Križovatky V.

Poruchy správania
Prevýchova, psychoterapia, resocializácia ...

Recenzovaný zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie

DC PRE MLÁDEŽ - BRATISLAVA

MEDZINÁRODNÁ SPOLOČNOSŤ VÝCHOVNÝCH KOMUNÍT
NÁRODNÁ SEKCIA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

FICE

FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES COMMUNAUTES EDUCATIVES
SECTION NATIONALE EN RÉPUBLIQUE SLOVAQUE

Križovatky V

Recenzovaný zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie „Poruchy správania – prevýchova, psychoterapia, resocializácia ...“

Spoluorganizátori: Diagnostické centrum Záhorská Bystrica, FICE, Vysoká škola zdravotnícka a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Recenzenti: Mgr. Ľubica Murínová, PhDr. Eva Smiková, PhD.

Editori: PhDr. Viera Hudečková, PhD., PhDr., Mgr. Pavel Bryndzák, PhD., doc. PhDr. Albín Škoviera, PhD.

Vydal: Mgr. Tomáš Cehlár

Náklad: 50

Rok vydania: 2014

ISBN 978-80-969253-8-4

Príspevky neprešli jazykovou úpravou.

9 780969 253846 >

OBSAH

Možnosti a medze uplatnenia psychoterapie u mládeže s poruchami správania 4

Poruchy správania v škatuľkách alebo klasifikácie porúch prežívania a správania 11

Pedopsychiatra a poruchy správania (ADHD/AUTISMUS) 17

Podporné siete detí s problémovým chovaním – mapovanie Čestkého inštitucionálneho prostredia 23

Zvládanie stresových situácií u detí, škodlivosť používania IT pri výučbe 30

Vychovávateľ ako terapeut? Konflikt alebo súlad rolí? 38

Schengenský syndróm – boľavé dopady nezrelého prianí mať svet bez hraníc 44

Systém psychoterapeutickejprípravy pre prácu s mládežou s poruchami správania..... 49

Fetálny alkoholový syndróm alebo stručná správa o tom, o čo ide..... 54

Biofeedback a poruchy správania 61

Intervencie harm reduction pre úžívateľov drog v inštitucionálnych podmienkach 72

Rodina z pohľadu detí a zamestnancov diagnostického ústavu 75

Program spolupráce rodiny a reedukačného centra 80

Proces sanácie ako primárna metóda ozdravovania rodiny 91

Práca sociálneho kurátora s deťmi s poruchami správania v okrese Čadca 103

Možností práce psychológa detského domova so skupinou mladých dospelých 111

Preventívne akcie a programy, cesta k zmierneniu problémového správania 116

Význam sociálnej práce v preventívnom programe pre žiakov s poruchami správania..... 121

Tranzitní program diagnostického ústavu pre mládež Praha 2 127

PsychosociálnY Tréning pre klientov Diagnostockého Centra Záhorská Bystrica 2012 – 2013 ... 131

Program prípravy na samostatný život u mladých dospelých odchádzajúcich z inštitucionálnej výchovy v Českej republike 137

Projekt „Staňme sa lepšími“..... 144

Letná prázdninová škola diagnostického centra v Bratislave (Ako sme šťastie a lásku na Liptove hľadali)..... 149

MOŽNOSTI A MEDZE UPLATNENIA PSYCHOTERAPIE U MLÁDEŽE S PORUCHAMI SPRÁVANIA

LABÁTH Vladimír
Katedra sociálnej práce
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky
Pedagogická fakulta
Univerzita Komenského v Bratislave

O fakte, že poruchy správania nepredstavujú jednoliatu diagnostickou skupinu netreba iste diskutovať. Jednou z možností diferenciácie porúch správania je ich rozlišovanie na vertikálnej a horizontálnej úrovni a v rámci samotnej diagnostickej jednotky.

Horizontálne delenie, spomedzi viacerých kategórií, ponúka oddeliť organické poruchy typu ADHD, poruchy opozičného vzdoru (resp. porucha správania s opozičným, vzdorovitým správaním), poruchy návykov a impulzov, alebo dokonca u detí a dospievajúcich nevhodne použitú diagnostickú kategóriu, antisociálnu/disociálnu poruchu osobnosti a poruchy správania. Všetky z nich sú uvedené ako samostatné nozologické jednotky v Diagnostickom a štatistickom manuály duševných porúch (DSM) a v Medzinárodnej klasifikácii chorôb (Diagnostic and statistical manual of mental disorders 1994, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV – TR, 2000, en.wikipedia.org/wiki/, Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, Duševní poruchy v primární péči 2001). Mimo rámec zdravotníctva sa možno oprieť aj o ďalšie typy diagnostických systémov. ASEBA (Achenbach System of Emprically Based Assessment) diferencuje tri základné kategórie (Cullinan 2002) – internalizované syndrómy (izolácia, somatické choroby, úzkostno-depresívne prežívanie), nerozlíšené medzi internalizovanými a externalizovanými poruchami (sociálne, kognitívne problémy a poruchy pozornosti) a externalizované syndrómy (delikventné a agresívne správanie). Pričom externalizovaná porucha správania môže byť sýtená aj anxióznym alebo depresívnym prežívaním, teda internými zdrojmi. Poruchy správania sú podľa iných zdrojov považované napríklad aj za prejavy sociálnej maladjustácie/maladaptácie, posudzované ako dificility, dissociálne poruchy, desocialita, vývinové problémy alebo rizikové správanie a ďalšie.

Na vertikálnej úrovni môžeme potom uvažovať o vývine samotnej poruchy. V tomto smere je nápomocná klasifikácia DSM (2000), ktorá hovorí o poruchách správania so začiatkom v detstve a so začiatkom v dospievaní. Poruchy správania, ktoré sa manifestujú už v detstve majú pomerne nepriaznivú prognózu. Podľa Nelsona, Fincha, Harta (2006) až 25-40% detí s diagnostikovanou poruchou správania pred desiatym rokom veku má pravdepodobnosť vzniku antisociálnej/dissociálnej poruchy v dospelosti a 80% chlapcov s týmto vývinom má v dospelosti problémy v sociálnom fungovaní (vzťahy, intimita, pracovné prostredie). Dissociálne správanie, ktoré sa objavuje v adolescentnom veku má skôr tendenciu vekom odoznieť a vo väčšine prípadov nesmeruje k poruche osobnosti. V tomto smere by sa dalo uvažovať o paralele s tzv. vývinovou delikvenciou (Moffitt, Caspi, Harrington, Milne in: Démuthová 2006). Z vývinového hľadiska možno identifikovať postupnosť od niektorých foriem rizikového správania (Řezáč 2012), k poruche správania až k možnému vyústeniu k antisociálnej/disociálnej poruche osobnosti.

Pri poruchách správania zohráva významnú úlohu kombinácia viacerých diagnostických príznakov. Caron a Rutter (in: Liabo a Richardson 2007) tvrdia, že v období dospievania je výskyt porúch správania spojených s inými poruchami častejší, ako ich čistá podoba. V tomto smere navrhujú, aby primárny, dominujúci príznak bol považovaný za rozhodujúci. Odvolávajú sa na klinické výskumy, kde sa poruchy správania často vyskytujú v spojení s afektívnymi poruchami. Komorbidita môže byť komplikáciou pri diagnostických úvahách rovnako ako pri intervenčných

zásahoch (Masi a kol. 2008, Matthys, W., Lochman, J. 2010). V tomto smere je vhodné diferencovať jednotlivé typy neadaptívnych prejavov.

Model dissociálnych porúch správania (Labáth 2009) rozlišuje primárne a sekundárne typy:

- primárne dissociálne správanie (príznaky a rozvinutá forma),
- sekundárne dissociálne správanie (epizodické a reaktívne, deliberačné, substitučné, ako dôsledok iných porúch),
- dissociálne správanie sociálnej skupiny.

V rámci tohto príspevku sa môžeme oprieť o všeobecne akceptovanú definíciu psychoterapie S. Kratochvíla (2006, 13) „Psychoterapia je liečebné pôsobenie psychologickými prostriedkami na chorobu, poruchu alebo anomáliu. Je upravovaním narušenej činnosti organizmu psychologickými prostriedkami.“ Psychologickými prostriedkami sú potom slovo, neverbalita, podnecovanie emócií, vzťahy, terapeutický vzťah, učenie, interakcia v skupine a ďalšie. Psychoterapia pôsobí na choroby, poruchy, anomálie. Z toho možno usudzovať, že aj na poruchy správania. Tie možno posudzovať podľa medicínskych, pedagogických, psychologických, právnych i sociálnych kritérií. Služby pre deti a mládež s poruchami správania sú situované viac v školských a sociálnych zariadeniach, ako v medicínskom systéme. Z tohto dôvodu je potom diskutabilné či je aplikácia psychoterapeutických postupov u tejto populácie, teda uplatnenie psychoterapie aj mimo zdravotníctva, vhodné a patrí do rámca psychoterapie alebo nie. Kratochvíl (2006) spája mimoklinickú psychoterapiu s psychologickým poradenstvom, krátko sa dotýka aj oblasti terapeuticko-výchovných komunít.

Terapeutická komunita má široké uplatnenie. Jej vznik sa zvyčajne spája s menami Bion, Slavson, Foulkes a predovšetkým M. Jones. Ako však uvádza Kalina (2008) priamym predchodcom, zdrojom, ktorý stimuloval ďalší vývoj terapeutických komunít až po dnešok je terapeutická výchova (therapeutic education) pochádzajúca z USA a úspešne rozvíjaná aj vo Veľkej Británii začiatkom dvadsiateho storočia pedagógmi ako H. Lane a neskôr D. Wills. S krátkym odstupom vznikli v Sovietskom zväze v medzivojnovom období komúny A. S. Makarenka, ktoré nesporne napĺňali kritériá terapeutickej komunity (Kratochvíl 1979, Makarenko 1976). Makarenkov slovník je, samozrejme, iný, zodpovedajúci danej dobe, politickému systému a kultúre. Oba zdroje pochádzajú z pedagogického prostredia a neskôr našli uplatnenie v zdravotníctve. Nesú názov terapeutická komunita, teda liečebné spoločenstvo. Kratochvíl (1979) terapeutickú komunitu charakterizuje ako formu skupinovej psychoterapie, kde klienti nejaký čas spolu žijú, čo poskytuje bohatý terapeutický materiál a možnosti. Terapeutický potenciál vyplýva z prínosu pacientov/klientov, ktorí si do daného systému, vzťahov a ľudí premietajú svoje pôvodné postoje, problémy a stereotypy. Takto formovaný útvar potom poskytuje nielen informácie o rizikových resp. narušených formách správania, ale poskytuje aj priestor pre ich korekciu. V tomto smere hovorí uvedený autor o terapeutickej komunite ako o organizačnej jednotke a o terapeutickej metóde. Práca s jedincami s poruchami správania sa realizuje predovšetkým v rezidenciálnych podmienkach (diagnostické a reedukačné centrá), prípadne v poradenských zariadeniach. V ústavných podmienkach je terapeutická komunita jedným z ideálnych riešení, jej modifikovaná verzia sa dá uplatniť aj v ambulantnej starostlivosti.

Významné miesto v práci s jedincami s poruchami správania má realitná terapia W. Glassera (2000). Odmieta tradičné, hlbinné východisko v psychoterapii, zásadne odmieta koncept duševnej choroby a tým aj pacienta, zameriava sa na budúcnosť a prítomnosť, neakceptuje prenosový model, ale naopak hovorí o reálnom vzťahu, kde sú obe strany (terapeut/poradca a klient) vo vzťahu sami za seba. Záber terapie nesmeruje k nevedomej motivácii a konfliktom, naopak uprednostňuje sa vedomé rozhodnutie a motivácia k zmene a k spolupráci. Dôraz na

správanie a morálne aspekty jednania sa orientujú na konštruktívne uspokojovanie potrieb jedinca. Takto chápaný prístup nesporne korešponduje s cieľmi reedukácie a resocializácie aj mimo rámec psychoterapeutických prístupov (neskorší názov tohto prístupu od daného autora je terapia voľbou, z dôrazom na kontrolu nad vlastným životom a zodpovedný výber životnej alternatívy). Glasser posúva psychoterapiu za rámec kliniky a nehovorí o pacientovi.

Terapiu realitou, ako jednu z alternatív uplatnenia psychoterapeutických prístupov uvádzajú aj Matoušek, Matoušková (2011). Neutrálne a s konštruktívnym, ale kritickým odstupom uvažujú o možnostiach aplikovať, okrem realitnej terapie, u delikventnej populácie dynamickú individuálnu, behaviorálnu, realitnú a skupinovú psychoterapiu, systemický prístup a terapeutickú komunitu. Nezávislý odstup autorov je opodstatnený a ponúka racionálne podložené podnety, ktoré je vhodné brať seriózne (napríklad úvahu o miere otvorenosti komunitného systému, proklamáciách o participácii na rozhodovaní, individuálnych ambíciách zaangažovaných odborníkov a pod.).

Problematika psychoterapie mimo zdravotníctva je predmetom rozsiahlejších diskusií týkajúcich sa pravidiel vzdelávania, praxe a statusu psychoterapeuta (Vybíral, Roubal 2010). Jednoznačne v prospech uplatnenia psychoterapie u porúch správania aj mimo zdravotníckych služieb sfére argumentujú Štúrová, Danešová (1978), Kožnar, Štúrová (1981), Kožnar (1990) a ďalší.

Psychoterapia sa uplatňuje v zdravotníctve, v súčasnosti je to akceptovaná a renomovaná metóda liečby širokého spektra chorôb a porúch. Jej aplikačné možnosti sú však výrazne širšie, jej metódy možno aplikovať v psychologickom poradenstve, v reedukačných a resocializačných systémoch, v sociálnej práci, v socioterapii, v liečebnej pedagogike, v somatickej a celostnej medicíne (čo naznačuje vyššie uvedená definícia psychoterapie).

