek výchovné péče při prevenci sociálně patologických jevů a poskytování poradenských služeb. *Speciální pedagogika*, 2010, roč. 20, č. 1, s. 32-50. ISSN 1211-2720.

JŮVA, V. et al. *Základy pedagogiky pro doplňující pedagogické studium.* Brno: Paido, 2001. ISBN 80-85931-95-8.

KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí.* Praha: Filia nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2333-4.

LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Vyd. 4. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.

MAREŠOVÁ, A. et al. *Kriminální recidiva a recidivisté (charakteristika, projevy, možnosti trestní justice)*. Vyd. 1. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2011. ISBN 978-80-7338-119-6.

MATĚJČEK, Z., BUBLEOVÁ, V., KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace.* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. ISBN 80-85121-89-1.

MV ČR: *Identifikace zásadních problémů v oblasti sociálního vyloučení*, zpráva MV ČR, Praha 2014. <http://www.mvcr.cz/soubor/identifikace-zasadnich-problemu-pdf.aspx>

NMSDZ: *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2016. Dostupné také z: <https://www.drogy-info.cz/nms/vyzkum-nms/validizacni-studie-espad-2016/>.

PACNEROVÁ, H. a kol. *Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovná péče*. Vydání první. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2015. ISBN 978-80-7481-138-8. Dostupné také z <http://www.nuv.cz/uploads/pracoviste_pro_certifikace/Standardy_kvality_pece_o_deti.pdf>

PETRENKO, R.: *Analýza výkonových ukazatelů zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy a středisek výchovné péče*. Nepublikováno, interní dokument Národního ústavu pro vzdělávání, data platná k roku 2015.

PTÁČEK, R. a kol.: *Děti na cestě: Vliv náhradních forem péče na vývoj dětí a život dospělých*, Praha 2014. Dostupné také z: <http://www.knihovnanrp.cz/wp-content/uploads/2017/01/publikace-212.pdf>.

ŘÍČAN, P. a kol. *Dětská klinická psychologie.* 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

ŠTĚCHOVÁ, M. a VEČERKA, K. *Systémový přístup k prevenci kriminality mládeže*. Vyd. 1. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2014. ISBN 978-80-7338-140-0.

TOMÁŠEK, J., DIBLÍKOVÁ, S., SCHEINOST, M. *Probace jako efektivní nástroj snižování recidivy*. Vydání: první. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2016. ISBN 978-80-7338-163-9. Dostupné také z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/438>.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4.

VEČERKA, K. a kol. *Ohrožená mládež mezi prevencí a represí*.Vyd. 1. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2011. ISBN 978-80-7338-118-9. Dostupné také z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/393.pdf>.

VEČERKA, K. a ŠTĚCHOVÁ, M.: *Preventivní praxe po novelizaci Zákona o sociálně-právní ochraně dětí.* Vydání první. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2015. ISBN 978-80-7338-152-3. Dostupné také z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/427.pdf>.

THEINER, P. Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatrie pro praxi*, 2007, roč. 8, č. 2, s. 85-87. ISSN 1213-0508. Dostupné také z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/09.pdf>.

VOJTOVÁ, V. et al. *Edukační potřeby dětí v riziku a s poruchami chování*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-6134-7.

WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-634-9.

WHO: *Defining sexual health*. Dostupné z: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/> [citováno 2018]

Jiné:

Česká tisková kancelář (ČTK)

Český statistický úřad (ČSÚ)

ČESKÁ TELEVIZE: „Děti, které neunesly život,“ *Pološero*, 11/2008. Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/10318730018-polosero/218562222000009-polosero-deti-ktere-neunesly-zivot/>.

Policie České Republiky: [www.policie.cz](http://www.policie.cz)

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR: *Poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99)*. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html>.