Uplatnenie psychoterapie mimo klinický rámec nie je všeobecne podporované. Diskusie odborníkov sa vedú o ohrození kvality psychoterapie a o ohrození klientov, o riziku nekompetentného výkonu, vo vzťahu k nejasnej implementácii terapeutických prvkov do nekompatibilného prostredia a pod. Na druhej strane je snaha využiť prvky psychoterapie aj mimo zdravotníctva a to predovšetkým v školstve a sociálnej sfére. Pri dôslednom dodržaní odborných a etických kritérií môžu byť psychoterapia a jej prístupy mimoriadne inšpiratívne a nesporne aj účinné aj mimo klinickú sféru.

Nelson, Finch a Hart (2006) porovnávajú rôzne formy starostlivosti u porúch správania. Rozoberajú psychoanalytický prístup, rodinnú terapiu, kognitívno-vývinový model (širšie chápanie kognitívno-behaviorálneho prístupu obohateného o vývinový aspekt osobnosti a poruchy správania), behaviorálnu a kognitívno-behaviorálnu psychoterapiu, rezidenciálnu formu v širokom rámci jej alternatív (psychoanalytický, behaviorálny, resp. kognitívno-behaviorálny, psychoedukatívny systém, koncept pozitívnej rovesníckej kultúry, prístup zážitkovej terapie outdoorového typu, model militantných táborov), multisystemickú terapiu (vychádza z sociálno-ekologických teórií, jedná sa o komplexnú starostlivosť), psychofarmakologické možnosti v liečbe porúch správania. Nezaoberajú sa témou či je psychoterapia vhodná pre poruchy správania, naopak sa snažia definovať limity a potenciál starostlivosti.

V prípade resocializácie, resp. reedukácie porúch správania nejde o uplatnenie psychoterapie v plnom medicínskom význame, ale skôr o aplikáciu metód psychoterapie v rámci daného pedagogického alebo sociálneho systému. V takomto rámci potom možno hovoriť o mimoklinickom využití „ideológie“, princípov a metód psychoterapie. Mohli by sme ich charakterizovať nasledovne:

- psychiatrická diagnóza nie je rozhodujúca, pracuje sa s iným diagnostickým systémom, ide skôr o celkové posúdenie osobnosti, sociálneho správania, emočnej zrelosti, mentálnych a

sociálnych schopností, vývinových aspektov, rodinného a širšieho sociálneho prostredia, a ďalších faktorov,

- zohľadnenie intrapsychickej dynamiky osobnosti - individuálneho vnímania, intelektového potenciálu, kognitívneho rámca, emočnej zrelosti, vzorcov správania a ich individuálnych významov, porozumenie personálnym konštruktom reality a pod.,

- dôraz na vývinový a súčasný kontext, na kontext dissociálnych aktivít, interpersonálnu dynamiku, sociálne konštrukty reality a ich vznik, dôležité je vnímanie danej situácie jedincom s rizikovým správaním, ktoré nemusí byť akceptované, ale je pri spolupráci rozhodujúce,

- cielená a systematická práca so skupinovou dynamikou. s účinnými faktormi skupinovej práce, s rituálmi a tradíciami,

- uplatňovanie princípov terapeutickej komunity (bližšie Kratochvíl 1979), posun mocenského vplyvu autorít z represie a rozhodovania, na proces a zmenu,

- zameranie na tri zložky efektívneho pôsobenia – primárne na podporu (vytvorenie vzťahu, istej úrovne dôvery, relatívne akceptujúceho prostredia a psychologického bezpečia), následne na rozvoj potenciálu klienta (odhaľovanie, stimulovanie a rozvoj schopností, hľadanie konštruktívneho zmyslu sociálnej reality a miesta v nej), v neposlednom rane na korekciu (zmenu postoja, maladaptívnych vzorcov správania, prácu s vlastnými emóciami, zmenu vnímania a vyhodnocovania reality),

- odklon od jednostrannej orientácie na racionálnu argumentáciu a morálnu zložku v tradičných reedukačných a resocializačných modeloch, behaviorálne a kognitívno-behaviorálne prvky systému presahujú tradičné apelovanie na morálku, rozumné správanie, logické zdôvodňovanie a pod., štandardne však vytvárajú základný rámec pomoci, výrazne väčší dôraz sa kladie na intrapsychickú zložku (v prepojení na interpersonálnu dynamiku jedinca a vzťahov),

- v rámci daného reedukačného /resocializačného systému výberovo uplatniť metódy psychoterapie podľa jasne stanoveného kľúča pre indikáciu psychoterapeutických prístupov (napríklad u tzv. pravých dissociálnych porúch možno uplatniť behaviorálne, resp. kognitívno-behaviorálne metódy, u epizodických porúch je nezriedka dostačujúca kognitívna analýza, ale aj prvky nedirektívnej na človeka orientovanej psychoterapie, pri substitučných poruchách možno aplikovať dynamický model psychoterapie, všeobecne je účinná rodinná terapia, u reaktívnych porúch je nezriedka dostačujúca podporná terapia, nácvikové formy terapie sú účinné u subkultúrne determinovaných porúch správania a pod.),

- popri reedukačných a resocializačných cieľoch sa pracuje aj s terapeutickými cieľmi, napríklad práca s traumou a posttraumatickýmii reakciami, v prípade komorbidity intenzívna spolupráca s inými odborníkmi,

- osobitný význam sa pripisuje prostrediu a terapii prostredím (milieu terapia), kde sa cielene pracuje s hmotným i sociálnym prostredím v zmysle budovania zdravého rámca (Labáth 2004),

- samostatné miesto v mimoklinickom využití psychoterapeutických metód má práca s diagnostickými hypotézami a prognózou vývinu nakoľko v reedukačných /resocializačných systémoch sa jedná buď o krátkodobý pobyt (diagnostické centrá), alebo zariadenia s dlhodobým pobytom; v krátkodobých je rozhodujúce neustále uvažovať o možnosti readaptácie a resocializácie v prirodzenom sociálnom prostredí a z toho

vyplývajúcich úvah, v dlhodobej forme pomoci možno očakávať zmeny, ktoré predikujú zmenený vývin (pokiaľ ide o klientov diagnostických a reedukačných centier samostatnú úlohu v tomto smere zohráva proces dospievania a zrenia),

- zásadnou požiadavkou je reflexivita (v zmysle sebaskúmania pracovníka, ktoré vedie k pochopeniu, že pozorovanie a vzťah s inými ovplyvňuje obidve strany), kritické uvedomovanie vlastnej roly, moci, postojov a empatické porozumenie druhému (Howe 2009). Práca s reflexivitou u klientov má rovnako svoje opodstatnenie. V tomto smere je nevyhnutná príprava pracovníkov, ktorí mienia pracovať s psychoterapeutickými fenoménmi, vo forme experienciálneho výcviku. Postgraduálna príprava tohto typu má rovnaké parametre, ako prvý stupeň vzdelávania psychoterapeutov v zdravotníctve.

Uvedené charakteristiky vytvárajú súčasť celého systému starostlivosti, kde sa prelínajú subsystémy odborných, prevádzkových a riadiacich pracovníkov, klientov a prípadne dobrovoľníkov. Systém je efektívny vtedy, ak jednotlivé subsystémy vzájomne účinne kooperujú. Ak k efektívnej spolupráci nedochádza žiadna psychoterapeutická (ani pedagogická, psychologická či iná) metóda nie je dostatočne využiteľná. Ak má psychoterapeutická zložka dostatočnú podporu jej možnosti sa úmerne zvyšujú.

Aplikácia psychoterapeutických postupov má v práci s jedincami s poruchami správania značný potenciál, ale aj obmedzenia. Za rozhodujúce limity možno považovať:

- individuálne faktory – mentálne, emocionálne a sociálne schopnosti klienta; pre uplatnenie niektorých foriem psychoterapie (dynamický prístup, racionálne metódy) je podmienkou istá úroveň intelektu a sociálnej inteligencie, behaviorálne postupy je možné modifikovať aj pre nižšiu mentálnu úroveň, obdobne je efektívne využívať špeciálne skupinové postupy arteterapie, dramatoterapie, muzikoterapie, psychogymnastiky a pod.,
- sociálne faktory - kontakt s rodinou a inými významnými osobami, vplyv na primárne prostredie; spolupráca s rodinou jedinca s poruchami správania je výrazne limitovaná, v prípade ak sa podarí vybudovať kooperatívny vzťah s rodinou efektivita intervencií výrazne stúpa (Hudečková 2012),
- inštitucionálne faktory - poradenské a rezidenciálne podmienky; totálne inštitúcie, medzi ktoré možno nezriedka priradiť diagnostické a reedukačné centrá sa vyznačujú silnou mierou rezistencie voči zmene a inovácii (Labáth 2004), uplatnenie psychoterapeutických prístupov potom môže viesť k presmerovaniu cieľa, k formalizmu a technokratickému prístupu (formálna aplikácia postupov); poradenské služby poskytujú v tomto smere väčší priestor k aplikácii terapeutických princípov, na rozdiel od rezidenciálnej formy starostlivosti však ponúkajú limitované možnosti ovplyvňovania prostredím, režimovými a komunitnými prvkami,
- odborné faktory - konceptualizácia porúch správania a preferovaných intervencií a uplatňovanie vedeckých poznatkov v praxi; každý prístup iným spôsobom chápe poruchu správania, v tomto smere možnosti vyplývajú z odborného diskurzu každej inštitúcie, voľby prístupu a očakávaných mechanizmoch zmeny, systematická práca s výskumnými poznatkami sa spája s praxou postavenou na dôkazoch, dokladoch (Evidence Based Practice); je to proces, v ktorom sa praktici rozhodujú podľa výsledkov získaných z najlepších výskumných zdrojov, pričom nejde o rigidné preberanie názorov, tento postup vedie k integrácii vedeckých zistení a praktickej skúsenosti a znalosťami a špecifikami a potrebami klienta (Rubin, Babbie 2011), uplatnenie modelu založeného na dokladoch je limitované realizáciou kvalitných výskumov a prístupom k informáciám,
- individuálne faktory pracovníka - príprava odborníka – rozhodujúca je motivácia k celoživotnému vzdelávaniu, možnosťou je dlhodobo fungujúce postgraduálne vzdelávanie, limitujúcim faktorom je časový rámec, osobná a osobnostná investícia do výcviku formou

zážitku na sebe, v neposlednom rade aj postoj odbornej verejnosti k implementácii psychoterapeutických prístupov do praxe.

Psychoterapia je jednoznačne klinickým odborom. Môže byť, ale inšpiratívnou aj pre pomáhajúce profesie mimo zdravotníctva. Využitie psychoterapeutických postupov v reedukácii/resocializácii má v ČR a SR dlhodobú tradíciu, ktorá siaha k sedemdesiatym rokom minulého storočia. Publikované výsledky sú viac ako nádejné, rozhodujúce sú však zodpovednosť pracovníkov i klientov, kvalifikovaný a predovšetkým diferencovaný prístup reflektujúci špecifiká poruchy, jedinca a kontextu.

Použitá literatúra

CULLINAN, D. 2002. Students with Emotional and Behavioral Disorders. New Jersey: Pearson Education.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. 1994. Washington: APA.

DÉMUTHOVÁ, S. 2006. Mladistvý delikvent. Pusté Úľany: Schola Philosophica.

en.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders.2000

GLASSER, W. 2001. Terapie realitou. Praha: Portál.

HOWE, D. 2009. A Brief Introduction to Social Work Theory. Houndmills: Palgrave Macmillan.

HUDEČKOVÁ, V. 2012. Zvládanie záťažových situácií, sociálna opora a reziliencia u adolescentov umiestnených v diagnostickom centre. Dizertačná práca. Bratislava: Filozofická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave.

KALINA, K. 2008. Terapeutická komunita. Praha: Grada.

MAKARENKO, A., S. 1976. Budú z nich ľudia. Bratislava: Pravda.

KOŽNAR, J. (1990) Psychoterapeutické prístupy v prevýchove I., II. Banská Bystrica: KPÚ.

KOŽNAR, J., ŠTÚROVÁ, J.(1981) Příprava odborných pracovníků pro zavádění skupinových forem práce do převýchovného procesu. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, XVI, 4, 327 – 350.

KRATOCHVÍL, S. 1979. Terapeutická komunita. Praha: Academia.

KRATOCHVÍL, S. 2006. Základy psychoterapie. Praha: Portál.

LABÁTH, V. 2004. Rezidenciálna starostlivosť. Bratislava: OZ Sociálna práca.

LABÁTH, V. 2009. Dissociálne poruchy správania. Bratislava: OZ Sociálna práca.

LIABO, K., RICHARDSON, J. 2007. Conduct Disorder and Offending Behaviour in Young People. London: Jessica Kingsley Publishers.

MASI, G., MILONE, A., MAFREDI, A., PARI, C., PAZIENTE, A., MILLEPIEDI, S. 2008. Comorbidity of Conduct Disorder and Bipolar Disorder in Clinically Referred Children and Adolescents. In: Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 2008, 18, 3, s. 271-279.

MATOUŠEK, O., MATOUŠKOVÁ, A. 2011. Mládež a delikvence. Praha: Portál.

NELSON, M., W., FINCH, A., J., HART, K., J. 2006. Conduct Disorder. New York: Springer Publishing Company, Inc.

MATTHYS, W., LOCHMAN, J. 2010. Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood. Oxford: John Wiley and Sons Ltd.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 10. revize, Duševní poruchy v primární péči. 2001. Praha: Psychatrické centrum.

RUBIN, A., BABBIE, E. 2011. Research Methods for Social Work. Belmont: Brooks/Cole.

ŠTÚROVÁ, J., DANEŠOVÁ, M. 1978. Nové formy skupinové práce v převýchovném procesu. Bratislava: VÚDPaP.

VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (eds.) 2010. Současná psychoterapie. Praha: Portál.

PORUCHY SPRÁVANIA V ŠKATUĽKÁCH ALEBO KLASIFIKÁCIE PORÚCH PREŽÍVANIA A SPRÁVANIA

KURUC Martin
UK Bratislava, Pedagogická fakulta
kuruc82@gmail.com

Deti sa skôr podobajú ako líšia a deti alebo adolescenti s poruchami emócii a správania (ďalej len PEaS) prežívajú emócie, myšlienky a správanie tak, ako to robia všetky deti, či mladí ľudia. Majú svoje osobné a sociálne úspechy i prehry, silu aj nedostatky. Čím sa vlastne odlišujú mladí ľudia s PEaS od ostatných? Prax a výskum všeobecne ukazujú, že mladí ľudia s PEaS sa líšia od ľudí bez PEaS predovšetkým v nadmernej alebo nedostatočnej **frekvencii, intenzite, trvaní správania, emócií a myšlienok** natoľko, že im to **bráni vo fungovaní s druhými deťmi a/alebo ľuďmi.** Tieto rozdiely vytvárajú problémy, ktoré sú dôležitým základom pre rozhodovanie, či dieťa má alebo nemá konkrétnu PEaS.

V súčasnej dobe teoretická základňa PEaS v oblasti klasifikovania pracuje predovšetkým s dvoma systémami klasifikácie. Ide o **nozologický** (klinický) **systém** klasifikácie a o **empirickú** (dimenzionálnu) **klasifikáciu**. Oba tieto systémy napriek svojim nedostatkom sú potrebné pre diagnostiku a následnú úspešnú intervenciu u detí a adolescentov s PEaS.

Nozologický (klinický) systém klasifikácie

Tento systém vychádza z medicínskeho chápania PEaS, podľa ktorého sú podobne ako fyziologické poruchy spôsobené buď fyzikálnou (organickou) patológiou alebo psychopatológiou. V prvom prípade ide napríklad o poruchy mozgu alebo iných telesných systémov. V druhom prípade ide o narušenie duševných procesov, ktoré produkujú PEaS. Kategorizácia porúch v tomto systéme je založená na zoskupovaní príznakov získaných predovšetkým z psychiatrických a ďalších klinických pozorovaní ľudí s PEaS alebo z psychodynamických a iných teórií interpretujúcich PEaS.

V súčasnosti sú známe a uznávané dva klasifikačné modely a to MKCH-10 (Medzinárodná klasifikácia chorôb) vydaná Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO) a DSM-IV (Diagnostická a štatistická príručka duševných porúch) vypracovaná Americkou psychiatrickou asociáciou.

MKCH-10 jednotlivé poruchy zadeľuje do viacerých kategórií, majú priradené číselný kód, môžu sa čiastočne prekrývať a dokonca môžu byť zaradené vo viacerých kategóriách.

DSM-IV zahrňuje a špecifikuje 200 osobitných porúch v 18 skupinách. Táto príručka popisuje príznaky jednotlivých porúch, stanovuje osnovu pre ich diagnostikovanie, ale nezaoberá sa etiológiou jednotlivých porúch. Necháva takto voľné pole pre teoretizovanie a rôzne názorové prístupy k príčinám vzniku a náprave porúch.

Základnou pomôckou pri takto teoreticky nejednotnej klasifikácii sa stala Diagnostická a štatistická príručka duševných porúch DSM-IV.

„Dospelé“ psychiatrické poruchy v DSM-IV môžu mať svoj začiatok v detstve a preto ktorákoľvek diagnóza z tejto klasifikácie môže byť použitá pre dieťa, ak sú splnené jej kritéria. Niektoré poruchy majú mierne prispôsobené kritéria pre deti. DSM-IV zahŕňa aj diagnózy pre ktoré je typický začiatok v detstve alebo adolescencii. Niektoré modely správania sú v norme v určitých vývinových štádiách ale stávajú sa patologickými ak pretrvávajú (napr. vznik separačnej úzkostnej poruchy, funkčnej enurézy, alebo poruchy opozičného vzdoru).

Treba si však uvedomiť, že väčšina porúch napríklad osi I (v DSM-IV) nie je v „norme“ takmer v žiadnom veku. DSM-IV obsahuje rozmanité klinické okolnosti klasifikované ako „V kódy“ alebo iné, ktoré môžu byť centrom klinickej pozornosti. Tieto nie sú

psychiatrickými diagnózami, ale môžu vyžadovať vyhodnotenie a liečbu. Ktorýkoľvek z týchto kódov môže byť použitý pre stavy u detí, ale niektoré sú bežné najmä v klinických situáciách. Medzi DSM-IV stavy týkajúce sa zvlášť detí a adolescentov, ktoré môžu byť centrom klinickej pozornosti patri[1] a:

– vzťahový problém súvisiaci s psychickou poruchou alebo celkovým zdravotným stavom
– vzťahový problém rodič – dieťa
– vzťahový problém súvisiaci s rovesníkmi
– fyzické zneužívanie dieťaťa
– sexuálne zneužívanie dieťaťa
– zanedbávanie dieťaťa
– nespolupráca pri liečbe
– detské alebo adolescentné antisociálne správanie
– hraničné intelektuálne fungovanie (IQ 71-84)
– úmrtie v rodine
– študijný problém
– problém identity

Niektorí lekári používajú „V kódy“ aby zabránili „nálepkovaniu“ dieťaťa, ale tieto kategórie by sa mali používať iba vtedy, keď symptómy u detí nespĺňajú kritéria pre niektorú poruchu podľa DSM-IV. Všetky DSM-IV diagnózy vyžadujú dôkazy, že symptómy spôsobujú poškodenie v sociálnom, študijnom alebo pracovnom fungovaní. Široká paleta somatických problémov (na osi III), od horúčky alebo bolesti ucha až k nádoru na mozgu môže byť od začiatku signalizovaná behaviorálnymi alebo emocionálnymi symptómami alebo zhoršením školského výkonu. Deti a adolescenti s chronickými somatickými poruchami alebo fyzickými ťažkosťami majú zvýšené riziko psychických porúch. Na popis psychosociálnych a environmentálnych problémov, ktoré sa týkajú diagnózy, liečby a prognózy sa používa os IV. Stresory s charakteristickými účinkami počas vývinu zahŕňajú rodičovské chýbanie alebo zanedbávanie, fyzické, sexuálne a iné zneužívanie, prítomnosť psychickej poruchy u poskytovateľa starostlivosti a pubertu. Os V používa *Škálu celkového hodnotenia fungovania* (Global Assessment of Functioning Scale). Podobným merítkom je *Detská škála celkového hodnotenia* (Children´s Global Assessment Scale)

DSM-IV klasifikácia je rozšírená najmä v oblasti klinickej a psychiatrickej praxe. Obsahuje veľké množstvo kategórií s malým počtom symptómov, ktoré sa v niektorých prípadoch objavujú zriedkavo.

Empirická (dimenzionálne) klasifikácia

Empirický prístup vychádza z predpokladu, že „akákoľvek kategória PEaS je skupinou špecifických problémov (prípadne ďalších charakteristík) objavujúcich sa súčasne v rovnakom čase. Preto identifikovanie empirických kategórií zahŕňa skúmanie skupín problémov na základe predpokladu, že ak má dieťa jeden problém z danej skupiny pravdepodobne má aj ďalšie, alebo všetky. Empirický prístup považuje za najvhodnejší štatistický nástroj zameraný na identifikovanie empirickej kategórie PEaS faktorovú analýzu, ktorá môže odhaliť niekoľko súborov súčastne sa objavujúcich problémov. Jednotlivé súbory tak reprezentujú rôzne kategórie PEaS.

Najznámejšie klasifikačné systémy sú Quayov systém (vytvorený Herbertom C. Quayom) a Achenbachov systém (vytvorený Thomasom Achenbachom). V súvislosti s týmito dvoma

[1] Zdroj. Copyright © 1994 American Psychiatric Association.

systémami treba spomenúť Culliannovú klasifikáciu, v ktorej sú porovnané už spomenuté systémy (DSM-IV, Quay, Achenbach).

Quayov systém

Základom Quayovho systému je *Prispôsobený kontrolný list problémového správania* (RBPC – Revised Behavior Problem Checklist). Spoluautorom tohto kontrolného listu je Donald R. Peterson, ktorý faktorovou analýzou získal dva súbory a pomenoval ich: *problém konania* (Conduct Problem) a *osobnostný problém* (Personality Problem). Problém konania pozostáva predovšetkým z položiek týkajúcich sa agresivity, neposlušnosti, pustošenia a vyrušovania. Osobnostný problém vyjadruje hlavne bojazlivosť, izolovanosť, smútok a pocity menejcennosti.

Quay tento nástroj modifikoval a nazval ho *Kontrolný list problémového správania* (BPC – Behavior Problem Checklist). Prostredníctvom tohto nástroja skompletizoval širokú škálu štúdií mladých ľudí (s PEaS aj bez PEaS) z rôznych oblastí (základné školy, stredné školy, špeciálne školy, psychiatrické inštitúty, väzenské centrá), z rôznych pohľadov (učitelia, špeciálni pedagógovia, iní profesionáli a rodičia), dokonca pribral aj výsledky z niekoľkých iných krajín. Výsledkom porovnania získaných údajom bolo šesť nasledujúcich kategórii PEaS s pridruženými skupinami problémov, ktoré ich reprezentujú:

- *Porucha konania* (Conduct Disorder) – bitkárstvo a vyhrážky, narušené, nekontrolovateľné, bojové správanie.
- *Socializovaná agresia* (Socialized Agression) – pohŕdanie zákonmi a morálnymi hodnotami, členstvo v gangoch alebo antisociálnych peer skupinách.
- *Problémy pozornosti – nezrelosť* (Attantion Problems - Immaturity) – ľahko rozptýliteľné, nesledujú pokyny, impulzívnosť.
- *Úzkostlivosť – uzavretosť* (Anxiety - Withdrawal) – úzkosť, depresivita, nedostatok sebavedomia.
- *Psychotické správanie* (psychotic behavior) – opakovaná reč, nelogické vyhlásenia, veria v zvláštne veci.
- *Motorické napätie – výstrelky* (Motor Tension - Excess) – nepokoj, vystresovanosť, nervozita, napätie, hyperaktivita.

Quay tiež ponúka alternatívne termíny k pojmom *problém konania (nesocializovanosť – agresivita)* a *osobnostný problém* (*úzkosť – uzavretosť – dysforia).*

V prílohách k týmto dvom hlavným faktorom sa objavujú aj iné multivariantné kategórie PEaS. Špecifiká týchto dodatočných kategórií majú niekoľko odlišností, predovšetkým v charakteristikách mladých ľudí. Tieto odlišnosti vznikajú pre rozdielnosť pohlaví a veku respondentov. Napríklad pri faktorovej analýze dát z RBPC u adolescentov sa zistilo, že často podliehajú socializovanej agresii obsahujúcej rebelské správanie a postoje podporované skupinou rovesníkov.

Achenbachov systém

Achenbach s Edelbrockom preskúmali veľa štúdií založených na empirickej klasifikácii detí s PEaS a identifikovali 20 typov multivariantných faktorov (kategórií porúch). Zistili, že tento veľký počet faktorov je zapríčinený ich súvislosťou s vekom, pohlavím alebo postavením informátora (rodič, učiteľ alebo dieťa). Pokúsili sa teda vytvoriť súbory emocionálnych a behaviorálnych problémov, ktoré nebudú závislé od týchto špecifík. Počas svojej práce vyvinuli niekoľko meracích postupov pre jednotlivé skupiny informátorov, napr. *Kontrolný list*

detského správania (CBCL - The Child Behavior Checklist). Kombináciou týchto techník získali osem empirických kategórií PEaS, ktoré nazvali *cross-informant syndromes*.[2]
Tieto kategórie rozdelili do troch skupín:[3]
A) Internalizované syndrómy:
- *utiahnutosť:* uzavretý, utiahnutý, najradšej by bol osamote
- *somatické ťažkosti:* pocity vyvolávajúce závrat, bolesti hlavy, nevoľnosť
- *úzkostlivosť – depresívnosť:* bojazlivý, extrémne pocity viny, zbytočnosti, nešťastia, smútku, deprimovanosti

B) Externalizované syndrómy:
- *delikventné správanie:* alkohol, drogy, zlá spoločnosť, krádeže mimo domova
- *agresívne správanie:* ničenie cudzieho majetku, neposlušnosť v škole, bitky

C) Neinternalizované a neexternalizovné syndrómy:
- *sociálne problémy:* príliš nezrelé správanie, posmievanie sa, neobľúbenosť u rovesníkov
- *problémy myslenia:* neschopnosť odpútať sa od myšlienok, načúvanie veciam, zvláštne nápady
- *problémy pozornosti:* neschopnosť koncentrovať sa, neobsedí na mieste, impulzívnosť, nedostatočná práca v škole

Achenbachov systém využíva štatistiku a iné empirické metódy k usporiadaniu týchto ôsmich cross-informant syndroms do vyššieho radu zoskupovania (vytvára kategórie kategórií), čoho výsledkom je vyššie uvedené rozdelenie.