## Zákony:

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

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

Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže)

Zákon č. 89/2012 Sb., zákon občanský zákoník, zejm. paragrafy 971-975

Zákon č. 333/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony

Zákon č. 401/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony

Úmluva o právech dítěte

Vyhláška č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče

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

1. Výsledky šetření NÚV jsou v souladu se zcela nezávislou tematickou zprávou České školní inspekce z roku 2016-2017 shrnující výsledky inspekční činnosti: ČESKÁ ŠKOLNÍ INSPEKCE: *Kvalita výchovně vzdělávací činnosti v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*, tematická zpráva, Praha 2017. Studie NÚV pracuje s menším vzorkem zařízení, a to pouze s výchovnými ústavy a dětskými domovy se školou, ale podrobně analyzuje problematické body. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže) [↑](#footnote-ref-2)
3. Údaje Policie ČR za roky 2011-2018 ([www.policie.cz](http://www.policie.cz)). [↑](#footnote-ref-3)
4. JEDLIČKA, R.: „Aktuální úloha středisek výchovné péče při prevenci sociálně patologických jevů a poskytování poradenských služeb“; *Speciální pedagogika,* 20/1, Praha 2010, str. 32-35

MVČR: *Identifikace zásadních problémů v oblasti sociálního vyloučení,* zpráva MVČR, Praha 2014 [↑](#footnote-ref-4)
5. *Identifikace zásadních problémů v oblasti sociálního vyloučení*, zpráva MVČR, Praha 2014