Výskumy a skúsenosti vo všeobecnosti ukazujú, že deti s PEaS a tiež deti bez PEaS vykazujú podobné problémy v oblasti emócií, správania alebo myslenia, ale na podstatne odlišnej úrovni. Podľa Achenbacha, ak dieťa dosahuje v niektorej z kategórii oveľa väčšie skóre ako 98% normálnej populácie, možno s najväčšou pravdepodobnosťou hovoriť o PEaS.[4]

Cullinanov systém

Cullinan vo svojej publikácii Students with emocional and behavior disorders popisuje a porovnáva doteraz spomínané klasifikácie. Vo svojej vlastnej klasifikácii na ne nadväzuje a snaží sa popísať vzorce určujúce PEaS, na ktoré sa treba zameriavať. Vyčleňuje sedem hlavných vzorcov PEaS, ktoré sú u detí a adolescentov jasne pozorovateľné. Tieto vzorce obsahujú charakteristiky emocionálnych, behaviorálnych a kognitívnych problémov, ktoré zhoršujú alebo poškodzujú predovšetkým fungovanie mladého človeka, buď vo vzťahu k druhým ľuďom alebo k nemu samotnému. Podľa toho tiež rozdeľuje jednotlivé vzorce do troch skupín:

A)Konflikty prostredia (Environmental Conflict) je termín opisujúci umiestnenie mladého človeka v konflikte, buď s jednotlivcami alebo skupinou v jeho bezprostrednom prostredí. Môže ísť o provokovanie, rozrušenie, ubližovanie. Sem zaraďuje Cullinan tieto vzorce:
- *vzdor/agresivita* (Defiance/Aggression)
- *hyperaktivita*
- *sociálna deviácia* (Social Deviance)

---

[2] Podrobnejší opis jednotlivých postupov obsiahnutých v cross-informat syndromes nájdete v: **Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.S.:** *The clasification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts.* Psychological bulletin, 85, 1275-1301.
[3] Plné znenie v: **Achenbach, T.M.:** *Developmental issues in assessment, taxonomi, and diagnosis of child and adolescent psychopathology.* In: D. Cicchetti and D. J. Cohn (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 1. theory and methods* (pp. 57-80). New York: Wiley (1995)
[4] http://ASEBA.uvm.edu

B) *Osobné poruchy* (Personal Disturbance). Charakteristiky vzorcov patriace pod túto skupinu sa týkajú učiteľov, rodičov a iných dôležitých dospelých osôb. Je to predovšetkým preto, že práve tieto osoby pracujú s mladým človekom, zasahujú do jeho vývinu alebo odhalia jeho emocionálne trápenie či poranenie. Sem sú zaradené vzorce:

– *úzkosť* (Anxiety)
– *depresia*

C) *Nešpecifikované poruchy* – sú to vzorce, ktoré sú v úzkom kauzálnom vzťahu s predošlými dvoma skupinami. Oba vzorce sú spojené aj s *konfliktmi prostredia* aj *osobnými problémami* a preto ich môžeme zaradiť do ktorejkoľvek z nich. Sú to:

– *vzťahové problémy* (Relationship Problem)
– *poruchy učenia* (Learning Disorder)

V súvislosti s klasifikáciou PEaS sa Cullinan zaoberá aj témou suicidity. Podľa neho suicidita nie je vzorec PEaS ale často je následkom, či vyvrcholením niektorej z nich u detí a adolescentov.

Quayova aj Achenbachová klasifikácia obsahuje faktory majúce podobný význam alebo menovateľa. V Cullinanovom modely sú zlúčené, dôsledkom čoho je terminologická aj obsahová jednoznačnosť a zreteľná diferenciácia jednotlivých PEaS.

Porovnanie systémov klasifikácie

Pravdepodobne najkontroverznejšou oblasťou v diagnostike a liečbe detí s PEaS a ich rodín bolo a stále je používanie diagnostických pomenovaní zoskupených do všeobecného klasifikačného systému. Achenbach a Edelbrock hovoria, že „skúmanie psychopatológie u detí je dlhodobo neúspešné bez súvislých taxonomických systémov, v ktorých by mal byť integrovaný tréning, liečba, epidemiológia a výskum.

Nozologické systémy klasifikácie ako je DSM-IV alebo MKCH-10 sú z pohľadu problematiky PEaS neuspokojivé a to hlavne pre svoju „empirickú nedostatočnosť; skryté etiologické predpoklady, ktoré sú základom kategórií; subjektívne neurčité kritéria získané z individuálnej kategórie; neúspech v poskytnutí empirického základu pre kritéria schopné stanovenia kategórií; štatistický základ kategórií, ktoré sú aplikované na detský vývin; nedostatok prejavov významných pre liečbu; možné nežiadúce následky „nálepkovania“ detí s PEaS a všeobecný nedostatok citlivosti v súvislosti s vplyvmi. Napriek tomu tieto klasifikácie majú potenciál zlepšiť komunikáciu a kombinovanie dát z rozličných zdrojov, epidemiologických štúdií, porovnanie liečebných procesov a chápanie príčin.

Empiricky získané klasifikácie sú viac objektívne a teoreticky viac spoľahlivé. Multivariantné štúdie Achenbacha & Edelbrocka sú stále v identifikovaní dvoch širokých dimenzií detského správania označených ako správanie *„mimo kontrolu“* (undercontrolled) a *„pod kontrolou“* (overcontrolled). Ďalšie špecifické syndrómy ktoré prešli faktorovou analýzou u Achenbacha boli: agresivita, problémy pozornosti s hyperaktivitou, úzkosť – deprimovanosť, krutosť, delikvencia, nutkavé konanie, sexuálne problémy, sociálna neobratnosť, somatické problémy a nekomunikatívnosť - utiahnutosť.

Pre potreby bežnej pedagogickej praxe je potrebné aby sa zaviedol taký klasifikačný systém, ktorý bude vyhovovať z hľadiska „prehľadnosti, včasnej diagnostiky a intervencie a ktorý by definoval kategórie porúch najčastejšie sa vyskytujúcich v podmienkach bežnej pedagogickej praxe.

S ohľadom na spomenuté kritériá Fudaly považuje za vhodnú a priateľnú Cullinanovú klasifikáciu a to z niekoľkých dôvodov:

- Nozologický systém klasifikácie obsahuje veľké množstvo kategórií s malým počtom symptómov, ktoré sa v niektorých prípadoch vyskytujú zriedkavo, kým v empirickom systéme sa stretávame s malým počtom kategórií obsahujúcich veľa vzájomne súvisiacich prejavov PEaS.
- Na rozdiel od DSM-IV a MKCH-10 empirické klasifikácie prezentujú ľahšie formy PEaS, s ktorými sa pedagóg môže bežne stretnúť a ktoré sa dajú bežne ovplyvňovať pedagogickými prostriedkami.
- Ako Quayova tak Achenbachova klasifikácia obsahuje faktory, ktoré majú podobný význam alebo spoločného menovateľa a ktoré sú v Cullinanovom modely zlúčené, čoho dôsledkom je terminologická aj obsahová jednoznačnosť a zreteľná diferenciácia jednotlivých PEaS.
- Prostredníctvom jednoduchých diagnostických metód (pozorovanie, interview) je možné rýchlo a jednoducho stanoviť diagnózu, ktorá umožňuje včasnú intervenciu.

Použitá literatúra

GRINDER, R. E. ed. 1963. *Studies in Adolescence.* New York, The Macmillan Company, 1963.

DULCAN, M. K.; MARTINI, M. K. 2004. *Detská a dorastová psychiatria.* Trenčín, Vydavateľstvo F, 2004.

CULLINAN, D.: 2002. *Students with emocional and behavior disorders.* New Jersey, Upper Saddle River 2002.

FUDALY, P. 2004b. *Klasifikácia porúch emocionality a správania (PEaS).* In Sociálnopedagogické štúdie 2004, zborník KVaSP, PdF UK na CD-ROMe,

MASH, E. J.; TERDAL, L. G. 1988. *Behavioral assessment of childhood disorders.* New York, The Guilford Press 1988. 2. ed.

PEDOPSYCHIATRA A PORUCHY SPRÁVANIA (ADHD/AUTISMUS)

MATÝS Jaroslav

Soukromá ambulance dětské a dorostové psychiatrie
Zd. Chalabaly 2
700 30 Ostrava - Bělský les
mail: medilandmatysj@seznam.cz

V posledných desaťročiach došlo k ohromnému vývoju v neurovedách. Modernými technológiami prenikáme i do tajov nepoznaného mozgu. Dnes to ale nie je len na úrovni štruktúry. Sme schopní nahliadnuť do vývoja mozgu, samotnej funkcie mozgu na úrovni biochemickej, na úrovni špecifikácie funkčných prepojení pri fyziologických duševných činnostiach. Dokážeme zobraziť abnormality pri patologických stavoch, teda pri duševných poruchách. Moderné technológie dokážu zobraziť a čiastočne vysvetliť vplyv prostredia na zmeny vo funkcii génov – epigenetika. Máme možnosti čiastočne nahliadnuť na vplyv prostredia na vývoj mozgu, na dočasné i trvalé zmeny pri duševných pochodoch. Ukazuje sa nám biologická podstata jednoduchých, bežných ale i patologických duševných prejavov, činností, stavov a porúch u človeka. Teda na zmeny vo vývoji a funkcii mozgu psychologickým pôsobením. Nové technológie nám pomáhajú objavovať prepojenie biologických a psychologických faktorov, podstatu a mechanizmy ich vzájomnej interakcie. Začíname rozumieť tomu, aký majú vplyv kladné psychologické faktory (rodičovská láska, súcit, empatia, psychoterapia…), ale i aké sú následky negatívnych psychologických pôsobení (rozpad rodiny, tragédie v rodine, týranie, psychické zanedbávanie…) na vývoj a funkciu mozgu. Pomáhajú nám porozumieť, k akým poškodeniam mozgu a na akej úrovni dochádza pri psychotraumate, čo je podstatou duševného uzdravovania, liečby duševných porúch.

Moderná detská a dorastová psychiatria ukazuje, že poruchy správania v širokom slova zmysle sú veľmi často prejavom nejakej duševnej poruchy. Tým nemáme na mysli schizofréniu. To je to najmenej časté, respektíve zriedkavé. Máme tým na mysli duševné poruchy z oblasti takzvanej „malej psychiatrie“ detí a dorastu ako sú depresie, úzkosti, poruchy pozornosti a aktivity, v poslednej dobe vysoký záchyt detí s autismom. Vieme, že poruchy správania sú multifaktoriálne a majú heterogénne príčiny. V prvom rade sú tu genetické predispozície. Z toho plynú abnormity vo funkcii, ale i v štruktúre mozgu, v oblastiach ako je čelový mozgového lalok, gyrus cinguli, hipokampus, limbický systém, hypotalamus, thalamus a tak ďalej. Pri akejkoľvek duševnej poruche je príčinou zmena funkcie vlastne celého centrálneho systému so špecifikami porúch činnosti alebo štruktúry mozgu pre tú ktorú poruchu. Presné mechanizmy a patologické prepojenia zatiaľ nie sme schopní vyšpecifikovať, nevieme príčinu duševných porúch. Preto v psychiatrii stále hovoríme o duševných poruchách a nie o duševných chorobách.

Dnes vieme, že mozog sa od narodenia neustále vyvíja (do 15 -17 rokov), hlavne však v období do 6-tich rokov - vývojová plasticita. Mozog dokáže meniť svoju štruktúru i funkciu v priebehu života vplyvom okolia, prírodného i sociálneho prostredia, rodiny, spoločnosti, školy - adaptačná plasticita. Vieme, že mozog má schopnosť do určitej miery kompenzovať svoje poškodenie, výpadok nejakej funkcie, reparácie – kompenzačná plasticita.

Čo týmto obsiahlejším úvodom chceme povedať, na čo chceme poukázať? Chceme upozorniť, že je dokázané prepojenie biologických príčin s psychologickými faktormi na správanie človeka, teda aj detí v predškolskom a školskom veku. Chceme poukázať na to, že správanie a ľudské schopnosti sú v prvom rade limitované a determinované biologicky. Že vplyvy prostredia, vplyvy psychologické sú veľmi dôležité, ale nemožno zabúdať na obmedzenia biologické, vrodené. Ukazuje sa, že je minimum prostých porúch správania detí v bežnom každodennom živote, ktoré by boli výsledkom jednoduchej rovnice : „Nevhodné výchovné

vedenie detí rodičmi = poruchové správanie“ . Najčastejšie je príčinou nejaká duševná porucha, ktorú rodičia z rôznych príčin nie sú schopní výchovne korigovať. V pedopsychiatrickej praxi často totiž vidíme, že rovnakú duševnú poruchu má jeden alebo obaja rodičia.

Prvou najčastejšou príčinou poruchy správania je ADHD. Celosvetovo je uvádzaná incidencia ADHD v detstve od 4 do 10%. V podmienkach ČR predpokladáme približne 6 %. Z pedopsychiatrickej praxe vieme, že „vývinové poruchy správania“ v pedagogickom ponímaní sú v drvivej väčšine poruchy správania následkom nerozpoznanej a neliečenej ADHD. Z pedopsychiatrickej štúdie Dulcan (1999) uvádza, že podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb najčastejšími príčinami nekontrolovaného správania u detí je ADHD (Attention Deficit Hyperacivity Disorder) - porucha pozornosti s/bez hyperaktivitou. Nasledujú poruchy opozičného vzdoru a mentálne retardácie. Agresívne konanie detí je najčastejšie spôsobené separačnou úzkostnou poruchou, panickou poruchou, obsedantne kompulzívnou poruchou – nutkavé myšlienky s nutkavým správaním. Najvyššie riziko agitovanosti a násilného správania podľa Swansona (1990) je pri afektívnej poruche (mánia, bipolárna porucha-maniodepresivita, schizofrenia), až u 30%. Nasledujú návykové ochorenia – užívanie drog, taktiež v 20-30%. No a všetky uvedené duševné poruchy majú dnes vypracovanú stratégiu psychiatrickej liečby vrátane farmák. Nešpecifikované duševné poruchy sú príčinou 10-22% disruptívneho správania.