VEČERKA, K. a kol.: *Ohrožená mládež mezi prevencí a represí*, Institut pro kriminologii a sociální prevenci, Praha 2011, str. 15-18, dále *Ohrožená mládež* [↑](#footnote-ref-5)
6. *Ohrožená mládež,* str. 20 [↑](#footnote-ref-6)
7. O*hrožená mládež,* str. 35-37, podrobně TOMÁŠEK, J., DIBLÍKOVÁ, S., SCHEINOST, M.: *Probace jako efektivní nástroj snižování recidivy*, Institut pro kriminologii a sociální prevenci, Praha 2016, dále *Probace* [↑](#footnote-ref-7)
8. Zákon č. 89/2012 Sb., zákon občanský zákoník, zejm. paragrafy 971–975 [↑](#footnote-ref-8)
9. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a Zákon č. 401/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony [↑](#footnote-ref-9)
10. Interní údaje diagnostických ústavů pro NÚV. Identifikujeme minimálně 2 zařízení ze 13 diagnostických ústavů, kde je spolupráce s OSPOD zcela bez výhrad ze strany školského zařízení a minimálně 2, kde spolupráce s OSPOD podle údajů DÚ funguje velmi špatně až vůbec. Existuje zde pravděpodobně určitá korelace s krajovými specifiky, kterou by bylo třeba dále zkoumat. O spolupráci ostatních výchovných zařízení s OSPOD nejsou plošné údaje, nicméně deklarované zkušenosti se velmi výrazně liší v závislosti na zařízení, ale i dané lokalitě. [↑](#footnote-ref-10)
11. viz Výroční zprávy diagnostických ústavů za roky 2016–2018 [↑](#footnote-ref-11)
12. Úmluva o právech dítěte, čl. 3, dále *Úmluva o právech dítěte* [↑](#footnote-ref-12)
13. Tamtéž, čl. 29 [↑](#footnote-ref-13)
14. PACNEROVÁ, H. a kol.: *Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovná péče,* Národní ústav pro vzdělávání, Praha 2015. Informace o krocích na straně zákonodárné moci viz str. 8. V současnosti „Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče“ nahradil analogický dokument, který zahrnuje i standardy pro péči o děti umístěné do ambulantních Středisek výchovné péče. [↑](#footnote-ref-14)
15. *Standardy,* str. 9–10 [↑](#footnote-ref-15)
16. *Úmluva,* čl. 16; dále VÝBOR PRO PRÁVA DÍTĚTE: „Ochrana rodinného prostředí a udržování vztahů“, *IX. Obecný komentář č. 14 z roku 2013 k právu dítěte na uplatňování jeho nejlepšího zájmu jako předního hlediska,* Spojené národy, 29. 5. 2013, čl. 58-70. Zachovávání širokých rodinných vazeb a pevných vztahů s oběma rodiči je zde uveden jako jeden z pilířů nejlepších zájmů dítěte, jejichž sledování je závazné pro zákonodárný, výkonný i justiční systém členských států. [↑](#footnote-ref-16)
17. *Standardy,* str. 10-11 [↑](#footnote-ref-17)
18. Zákon č. 89/2012 Sb., paragrafy 971–975; Zákon č. 218/2003 Sb.,paragrafy 5–23 [↑](#footnote-ref-18)
19. V současnosti se pracuje na novele zákona. [↑](#footnote-ref-19)
20. Psychickou způsobilost pedagogických pracovníků upravuje Vyhláška č. 60/2006 Sb., o postupu při zjišťování psychické způsobilosti pedagogických pracovníků školských zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a školských zařízení pro preventivně výchovnou péči a o podrobnostech o školení osob žádajících o akreditaci k oprávnění zjišťovat psychickou způsobilost (vyhláška o psychické způsobilosti pedagogických pracovníků). [↑](#footnote-ref-20)
21. Vyhláška MŠMT 438/2006 Sb.; Ke změně legislativy došlo v roce 2014 se zavedením nového občanského zákoníku. (viz ŠVANCAR, R., KANTŮRKOVÁ, L.: „Jménem republiky…“ in: *Učitelské noviny,* č. 30, ročník 2013, Praha 2013) [↑](#footnote-ref-21)
22. PETRENKO, R.: *Analýza výkonových ukazatelů zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy a středisek výchovné péče,* nepublikováno, interní dokument NÚV [↑](#footnote-ref-22)
23. BĚHOUNKOVÁ, L.: *Rozvoj sociálních dovedností ohrožených dětí v institucionální výchově v kontextu přípravy na samostatný život*, Brno 2011 (dále *Běhounková*), str. 165–166; dále např. *Probace,* str. 136; [↑](#footnote-ref-23)
24. MAREŠOVÁ, A. a kol.: *Kriminální recidiva a recidivisté (charakteristika, projevy, možnosti trestní justice),* Institut pro kriminologii a sociální prevenci, Praha 2011, str. 112, 115 [↑](#footnote-ref-24)
25. Souvisejícím problémem je pak obecná nedostupnost výzkumných publikací financovaných z veřejných rozpočtů (vědecké články akademických pracovníků). Přístup v plném rozsahu k některým akademickým studiím by musel být opětovně zakoupen z veřejných zdrojů, ačkoliv se jedná o prameny de facto již jednou z rozpočtu financované. [↑](#footnote-ref-25)
26. *Běhounková,* zejm. kapitola 4: *„*Výchovně terapeutické přístupy zaměřené na rozvoj sociální kompetence dětí“, str. 127 [↑](#footnote-ref-26)
27. VEČERKA, K., ŠTĚCHOVÁ, M.: *Preventivní praxe po novelizaci Zákona o sociálně-právní ochraně dětí,* Institut pro kriminologii a sociální prevenci, Praha 2015, str. 42–43 (dále *Preventivní praxe*) [↑](#footnote-ref-27)