Štúdie v Holansku ukazujú, že kvalita života detí s ADHD a rodín s deťmi s ADHD je horšia než u detí bez ADHD. V rodinách s deťmi s ADHD sú náklady, výdavky 10x vyššie než v rodinách detí bez ADHD. Deti s ADHD majú výrazne horšie psychosociálne pomery. V Iráne dokonca majú deti s ADHD nižšiu kvalitu života než deti trpiace na rakovinové ochorenie. Deti s ADHD siahnu po cigarete, respektíve začnú s užívaním alkoholu vo veku 10-11, respektíve v 12-tich rokoch, teda v priemere o 2 roky skôr, než deti bez ADHD. Opakované štúdie v USA, Veľkej Británii dokazujú, že ADHD je príčinou sociálne patologických javov (Barkley). Majú 2 - 3x vyššie riziko proti zdravej populácii ochorieť návykovými chorobami (60%), stratiť zamestnanie (50%), otehotnieť v puberte (40%), sú častejšie väznení (30%). Podľa štatistických údajov je v Európe (Island, Švédsko, Dánsko) takmer 50% väzňov a to i žien s prejavmi ADHD. Vo väzniciach, kde bol nasadený Ritalin – špecifický liek na ADHD a antidepresívum, v kombinácii s adekvátnym programom na sebeovládanie, kontrolu impulzivity, na rozvoj empatie, na nácvik správnych sociálnych interakcií, došlo k výraznému poklesu násilných trestných činov.

Dlhodobými štúdiami je dokázané, že len u 30% jedincov s ADHD dochádza vývinovo ku kompenzácii symptómov ADHD do dospelosti a až v 70% majú postihnutí jedinci viac alebo menej závažné prejavy i v dospelosti. Ukazuje sa, že symptómy ADHD má až 4% dospelej populácie. Nie je teda pravdou, že dieťa z hyperaktivity vyrastie a nepotrebuje liečbu. Práve tento historický prežitok je veľmi dôležité v odbornej – teda i v pedagogickej a následne i v laickej verejnosti, čím skôr odbúrať. Práve naopak, včasná liečba detí s ADHD už od predškolského veku, kde je základom medikácia v kombinácii s režimovými opatreniami, dáva predpoklad úspešnej životnej kariéry. Ukazuje sa, že včasná medikácia veľmi výrazne pomáha nielen korigovať symptómy ADHD, agresivity, úzkosti. Dlhodobá, 19-rokov trvajúca štúdia poskytuj dôkazy o tom, že medikácia ADHD od predškolského veku tiež významne zlepšuje priebeh maturácie – dozrievania, rast mozgu a zmenšuje pôvodný 50ml deficit objemu mozgu v porovnaní s populáciou bez ADHD. Iná dlhodobá 10-ročná štúdia taktiež dokazuje, že včasná medikamentózna liečba ADHD u mužov významne znižuje riziko ochorenia depresiou alebo úzkostnou poruchou v dospelosti. Významne znižuje disruptívne správanie a ako sme uviedli v predchádzajúcom texte, ADHD často vedie k násilným trestným činom, k porušovaniu zákona a k uvázneniu.

Práve v detských domovoch, vo výchovných ústavoch môžeme predpokladať a očakávať vyššie percento detí s ADHD proti bežnej populácii. Preto je dobré, aby pedagógovia, pracovníci

detských domovov a výchovných ústavov boli v tejto oblasti dostatočne vzdelaní a dokázali aspoň čiastočne rozpoznať príznaky ADHD. Aby opustili zastaraný koncept, že „ja si s ním poradím,… ja ho zvládnem,… ja s ním nemám problém…“ a podobne. Bolo by dobré, keby pedagogická obec všeobecne pochopila a prevzala poznatky pedopsychiatrie o ADHD a pomohla na profesionálnej úrovni zvereným deťom a nasmerovali ich včas k liečbe pedopsychiatrom, aby sa nebáli pedopsychiatrickej intervencie a destigmatizovali ju. Aby pomohli deťom s ADHD, aby to tie deti „…sami zvládali svoj život bez nášho dohľadu…“

Druhou najvýznamnejšou poruchou prejavujúcou sa dlhodobo poruchami správania, je v súčasnosti autismus. Presnejšie poruchy autistického spektra (PAS). Autisti sú všeobecne nesprávne spájaní s agresiou, s násilím, s nezvládnuteľným správaním. Snáď je to pod vplyvom kriminálnych trestných činoch so strelnou zbraňou autistických detí v USA.

Dnes, na škodu veci, má autismus nálepku „módna“ duševná porucha. Pravdou je, že pedopsychiatria objektívne celosvetovo v rozvinutých krajinách registruje nárast diagnostikovaných detí s PAS. V Spojených štátoch v roku 1960 bolo 0,05% jedincov s PAS. V roku 2008 toto číslo dramaticky stúplo na 1,1% . Ukazuje sa, že najvyššia incidencia PAS je u belochov, najmenší výskyt bol zistený u afroameričanov. Posledné epidemiologické poznatky potvrdzujú, že dochádza k výraznému nárastu jedincov s PAS v technologických centrách, vo vývojových strediskách moderných technológií. V Holandsku na 10 000 obyvateľov je v Eidhovene 229 autistov, v Haarleme je to 84 a Utrechte už len 59. V Spojených štátoch v Hollywoode v Kalifornii je 4x vyšší výskyt PAS. Ukazuje sa, že podiel mužov na vzniku PAS u detí je asi jednotretinový, že muži nad 35 rokov sú nositeľmi výrazne vyššieho rizika, že jeho potomok bude autista.

Autismus - PAS patrí medzi neurovývinové poruchy. Je podmienená najčastejšie poruchou genetického kódu postihnutého človeka. Toto vedie k poruche vývoja mozgu už od počatia. Dnes sú preukázané poruchy v hlbokých mozgových štruktúrach. Zásadne je narušené synaptické prepojenie najmladšej prednej, čelovej oblasti mozgu s časťami vývojovo staršími v temennej, spánkovej a v oblasti zátylku. V prednej časti mozgu, v jeho prefrontálnej oblasti je výrazne nižšia hustota synaptického prepojenia neurónov oproti zdravej populácii. To sú len niektoré fakty naznačujúce zložitosť príčin PAS. Táto neurovývinová porucha vedie k spektru prejavov typických pre autismus. V rôznom pomere a intenzite je narušená komunikácia , sociabilita, emotivita, vyššie city, zvýšena tendencia a nutkanie k opakovaniu činností, v lipnutí na určitých zvyklostiach, pravidlách, rituáloch, s nutkavým správaním.

Takíto „podivíni“ sú pre svoje rušivé konanie často terčom útokov okolia. Podľa Tamtama (2005) je agresívne správanie ľudí s Aspergerovým syndromom sýtené nepochopením alebo nesprávnym pochopením sociálnych signálov, chcú mať vplyv na dianie v okolí, respektíve mať akýkoľvek vplyv , je tam snaha o pomstu alebo o „nápravu“ nespravodlivosti, pre nedodržovanie pravidiel okolím, snaha o až naivnú spravodlivosť. Je u nich častá snaha byť akceptovaný ako rovnocenný partner. Agresivita „Aspergrov“ je tiež motivovaná snahou o úľavu od napätia a dosiahnutia svojho „obvyklého pokoja“ . V štúdii Sterzing, PhD o šikane a autizme (School of Social Welfare at the University of California, Washington Univ., St. Louis, Missouri), podporované Organizáciou výskumu autizmu a autistickej reči a Národným inštitútom duševného zdravia v roku 2012 bolo dotazovaných 1 100 adolescentov vo veku 13-16 rokov. V bežnej populácii bolo na školách šikanovaných 10,6% jedincov. Autistov bolo ale šikanovaných až 46,3% . Pričom šikanujúcich jedincov v normálnej populácii bolo porovnateľné percento s percentom šikanujúcich autistov teda 13% ku 14,6%. Navyše u autistov bolo vysoké percento komorbidnej, pridruženej ADHD. V Rakúsku Hans Asperger použil pôvodne originálny termín "autistic psychopathy“ popisujúci jeho pacientov z autistického spektra vedúci k možnosti rozvoja psychopatickej poruchy a k delikventnému správaniu. Preskúmaním registra trestov Rakúska získali súbor 177 pacientov. U týchto jedincov bol už pred trestom rozvinutý klinický

obraz Aspergerovho syndromu (AS), v detskom veku bola u nich diagnostikovaná „Autistická psychopatia“ alebo „autistické rysy“. Percentuálny pomer usvedčených AS byl porovnateľný s priemermi bežnej mužskej populáce Rakúska v sledovanom období. Charakter deliktov sa u AS nelíšil od kriminálních deliktov v bežnej populácii. V Dánskej štúdii z r. 2005 Mouridsen SE, z Bispebjerg University Hospital, Kodaň, „ Pervazívne vývojové poruchy a kriminálne správanie“ , skúmali vývoj detí liečených od detstva na PAS, u ktorých bolo napodobňované kriminálne správanie. Získali súbor 313 detí, ktoré boli rozdelené na 3 podkupiny a boli porovnané so skupinou 933 jedincov bežnej populácie. Boli vo veku 25-59 rokov. Jediným kritériom bolo kriminálne správanie . Zdrojom bol Národný register trestov Dánska. Z 113 prípadov detí s autizmom bolo uznaných vinnými z trestného činu len 0,9%, z jedincov s atypickým autismom 8.1% a s Aspergerovým syndrómom až 18.4%. V kontrolnej skupine boli čísla všetkých podskupín rovnaké. Frekvencia usvedčených vo všetkých kontrolných skupinách bola 18.9%, 14.7%, a 19.6%. Teda provnateľná jako u jedincov s AS. Autisti (0,9%) mali teda menej než 20 x nižšiu pravdepodobnosť, že budú usvedčení z kriminality než porovnatelná „bežná“ populácia a deti s AS (18%).

Prečo tieto úvahy a čísla? V pedopsychiatrickej praxi sa stretáváme čoraz častejšie s tým, že diagnostikujeme deti s PAS v detských domovoch, vo výchovných ústavoch, stretáváme sa s nimi v súdno znaleckej posudkovej činnosti pri trestných činoch. Z údajov Ministerstva práce a sociálnych vecí ČR bolo v roku 2011 celkom týraných 6 642 detí. Pri predpokladanej prevalencii 1,1 % PAS to tvorí teoreticky 73 detí s autismom. V roku 2011 pod kuratelou OSPOD (Oddělení sociálně právní ochrany dětí) bolo celkom 575 479 detí. Analogicky 1,1 % ukazuje na teoretický počet možných 6 330 detí s autismom(?). Hlavné dôvody umiestnenia do výchovných ústavov v ČR bolo dissociálne konanie, agresia, kriminalita, záškoláctvo, návykové látky. Dôvody umiestnenia do detských domovov boli týranie a zanedbávanie v rodine, prostitúcia a sexuálne zneužívanie, zlé socioekonomické podmienky rodiny, opustenie detí, výchovná neschopnosť rodičov, rozpad rodiny – smrť rodičov. To sú javy, ktoré často pozorujeme u detí s PAS. Na PAS u rodičov máme podozrenie při študiu rodinnej anamnézy.

Ako je vidieť na príkladoch dvoch najhlavnejších príčin poruch správania dnes dochádza k výraznejšiemu profesijnému prepájaniu, k prekrývaniu medzi pedopsychiatriou a pedagogikou v psychologickej oblasti. Nikdy nebude presná hranica, kde je to skôr pre pedopsychiatra a kde je to skôr pre vychovávateľa. Veľmi zjednodušene se dá povedať, čím viac je príčinou poruch správania povaha, tým viac je to doména vychovávateľa. Čím viac je porucha v psychotickej oblasti, tým viac je to na liečbu u pedopsychiatra. Časť detí a adolescentov bude stále v kompetencii oboch.

Do budúcnosti možno predpokladať, že bude v podmienkach pestúnských rodín, detských domovov, výchovných ústavov stúpať počet detí s nutnosťou pedopsychiatrickej starostlivosti. Minimálne to je dôležité pre ADHD a pre poruchy autistického spektra. Súčasná situácia a další vývoj kladie pred pracovníkov OSPOD, v školstve a pred vychovávateľov nový fenomén. Starostlivosť a výchovné programy pre deti s duševnými poruchami. Je preto nanajvýš potrebné posunúť a obohatiť profesijné výchovné a pedagogické prostriedky v školstve o techniky a stratégie špecificky vhodné pre túto skupinu detí v domovoch a ústavoch. Do budúcnosti bude nutnosťou, aby v pregraduálnom i v postgraduálnom štúdiu na pedagogických fakultách bol v oveľa vyššej miere venovaný čas pre zoznámenie sa s pedopsychiatrickou propedeutikou.

Použitá literatúra

ANDERSON, P.: *Prevalence Estimates for Autism Spectrum Disorder Now Exceed 1%,Pediatrie*. 2009, 124:10/2009.

BARKLEY RA, *Attention deficit hyperaktivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* ,2nd edition, 1998

BEN-ITZCHAK, E., ZACHOR, DA. June 2007, 287-303: *The effects of intelectual functioning and autism severity on outcome of early behavior intervetion for children with autism*; Res.Dev Disabil

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. et al.: *Hyperkinetická porucha / ADHD*, Galén 2007.

DSM IV

GHAZIUDDIN, M., : Defining the behavioral phenotype of Asperger syndrome; Autism Dev.Disorder, Jan 2008; *Div. Of Child Psychiatry*, Uivn. Of Michigan, USA

GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P.: *ADHD - Porucha pozornosti s hyperaktivitou,* Galén, 2011.