28. Na spolupráci se samosprávními orgány a jejich ochotě realizovat preventivní programy podle výše citované práce do vysoké míry závisí činnost OSPOD (*Preventivní praxe,* str. 25). [↑](#footnote-ref-28)
29. Tamtéž, str. 19–22; podobně hovoří i zkušenosti s tzv. Systémem včasné intervence, ŠTĚCHOVÁ, M., VEČERKA, K.: *Systémový přístup k prevenci kriminality mládeže,* Institut pro kriminologii a sociální prevenci, Praha 2014, str. 11–14 [↑](#footnote-ref-29)
30. Zde je nutno konstatovat, že MŠMT fakticky disponuje rozsáhlými, nicméně nezpracovanými statistickými údaji z DÚ o počtu evidovaných dětí a fyzické přítomnosti dětí v zařízeních v jednotlivých měsících. [↑](#footnote-ref-30)
31. Interní údaje DÚ pro NÚV. [↑](#footnote-ref-31)
32. VÁGNEROVÁ, M.: *Školní pedagogická psychologie pro pedagogy*, Praha 2005, str. 145, a jiné [↑](#footnote-ref-32)
33. THEINER, P.: „Poruchy chování u dětí a dospívajících,“ In: *Psychiatrie pro praxi*, Olomouc 2007, roč. 8, č. 2, str. 85. [↑](#footnote-ref-33)
34. VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha 2008, str. 779–780 [↑](#footnote-ref-34)
35. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol.: *Dětská klinická psychologie*, Praha 2006, str. 240; VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2008, str. 779 [↑](#footnote-ref-35)
36. Jedna ze dvou v současnosti základních možností psychiatrické diagnostiky v ČR, tou druhou je DSM-5. V současnosti se v praxi zavádí revidovaná verze MKN-11. [↑](#footnote-ref-36)
37. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR:„Poruchy duševní a poruchy chování,“ <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html> [↑](#footnote-ref-37)
38. WHO: *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10*. *Revize*, kap. „Duševní poruchy a poruchy chování,“ přeloženo z anglického originálu, 1. vyd., Praha 1992, str. 227. Seznam doplňují „F 91.8. Jiné poruchy chování“ a „F 91.9. Porucha chování nespecifikovaná“, které zde neuvádíme. [↑](#footnote-ref-38)
39. JŮVA, V. a kol.: *Základy pedagogiky pro doplňující pedagogické studium*, Brno 2001, str. 86–87 [↑](#footnote-ref-39)
40. Vyhláška č. 438/2006ze dne 30. srpna 2006,kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních**.** [↑](#footnote-ref-40)
41. PETRENKO, R.: *Analýza výkonových ukazatelů zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy a středisek výchovné péče,* nepublikováno, interní dokument NÚV [↑](#footnote-ref-41)
42. *tamtéž* [↑](#footnote-ref-42)
43. Vyhláška č. 438/2006 Sb. [↑](#footnote-ref-43)
44. Do jisté míry celkovou úroveň péče může posuzovat ČŠI, která se ale obvykle nezaobírá (ani nemůže zaobírat) povahou péče o jednotlivé děti. Dá se říci, že v tomto smyslu probíhá kontrola až na úrovni státního zastupitelství, které dbá na dodržování práv dětí v zařízeních. Státní zastupitelé nicméně nemají odpovídající vzdělání a nemohou proto detailně dohlížet na podobu péče o dítě a posuzovat vhodnost intervencí, což ani není žádoucí, neboť státní zástupce primárně dohlíží na dodržování zákona a nemá etopedické ani psychologické vzdělání. Ředitelé ÚV/OV na druhou stranu nemají odborně vymezená, formálně ukotvená základní kritéria, na jejichž základě by mohli dokládat adekvátnost svých postupů ve vztahu ke státním zástupcům. Celá situace vede k oslabování pozice výchovných zařízení ve vztahu k ostatním zapojeným subjektům a nevyužívání potenciálu odborníků s etopedickým, speciálně pedadogickým a psychologickým vzděláním. [↑](#footnote-ref-44)
45. VOJTOVÁ, V., ČERVENKA, K. a kol.: *Edukační potřeby dětí v riziku a s poruchami chování*, Brno 2012 [↑](#footnote-ref-45)
46. MATĚJČEK, Z., BUBLEOVÁ, V., KOVAŘÍK, J.: *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*, Praha 1997 [↑](#footnote-ref-46)
47. PTÁČEK, R. a kol.: *Děti na cestě-Vliv náhradních forem péče na vývoj dětí a život dospělých*, Praha 2014 [↑](#footnote-ref-47)
48. Pracovní materiály vycházejí z celé řady zdrojů, např. zejm. DOLEŽALOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B. a kol.: *Trauma v dětství a adolescenci. Průvodce pro pedagogy*, Národní ústav duševního zdraví, Praha 2017. Tematické listy k jednotlivým obtížím dětí poskytne včetně úplných seznamů publikací na vyžádání NÚV. [↑](#footnote-ref-48)
49. Doležalová a kol. (2016, 2017) v porovnání s dívkami z ESPAD studií (2015, 2016). DOLEŽALOVÁ a kol.: *Prevence psychosociálních rizik nezletilých žen a matek s rizikovým chováním prostřednictvím korekce vztahové vazby*, grantová podpora MŠMT ČR č. 0057/PP/2016, nepublikováno, NÚV (dále *Doležalová*). NMSDZ: *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách*, Úřad vlády České republiky, <https://www.drogy-info.cz/nms/vyzkum-nms/validizacni-studie-espad-2016/>