GUEAVARA NICE, 2001 and 2009, ADHD Associatec cosi

HORT, HRDLIČKA, KOCOURKOVÁ, MALÁ: *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál 2008.

IPSOS Health UK 2004

JIEUN, E. KIM, MD, PhD et al,.Anterobasal Amygdalar Enlargement in 6- to 7-Year-Old Children With Autism Spectrum Disorder : *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(11):1187-1197. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.148

JOSEPH, RM., McGRATH LM., TAGER-FLUSBERG: Executive dysfunction and its relation to language ability in verbal school-age children with autism, *Dev.Neuropsychology*, 2005; 361-78

MASI, CNS drugs 2004; Pharmacotherapy of pervasive developmental disorder in children and adolescents

McGOVER CW., SIGMAN, M., Univ of California at L.A. USA: Continuity and change from early childhood to adolescence in autismus*; Child Psychology Psychiatry*; Apr 2005, 401-8,

MICHELLOTI, J. at al., *Dev.med.Child Neurology*,dec/2002, 812-9, Donald Winnicott Centre, London: Follow-up of Children with language delay and features of autismus from preschool years to middle childhood

MKN-10.

MUNSON, J. et al. *Arch Gen. Psychiatry* Jun 2006: Amygdalar volume and behavioral development in autism, Univ. of Washington Autism Centre

PACLT a kol.: , *Hyperkinetická porucha a poruchy chování,* Praha : Grada 2010.

PATERSON, SCHULTZ, R.: *American Journal of Psychiatry*, 17/2012: . Imaging Infant Brain, education(IBIS)

PAUL, R. STERZING, PhD, ass. Prof., School of Social Welfare at the University of California,Washington Univ., St. Louis, Missouri,The study was supported by the Organization for Autism Research and by Autism Speaks, and by grants from the National Institute of Mental Health. *Arch Pediatrics Adolesc Med.* Published online September 3, 2012.

SHEINKOPF, SJ., MUNDY, P., OLLER, D., STEFFENS; Autism Dev.Disorder; Aug. 2000 345-54 : *Vocal atypicalities of preverbal autistic children*;, Infant Develoment Center and Brown Universiy school of Medicine, Providence, Rhode Island, USA

STONE, WL., McMAHON, CR., YODER, PJ., WALDEN, TA: Early social-communicative and cognitive development of younger siblings of children with autism spectrum disorders; *Arch.Pediatrics Adolescent Medicine*; Apr 2007; 384-90;

Van BERCKELAER-ONNES, I.A., Nederlande Tijdschr Geneeskd, Univ. Leiden, Facutlteit der Sociale Wetenschnapen, Ambulatorium, Postbus May 2004: *Sixty years of Autism*; 1024-30,

WING,L. Autistic spectrum disorders, *British Medical Jour*. 1996: Wing L.,Gould J.: Severe Impairments of Social Interacions and Associated Abnormalities in Children; Epidemiology and Classification, Journal of Autism and Developmental Disorders

World Federation of Mental Health, Challenges and Hopes for Living With ADHD: An International Survey; 2004;

Yale Child Center (rjj, NM, MDK, DRS, FRV, KAP), Yale School of Medicine, New Haven), Yale University Graduate School of Arts & Sciences, New Haven, Connecticut c Dep diagnostic radiologii (NM), Yale School of Medicine in New Haven University of North Carolina v Chapel Hill , Wolff Jason , Ph.D.: Brain-imaging differences evident at 6 months in infants who develop autism, 2/2012, Autism spectrum disorders,

Přednášky sympozium ADHD, Brussel 2010,2012

BANACHEWSKI, Brussels, 010: ADHD treatment-safety overview

BUITELAAR, Univ. Medical centre,Nijmegen, Niederland, Brussels, 2010: ADHD development+neurobiology

COGHILL, Brussels, 2010: ADHD treatment-efficacy overview

DALEY, D., Brussels, 2012: Treatment strategies for ADHD : Non - pharmacological intervetions

HEAL, D., Brussels 2012: Treatment strategies for ADHD Pharmacology of ADHD drugs

HILL, P., Great Ormond street hosp. for children, London, Brussels, 2012: Uderstandig and managing the challenges of ADHD in adolescent

QUIROGA, R., Brussels 2012: Comorbities in adolescents with ADHD: A common clinical chalenge

PODPORNÉ SIETE DETÍ S PROBLÉMOVÝM CHOVANÍM – MAPOVANIE ČESTKÉHO INŠTITUCIONÁLNEHO PROSTREDIA

Supportive networks available for EBD child – mapping institutional facilities

MATOCHOVÁ Jarmila
Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, Poříčí 9, 603 00 Brno, Česká republika, jarmila.matochova@gmail.com

***Abstrakt**: článek pojednává o průběhu našeho výzkumného šetření sociální opory. Sociální oporu přemýšlíme jako externí podpůrný zdroj, který lze využít pro celkový rozvoj dítěte s problémovým chováním. Stále probíhající výzkumné šetření využívá kvantitativní metodologie, výzkumným nástrojem je modifikovaný ISEL (Interpersonal Support Evaluation List). V současné době jsme ve fázi sběru dat. Dosavadní výzkumná zjištění potvrzují nezastupitelnou roli přirozených sociálních struktur (rodina, vrstevníci) v podpoře dítěte. Z institucionálních zdrojů podpory děti volily nejčastěji vychovatele. Děti ve výzkumném souboru vykazovaly vysokou spokojenost s dostupnou sociální oporou.*

***Klíčová slova**: dítě s problémovým chováním; sociální opora; výzkumné šetření; institucionální podpora; podpora z přirozených sociálních struktur; systémový rámec*

***Abstract:** This article discusses our research of social support available for children with emotional and behavioural difficulties. Social support is thought as external supportive source, which can be used to eliminate barriers and overall development of EBD children. Research is based on quantitative methodology; research tool is modified version of ISEL (Interpersonal Support Evaluation List). Currently we are in the process of data collection. The current research findings show on irreplaceable role of natural social structures (family, peers) in supportive process. The institutional support was marginal. There was high satisfaction with available support in our research group.*

***Key words**: EBD child; social support; survey; institutional support; support from natural networks; system of education*

Podpora dítěte s problémovým chováním[5] v rámci resilienčních přístupů

Děti s problémovým chováním jsou velmi citlivou skupinou co se dopadu jejich znevýhodnění na celoživotní kvalitu života týče. Pro eliminaci jejich znevýhodnění se zdají nápomocné perspektivní přístupy v práci s dítětem, které staví na efektivním provázení těchto dětí směrem k otevřené budoucnosti a které čerpají ze silných stránek dítěte. Říká se jim taktéž přístupy resilienční (srov. Wolin, S. J., Wolin, W. 1993 in Vasquez, G. 2000). Resilienční přístupy staví na poznatcích z několika teoretických konstruktů, jako je pozitivní psychologie, teorie resilience, intervence postavená na silných stránkách (strengths-based intervention) a další (srov. Ungar, M. 2007/2008), strategie 3P (Vojtová, V, Červenka, K. 2011, 2012). V našem výzkumu jsme vycházeli z paradigmat teorie resilience a z teorie sociální opory.

Za dobu 5 dekád, kdy se resilience dostala do popředí zájmu společenskovědních disciplín, přišlo a svět několik definic. Každá z nich akcentuje jiné hledisko resilience. My vycházíme z pojení M. Ungara (2006, in Novotný, J. S. 2010), protože zvýznamňuje jednak dítě, jednak jeho sociální struktury v procesu zdravého vývoje dítěte. Dle definice je resilience schopnost dítěte

[5] Pojem „problémové chování“ v textu chápeme jako zastřešující pro „riziko vzniku poruch chování“, „problémy v chování“ a „poruchu chování“ (Vojtová, V 2012).

směřovat ke zdrojům udržujícím zdraví a osobní pohodu a zároveň schopnost rodiny, společnosti a kultury tyto zdroje poskytnout kulturně smysluplným způsobem (Ungar, M. 2006; Ungar, M. et al., 2008, in Novotný, J. S. 2010).[6] Základními kameny teorie resilience jsou faktory rizikové či oslabující a faktory protektivní. První zmíněné fungují jako rizika maladaptivního vývoje, druhé jmenované rizika eliminují a definice o nich pojednává jako o zdrojích zdraví. Protektivní faktory lze čerpat ze zdrojů dítěte samotného (interní protektivní zdroje). My jsme se však zaměřili na zdroje externí, na zdroje zdraví z prostředí rodiny, školy, vrstevníků, komunity a kultury (srov. Šolcová, I, 2009; Murray, Ch, 2003).

Externími zdroji se zabývá teorie sociální opory. Proces sociální opory je nahlížen jako proces poskytování pomoci/podpory, která ve svém důsledku vede k navýšení duševního i fyzického zdraví dítěte (srov. Šolcová, Kebza, 2003). Podpory se dítěti dostává z jeho sociálních vztahů (srov. Hartl, Hartlová, 2000; Koubeková, 2001), ať již se jedná o vztahy uvnitř struktury na mikroúrovni, mezoúrovni či makroúrovni (Šolcová, I., Kebza, V. 2003).[7]

Sociální opora jsme ve výzkumném šetření nahlíželi po stránce kvantitativní (velikost a struktura podpůrné sítě) tak po stránce kvalitativní (spokojenost dítěte s poskytovanou přijímanou podporou a její účinnost) (srov. Koubeková, 2001). Sociální oporu můžeme zkoumat taktéž podle obsahu poskytované pomoci, tzn. podle druhů sociální opory. V českém prostředí se klasifikací zabývá např. Mareš (2002), J. Křivohlavý (1999), v zahraničí pak např. Laireiter a kolektiv (1997, in Mareš 2003). My jsme vycházeli z klasifikace autorů J. S. Househo, a R. L. Kahna (1985, in Cohen, et al 1985). Autoři pracují se čtyřmi kategoriemi sociální opory:

- *Instrumentální* sociální opora představuje konkrétní, věcnou pomoc.
- *Podpora sebevědomí* zastřešuje poskytování pozitivního srovnávání s druhými lidmi
- *Podpora pocitu sounáležitosti* poskytuje dítěti pocit začlenění do skupiny a pocit, že tu pro něj jsou dostupní lidé
- *Hodnotící* sociální opora reflektuje možnost hovořit s někým o svých problémech.

Se sociální oporou jdou ruku v ruce taktéž jistá rizika. Nejmarkantnějším z nich je přehnaná pomoc/péče, která ve svém důsledku snižuje samostatnost dítěte a narušuje jeho sebepojetí. Negativně dítě ovlivňuje nízká či nulová míra opory. Ta může vést k ztrátě důvěry v lidi a sociální struktury (srov. Křivohlavý, 2003; Mareš, 2002, 2003). Stresy se pojí se samotným udržováním interpersonálních vztahů a s konfliktními interakcemi (Šolcová, Kebza, 1999). Negativně působí taktéž opora poskytována nežádoucími lidmi, v nežádoucích situacích a v nežádoucí podobě (srov. Mareš, in Křivohlavý, 1999; Mareš 2003).

Kritérium adekvátnosti podpory dítěte akcentuje Hadaš (in Mareš, 2001), když říká, že nefunkční sociální opora vede v k externalizaci či internalizaci problémů. Toto pokládáme za stěžejní pro informovanou podporu dítěte s problémy v chování.

Uvedené teoretické poznatky slouží jako podklad pro využívání zdrojů z přirozených sociálních struktur dítěte i ze zdrojů „profesionálních“. Následující podkapitola slovenskému čtenáři předkládá nástin systémového rámce pro edukaci dětí s problémovým chováním.

---

[6] Obnovení pohody a zdraví není jediným výsledkem resilienčního procesu. Richardson G. E. (2002, s. 319) vidí stěžejní přínos resilience v nalezení a naučení se strategií pro vyrovnávání se s danými protivenstvími, což ústí v navýšení resilienčních kvalit a protektivních zdrojů a přímo rozvíjí dítě (respektive schopnosti dítěte řešit problémy).

[7] Velmi zjednodušeně lze říci, že dané úrovně odráží hloubku, intimitu vztahů mezi příjemcem a zdrojem sociální opory. S přibývající intimitou vztahů přibývá na významu kvalita vztahů, zatímco kvantita ustupuje do pozadí (Křivohlavý, 2003; Šolcová, Kebza 1999). Mareš (2011) hledá zdroje sociální opory primárně mezi osobami, s kterými má dítě osobní vztah.

Edukační systém pro děti s problémovým chováním – české institucionální prostředí

Následující stať se zabývá podpůrnými sítěmi z pohledu dětí s problémovým chováním. V České republice spadá podpora dítěte do mnoha resortů, my se zaměříme na resort školský. V ideálním případě by profesionální práce s dítětem s problémovým chováním měla začít již ve školách hlavního vzdělávacího proudu. Zde jsou dítěti dostupní pedagogové, výchovní poradci, metodik prevence, případně speciální pedagog či psycholog.

Pokud jsou projevy chování natolik výrazné, že si zasluhují systematičtější přístup, dítěti je k dispozici středisko výchovné péče (dále jako SVP). SVP poskytuje vzdělávací, sociální a terapeutické služby klientele s problémy v chování, v praxi zde však najdete celé spektrum stupňů poruchy chování. Podporu zde klienti získávají z řad vychovatelů, učitelů, etopedů, psychologů a sociálních pracovníků. SVP lze tedy považovat za první profesionální instanci k stabilizaci dítěte k normálnímu vývoji a z tohoto statusu navrací děti primárně zpět do jejich přirozených sociálních struktur. Objevují se první vlaštovky, kdy SVP po důkladné diagnostice doporučuje přeřazení dítěte do dalších typů zařízení. Diagnostické a koordinační činnosti však náleží diagnostickému ústavu (dále jako DÚ), který je klíčovým pracovištěm k v otázce přeřazování dítěte do zařízeních ústavní a ochranné výchovy, případně k jeho navrácení zpět do rodiny. Personální obsazení je obdobné jako u SVP.

Zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy sestávají z dětských domov (DD), dětských domovů se školou (DDŠ) a z výchovných ústavů (VÚ). První jmenované jsou určeny pro děti bez poruchy chování, pro děti s ústavní výchovou, která se nařizuje ze sociálních důvodů. Do dětských domovů může docházet dítě ve věkovém rozpětí 3-26 let. Stěžejními pracovníky bývají vychovatelé, terapeutickou podporu zajišťují externisté. Dětské domovy se školou jsou zařízeními pro děti s výraznějšími problémy v chování, které nepřesáhly věk 15 let. Děti s poruchami chování starší 15 let spadají do gesce výchovných ústavů. Dětské domovy se školou a výchovné ústavu vzdělávají děti v rámci zařízení, proto zde pracují jednak pedagogové a vychovatelé, jednak etopedi, psychologové a sociální pracovníci. Toto je velmi zjednodušený nástin českého systémového rámce pro podporu dítěte s problémovým chováním. Profesionální podporu v něm poskytují pedagogové, vychovatelé, etopedi, psychologové a sociální pracovníci 2010 (srov. Pilař, J., 2012; Vojtová V.) Aspekt profesionálů bývá při podpoře často skloňován jako stěžejní. Přitom dítě v institucionální výchově může čerpat taktéž ze svých přirozených struktur, kam patří rodina, vrstevníci a další.

Podpůrné zdroje dostupné pro děti s problémovým chováním

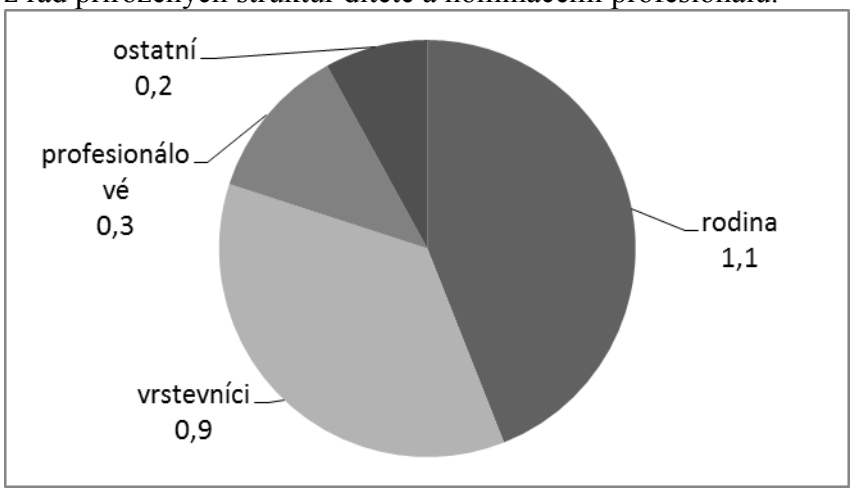
V našem výzkumném šetření jsme se zaměřili na podpůrné zdroje, které jsou dostupné dětem v institucionálním prostředí. Zkoumali jsme zdroje sociální opory po jejich kvantitativní stránce (velikost a složení podpůrných sítí) i po stránce kvalitativní (spokojenost se získanou oporou). Sociální oporu jsme měřili napříč edukačním systémem i pro dílčí instituce, a to celkově i pro její druhy (instrumentální sociální opora; podpora sebevědomí; podpora pocitu sounáležitosti; hodnotící sociální opora). Dosavadní výzkumný soubor čítá 123 dětí v institucionální edukaci.

Za výzkumný nástroj jsme zvolili modifikovaný ISEL – Interpersonal Support Evaluation List (Cohen, S, 1985). V naší verzi měli respondenti 24 otázek, každá otázka se představovala jednu náročnou situaci a respondenti u ní měli jmenovat, kdo by jim v daném případě pomohl, a jaký ho pojí s nápomocnou osobou vztah. U jedné otázky mohli respondenti jmenovat 0 – 9 lidí (tzn. celkově 216 v celém dotazníku). Na závěr každé otázky respondenti hodnotili spokojenost s poskytovanou pomocí na škále 1-5, kde 1 znamená nejlepší pomoc a 5 pomoc nejhorší. Závěr dotazníku patřil otázkám faktografickým.

Vybraná výzkumná zjištění

Stále se nacházíme ve fázi sběru dat, proto výzkumná zjištění zde uvedená mají průběžný ráz. Budou se týkat velikosti a složená podpůrných sítí a spokojenosti se získanou oporou.

Graf: průměrné složení podpůrných sítí předkládá, kolik zdrojů sociální opory a z jaké sítě respondenti volili pro jednu náročnou situaci. V našem souboru měli respondenti průměrně 2,5 osoby, která by jim v té které situaci pomohla. Z tohoto průměru největší část tvořili rodinní příslušníci a posléze vrstevníci. Z grafu je patrná nerovnováha mezi nominacemi podpůrných osob z řad přirozených struktur dítěte a nominacemi profesionálů.



Graf: průměrné složení podpůrných sítí na jednu náročnou situaci

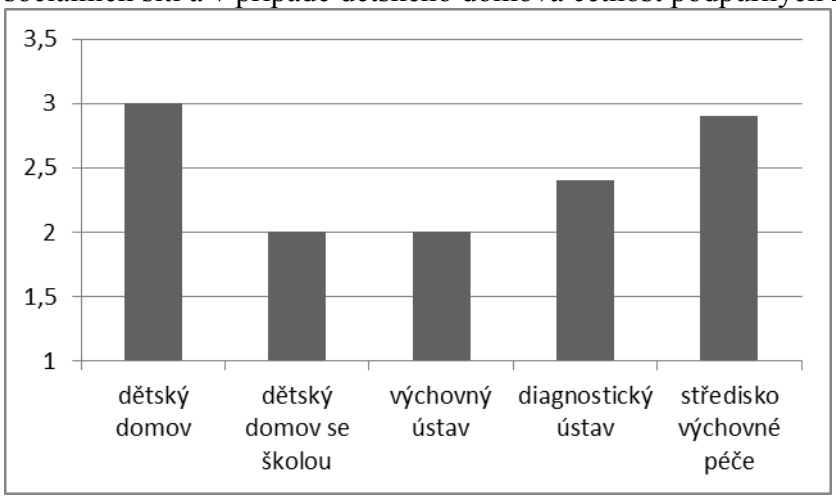
Jmenované podpůrné zdroje jsme podrobili hlubší analýze, ve které vyšly najevo nominace jednotlivých profesionálů. Výsledky předkládáme v tabulce: složení podpůrných sítí.[8] Respondentům poskytovali nejvíce opory vychovatelé. Toto potvrzuje tvrzení J. Pilaře (2012), že vychovatel má být klíčovým pracovníkem v podpoře dítěte, spojovacím elementem mezi dítětem a dalšími profesionály. Otázkou zůstává, nakolik je průměrná nominace 5,4 vychovatelů dostupných ve 24 náročných situacích dostačující. Toto číslo navíc navyšují respondenti z dětských domovů, podpůrná role vychovatelů ve zbylých zařízeních se jeví jako minimální. Popsanou situaci pro prostředí diagnostických ústavů a středisek výchovné péče interpretujeme tím, že si děti pro krátkou dobu pobytu v zařízení (8 týdnů) nestihnou či nechtějí s vychovatelem vybudovat podpůrný vztah. Tabulka předkládá další jmenované profesionály. I u nich je markantní nízká nominace. Za zmínku pak stojí nejnižší nominace etopeda (český ekvivalent léčebného pedagoga). Jeho podpůrnou roli však mohlo devalvovat, že jej respondenti zapisovali jako vychovatele.

Sociální sítě		**Total**	**DD**	**DDŠ**	**VÚ**	**DÚ**	**SVP**
Přirozené soc. sítě	Vrstevníci	21,1	21,9	14,5	18,2	23,1	30,4
	Rodina	25,5	26,5	25,2	19,6	25,9	30,2
	Partner/ka	3,1	2,5	1,4	5,1	3,6	4
Profesionálové	Vychovatelé	5,4	16,4	2,5	2,5	0,7	0,8
	Jiný ped. pracovník	1	2,6	0,4	0,5	0,6	0,2
	Učitelé	0,7	1	0,6	0,3	1	0,6
	Psycholog	0,3	0,4	0,1	0	0,3	0,6
	Kurátor/OSPOD	0,1	0	0,1	0,1	0,3	0
	Etoped	0	0	0	0	0,1	0,2
Jiní	Jiní	1,7	1,3	2,9	1,2	1,4	1,3

Tabulka: složení podpůrných sítí

[8] Data ukazují, kolikrát byly ty které podpůrné zdroje průměrně jmenování v celém dotazníku, tj. v 216 možnostech (ve 24 otázkách s možnými devíti zdroji).

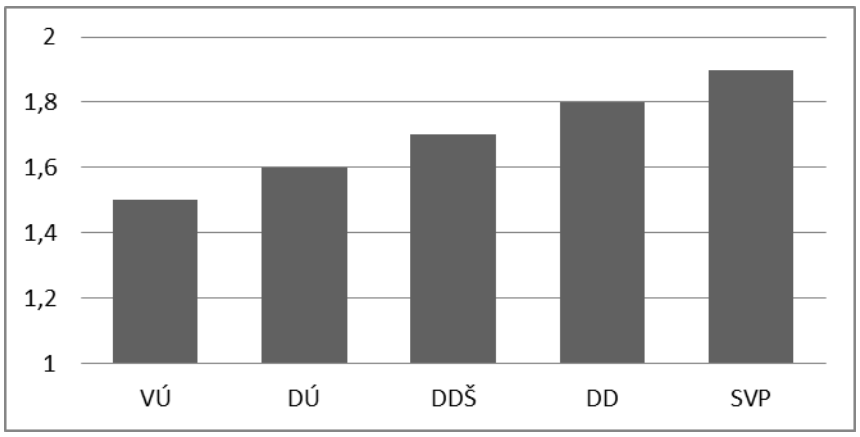
Ve výzkumném šetření nás dále zajímalo, jaké jsou rozdíly v sociální opoře v jednotlivých typech zařízení. Data (prezentovaná na grafu: průměrný počet podpůrných osob podle typu zařízení) ukazují, že počet zdroj sociální opory klesá se vzrůstající mírou restriktivního charakteru zařízení. Nejrozsáhlejší podpůrné sítě vykazovali respondenti z dětských domovů (3 podpůrné zdroje v jedné náročné situaci) a ve střediscích výchovné péče. Toto lze interpretovat několika způsoby. Dle prvního děti v těchto zařízeních mají se pohybují v riziku poruchy chování či mají problémy v chování,což se odráží v jejich sociálních kompetencích usnadňujících podpůrný proces. Druhé vysvětlení staví na faktu, že tyto skupiny dětí nejsou vytrženy zcela ze svých přirozených sociálních sítí a v případě dětského domova četnost podpůrných zdrojů navyšují vychovatelé.



Graf: průměrný počet podpůrných osob podle typu instituce

Na opačném konci stojí respondenti z výchovných ústavů a dětských domovů se školou. Omezenější podpůrné zdroje analogicky s předešlým vysvětlujeme slabšími sociálními kompetencemi, dopadem restriktivních opatření a také méně citlivými podpůrnými sítěmi. Data napovídají, že je vztah mezi závažností problémového chování a počtem podpůrných osob. Nepřemýšlíme přitom o kauzálním vztahu (do podpůrného procesu intervenuje více proměnných), jako o koexistenci.

Druhá část výzkumu mapuje, nakolik jsou děti v institucionálním prostředí spokojené s přijímanou oporou. Náš výzkumný soubor uváděl poměrně vysokou spokojenost s přijímanou podporou, získala známku 1,7. Překvapivým zjištěním pro nás je, že nejvyšší spokojenost udávali respondenti z výchovných ústavů. To si vykládáme tím, že tato skupina nemusí být citlivá vůči nárokům situace a neklade si vysokých nároků na podporu. Alternativní vysvětlení spočívá v přístupu participantů k vyplňování dotazníku, kdy bez přemýšlení známkovali pomoc číslem jedna. Máme i pozitivní interpretaci, a to že děti žijí ve výchovných ústavech dlouho a naučili se, jak v náročných situacích čerpat to, co potřebují. Nejnižší spokojenost uváděli participaci z dětských domovů a středisek výchovné péče. Opět analogicky s předešlým, spokojenost daných skupin ovlivňuje vyšší citlivost k potřebám a vyšší nároky na sociální oporu.



Graf: Spokojenost s podporou

Ve výzkumné šetření analyzovali taktéž vztahy mezi počtem zdrojů sociální opory a délkou umístění mimo rodinu, délkou pobytu v zařízení, věkem dítěte a jeho pohlavím. Tyto vztahy budou popsány v naší rigorózní práci.

Závěry a doporučení

Prozatímní výsledky výzkumného šetření dokládají nezastupitelný vliv přirozených struktur dítěte při jeho podpoře. Napříč tomu, že ve většině zařízení dochází k odloučení dítěte od rodiny, rodina stále hraje prim v nápomocném procesu. Z tohoto vyplývá, že bychom měli hledat cesty, jak rodinu podporovat, aby dítě podporovala co nejefektivněji. Podobnou situaci sledujeme u vrstevníků. I zde lze efektivní edukaci postavit na vrstevnické dynamice, vrstevnických projektech a jiných metodách.