ESPAD je Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, kterou provádí Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti pod Úřadem vlády České republiky. [↑](#footnote-ref-49)
50. KALINA, K. a kol.: *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, Úřad vlády České republiky, Praha 2001 [↑](#footnote-ref-50)
51. WHO: *Sexual and Reproductive Health*, 2018, <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/> [↑](#footnote-ref-51)
52. WEISS, P.: *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*, Praha 2002 [↑](#footnote-ref-52)
53. BOS, K. a kol.: „Psychiatric Outcomes in Young Children with a History of Institutionalization,“ *Harvard Review of Psychiatry,* Vol. 19, Iss. 1., 2011; LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z.: *Psychická deprivace v dětství*, Praha 2014, str. 400 [↑](#footnote-ref-53)
54. FEIRING, C. a kol.: „Childhood Sexual Abuse, Stigmatization, Internalizing Symptoms, and the Development of Sexual Difficulties and Dating Aggression,“ *Journal of consulting and clinical psychology*, 2009, str. 127–137 [↑](#footnote-ref-54)
55. ČTK (2017) uvádí, dle informací z NÚDZ: “…sebevražda je nejčastějším důvodem úmrtí dívek od 15 do 19 let. V ČR je sebevražda důvodem úmrtí u 30 % ze všech úmrtí mladých žen od 20 do 29 let“. [↑](#footnote-ref-55)
56. *Doležalová, ESPAD.* [↑](#footnote-ref-56)
57. ČSÚ, 2015; WHO, 2017; WHO 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/> [↑](#footnote-ref-57)
58. Dle ČSÚ (2016), a v předchozích letech jsou statistiky podobné, v roce 2015 se jednalo kolem 50 případů sebevražd dětí a mladistvých. Problematika souvisí i se zmiňovaným oslabením pedopsychiatrické oblasti (ČESKÁ TELEVIZE: „Děti, které neunesly život,“ *Pološero,* 11/2008). [↑](#footnote-ref-58)
59. WHO, 2017 [↑](#footnote-ref-59)
60. KRIEGELOVÁ, M.: *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*, Praha 2008 [↑](#footnote-ref-60)
61. Výsledky kvantitativního šetření, stejně jako ostatní podklady, patří k interním materiálům NÚV. [↑](#footnote-ref-61)
62. Jak již bylo řečeno, někteří pracovníci uvádí vysoký počet fakticky neobsazených lůžek (až k jedné třetině). Následkem legislativního nastavení a nepřehlednosti systému může docházet k blokaci lůžek i na dlouhé měsíce dopředu. [↑](#footnote-ref-62)
63. Podrobnou anonymizovanou analýzu kazuistik poskytuje k nahlédnutí, zejména za odbornými účely, na vyžádání NÚV. [↑](#footnote-ref-63)
64. V případě dětské prostituce je nutno dodat, že tato není uvedena v seznamu trestných činů, na které se vztahuje ohlašovací povinnost. Paragraf 368 TZ stanovuje povinnost ohlásit pouze zneužití dítěte k výrobě pornografie podle paragrafu 193 TZ. Pro případ prostituce nezletilých nicméně stanovuje Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, oznamovací povinnost zdravotnických zařízení vůči příslušnému OSPOD. Odpovědnost za další řešení zneužívání dítěte leží ze zákona na OSPOD. [↑](#footnote-ref-64)
65. Nezapomínejme, že takový přístup navíc dnes není věcí volby a filozofie toho kterého zaměstnance, ale podpora dítěte je přímo nařizována zákonem 109/2002 Sb. [↑](#footnote-ref-65)
66. Víme ale například, že existuje množství dětí, které následkem průtahů v soudním řízení zůstávají v diagnostickém ústavu řadu měsíců i více než rok. V rámci šestnácti kazuistik nacházíme minimálně jeden případ, kdy byl postup OSPOD nevhodný až škodlivý. [↑](#footnote-ref-66)
67. Verze, která je zde uvedena, obsahuje jen data nejvíce relevantní vzhledem k analýze současného stavu péče o děti se závažnými projevy poruch v chování. Plná verze, včetně hlubších teoretických východisek problému, je k dispozici v NÚV. [↑](#footnote-ref-67)
68. Podrobnou zprávu včetně teoretických východisek výzkumu, poskytne k odborným účelům na vyžádání NUV. [↑](#footnote-ref-68)