Data ohledně profesionální podpory slouží jako zpětná vazba, jak ji děti hodnotí. Podle dat stojí stáe na okraji, přestože jedním ze stěžejních důvodů k umístění dítěte do ústavu je jeho profesionální reedukace a podpora. Data naznačují, že to co instituce nabízejí jako pomoc, nebývá dětmi jako pomoc chápána. Jsme však optimističtí ohledně toho, že profesionálové hledají a nachází cesty, jak svůj podpůrný potenciál lépe využívat.

Použitá literatúra

COHEN, S., et al. Measuring the functional component sof social support. In Sarason, G. I., Sarason, B. R., *Social Support: Theory, Research and Applications*, 1985. S. 73-94

HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. 774 s. ISBN :80-7178-303-X.

KOUBEKOVÁ, E. Vzťahy medzi percipovanou sociálnou oporou a niektorými osobnostnými charakteristikami adolescentov. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 2001, 36, 1, s. 39-49. ISSN 0555-5574.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Moderátor zvládání zátěže typu sociální opory. *Československá psychologie*. 1999, 43, s. 106-118. ISSN 0009-062X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. Praha : Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

MAREŠ, Jiří. *Sociální opora u dětí a dospívajících I.* 2. vyd. Hradec Králové : Nucleus, 2001. 151 s. ISBN 8086225194.

MAREŠ, Jiří. *Sociální opora u dětí a dospívajících II.* Hradec Králové : Nucleus, 2002. 188 s. ISBN 8086225259.

MAREŠ, Jiří. *Sociální opora u dětí a dospívajících III.* Hradec Králové : Nucleus, 2003. 252 s. ISBN 8086225461.

MURRAY, C. Risk Factors, Protective Factors, Vulnerability, and Resilience: A Framework for Understanding and Supporting the Adult Transitions of Youth with High-Incidence Disabilities. *Remedial and Special Education*. 2003-01-01, vol. 24, issue 1, s. 16-26. DOI: 10.1177/074193250302400102.

NOVOTNÝ, J. S. *Comprehensive resilience model for research and assessment.* Brno, 2011. Disertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

PILAŘ, Jiří. Právní vymezení a systém ústavní péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. PACNEROVÁ, Helena a Adéla Z. KUPCOVÁ. *Vybraná témata vychovatelské praxe: inspirace pro vychovatele v zařízeních ústavní a ochranné výchovy*. Vyd. 1. Praha: Togga, 2012, s. 113-123. ISBN 978-80-87258-43-9.

RICHARDSON, Glenn E. The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of Clinical Psychology*. 2002, vol. 58, č. 3, s. 307-321. DOI: 10.1002/jclp.10020.

Úmluva o právech dítěte: přijata v New Yorku 20.listopadu 1989. 1. vyd. Brno: Teofakt, 1991, 27 s.

UNGAR, Michael. Hidden pathways to resilience: How "deliquet" behavior cn be a good thing. *CrossCurrents*. 2007/2008, roč. 11, č. 2, s. 8.

ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 102 s. ISBN 978-802-4729-473.

ŠOLCOVÁ, L a V KEBZA. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *E-psychologie Českomoravská psychologická Společnost*. 2003. roč. 43, č. 1, s. 19-38. ISSN 0009-062X.

VASQUEZ, Gloria. Resiliency: Juvenile Offenders Recognize Their Strengths to Change Their Lives. *Corrections Today*. 2000, roč. 62, č. 3, s. 106-125.

VOJTOVÁ, Věra. Podmínky edukace dětí s poruchami emocí a chování. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, s. 379-385. ISBN 9788073151980.

VOJTOVÁ, Věra, ČERVENKA, Karel et al. *Edukační potřeby dětí v riziku a s poruchami chování.* Brno: MU, 2012, 193 s. ISBN 978-80-210-6134-7.

VOJTOVÁ, Věra a Karel ČERVENKA. Umíme vnímat odlišné strategie dětí s poruchami chování? In Ratolest Brno. *Umíme vnímat odlišné strategie dětí s poruchami chování?* Brno: občanské sdružení Ratolest Brno, 2011. s. 134-143, 145 s. ISBN 978-80-260-0137-9.

ZVLÁDANIE STRESOVÝCH SITUÁCIÍ U DETÍ, ŠKODLIVOSŤ POUŽÍVANIA IT PRI VÝUČBE

MARTÍNEK Zdeněk
Pedagogicko – psychologická poradna Pelhřimov

V současné době se školy, pedagogicko – psychologické poradny, střediska výchovné péče a vůbec všechna zařízení zabývající se výchovou, potýkají s mnohými sociálně patologickými jevy, které se objevují u našich dětí a mládeže. Nejedná se pouze o zneužívání návykových látek, o záškoláctví, lhaní apod., ale stále častěji se objevuje agresivita, agrese a tzv. šikana = záměrné ubližování, které jsou problémem, troufám si říci, všech škol naší republiky. Vedle těchto jevů se stále častěji setkáváme s inklinací dětí a mládeže k různým subkulturám, jako jsou např. fotbaloví hooligans (spouštějící násilí na fotbalových stadionech nejen v průběhu zápasu, ale i po něm), dále skinheads, Gottic rock, Emo, apod. Pokud někdo tvrdí, že na jeho škole se tyto jevy nevyskytují, dává pouze najevo neznalost prostředí vlastní školy, popř. v horším případě tyto jevy popírá, nechce je vidět. Určitou příčinou tohoto popření je bezradnost nad řešením sociálně patologických jevů, někdy i strach z reakce okolí, především rodičů, kteří své děti mnohdy až nekriticky brání. Cílem tohoto pojednání je objasnit širší souvislosti v projevech agresivity a agrese u našich dětí a mládeže, zamyslet se nad příčinami negativního chování.

Agresivita x agrese

Dané pojmy jsou v našem jazyce (a to laickém i odborném) velice často zpodobňovány, přitom každý z nich znamená něco jiného .

Agresivita (z lat. Agressivus – útočný) je do jisté míry charakteristický znak osobnosti jedince. Každý člověk musí být vybaven určitou mírou agresivity, jinak by neměl ve společnosti šanci na přežití. Vnější okolnosti nás často nutí k tomu, abychom agresivitu použili ve svém chování, ať už v osobním nebo i profesním životě.

Míra agresivity je u každého člověka jiná, dá se říci, že někteří jedinci disponují velice nízkou mírou agresivity, někteří naopak se svojí agresivitou těžce bojují, protože ovládá jejich život a působí vážné komplikace v mezilidské komunikaci.

Co je tedy pravděpodobnou příčinou zvýšené agresivity u jedince? Výraznou roli hrají genetické faktory, některé prameny uvádí, že až ze 60% je agresivita dědičná. Těžko lze očekávat,že se potomek silně agresivního otce bude chovat jako anděl. Některé výzkumy, zabývající se např. domácím násilím potvrzují, že pokud je chlapec svědkem domácího násilí na matce, je až 90% pravděpodobnost, že i on bude v dospělém věku domácím násilníkem. Rovněž tyto výzkumy ukazují, že pokud je dívka svědkem domácího násilí na matce, stane se z ní s velkou pravděpodobností v dospělém věku oběť domácího násilí.

Daleko větší problémy s agresivitou však mají děti, které jsou vychovávány tzv. skrytě agresivní matkou. Jedná se o matky, které se do očí učitelů staví do pozice maximálně milující matky: „Paní učitelko, já bych na svoje dítě nikdy nesáhla, nemám to srdce ho potrestat.“ Její výpověď je mnohdy velice přesvědčivá. Je to pravda, tato matka by skutečně na své dítě sama nikdy nesáhla. Ví však, že otec dítěte je „pruďas“ a nejde pro ránu daleko. Když dítě zlobí, používá matka instrukci: „Jen počkej, až táta přijde, on si to s tebou vyřídí.“ Po příchodu otce začne skrytě agresivní matka všechny prohřešky dítěte hlásit, mnohdy ještě situaci patřičně přibarví a nakonec se s klidem dívá, jak otec dítě trestá. Z vlastní praxe mohu potvrdit, že těchto výchovných scénářů se v našich rodinách vyskytuje nepřeberné množství. Pokud k výše uvedené situaci dojde , dostává se dítě do značně složité situace. Matka jednak přenese zodpovědnost za trestání na otce a tím se zbavuje své vlastní zodpovědnosti za jakýkoliv výchovný zásah vůči dítěti. Dále v sobě tato matka

popírá pud chránit své mládě před nebezpečím z okolí. Otec je pro takové dítě osobou „nečitelnou," tzn. jemu si paní učitelka nestěžovala, on tam nabyl, navíc dítě často neví, jaká bude reakce otce. Jedinec, který tyto situace pravidelně zažívá, začíná vnímat svět jako nebezpečný, není zde nikdo, kdo by mě ochránil, ke komu bych se mohl schovat. Děti vychovávané skrytě agresivní matkou nakonec začnou vnímat svět jako místo, kde z každého kouta číhá nějaké nebezpečí a já musím být připraven tomuto nebezpečí čelit. Ve školním prostředí jsou výše uvedené děti poměrně dobře rozeznatelné – jsou popudlivé, vznětlivé, každý sebemenší podnět, který zavání potencionálním nebezpečím, provází výbuch vzteku či agrese (dalo by se lidově říci, že „startují na první našlápnutí"). Dítě vychovávané skrytě agresivní matkou má ve školním prostředí často velice těžkou pozici. Pro učitele jde o problémového jedince, který se těžko výchovně zvládá, a je často trestán, na druhou stranu pro třídu je takové dítě častým zdrojem obveselení a zábavy – stačí ho vyprovokovat a všichni se jeho reakcím upřímně smějí, mnohdy nudné přestávky a hodiny volna jsou tak patřičně zpestřeny. U těchto dětí je vždy nutné pátrat po příčinách jejich vznětlivosti, neodsuzovat je hned za jejich nevhodné chování, při rozhovoru s rodičem by měl učitel vždy nejprve vyzvednout kladné stránky osobnosti dítěte, poté řešit to, co je problémové.

Další možnou příčinou zvýšené agresivity u dítěte může být fakt, že rodiče od raného věku potvrzují, že agresivita slouží k dosažení vytyčeného cíle.

Každé dítě ve věku zhruba tří let se začíná chovat přirozeně agresivně. Tento stav souvisí s procesem rozvoje tzv. „prvního já," dochází k sebeuvědomování jedince a tendenci jednat samostatně. Každý rodič si určitě pamatuje situace, kdy jeho tříletá ratolest si vztekem, dupáním, kopáním, mlácením pěstičkami, apod., vynucovala pozornost a chtěla jednat samostatně: „Já to udělám, já tam nepůjdu, apod." Jestliže rodič začne ustupovat svéhlavému jednání dítěte a jedná pod scénářem: „Radši ustoupím, aby byl klid, raději mu vyhovím, aby nedělal na veřejnosti ostudu", dává dítěti v podstatě signál: „Dělej to, vždyť to přece funguje." Uvědomme si, že scénáře chování, které dítě používá v budoucím životě, se ve většině případů vytvářejí již ve věku právě tří až čtyř let. Všem rodičům radím, aby vztekajícímu dítěti neustupovali, můžeme dát sice najevo, že vidíme, že se dítě zlobí, že jeho vztek chápeme, ale dítě musí dostat jasný signál, že jeho chování je kontraproduktivní a nic jím nezíská.

Agresivita spojená s tzv. „výchovnou slepotou" rodiče

jedná se o situace, kdy rodiče odmítají jakoukoliv spolupráci, nevidí v chování svého dítěte naprosto žádný problém a nic řešit nechtějí. Tito rodiče svádějí vinu za chování svého potomka na školu, spolužáky, většinou tvrdí, že doma se dítě chová zcela normálně, potíže s ním mají pouze ve škole, škola je od toho, aby si nezvladatelné chování jejich dítěte vyřešila, rodiče se zbavují zodpovědnosti za chování dítěte. Tito rodiče nejsou schopni přijmout jakoukoliv výtku vůči jejich výchově, mají pocit, že vše dělají správně a pro blaho svého potomka.

Naprostou katastrofou jsou situace, kdy rodič dokonce své dítě k agresivitě nabádá – dítě je vedeno v představě, že současný svět je jenom o konkurenci, a pokud jedinec nemá „ostré lokty," nemůže v této silné konkurenci obstát.

V těchto případech jsou učitel, psycholog i psychiatr naprosto bezmocní, bez úzké spolupráce rodičů na problému nelze nic řešit a vyřešit. Pravé potíže u výše zmíněných dětí nastávají v okamžiku, kdy se terčem jejich agresivity stávají sami rodiče, nedokážou ho zvládnout ani v domácím prostředí (často se situace vyostří v období puberty). Až když se sami rodiče cítí ohroženi, přicházejí pro odbornou radu, v mnohých případech se však agresivní chování dospívajícího jedince již nedá terapeuticky zastavit, mnohdy zbývá pouze jedno řešení a to určitá forma represe.

Výše uvedené příčiny zvýšené míry agresivity jsou do určité míry terapeuticky ošetřitelné, pokud se rodič s dítětem ve správnou dobu dostanou do terapeutického vedení, může být problém poměrně rychle rozkryt a patřičně řešen.

Existují však případy, kdy sebelepší a sebeodbornější pomoc není nic platná, nic nefunguje, dítě je jakémukoliv zásahu ze strany terapeuta imunní. Jedná se o případy, kdy agresivita je zapříčiněna organickým poškozením mozku, např. poporodní trauma, úraz hlavy, zánět mozku, apod. Tyto případy spadají většinou do péče psychiatra, mnohdy musí být indikována medikamentózní léčba a ani ta nebývá vždy úspěšná.

Agrese (z lat. aggressio – výpad, útok – jednání, jímž se projevuje násilí vůči některému objektu nebo nepřátelství a útočnost s výrazným záměrem ublížit).
Znamená akt, kdy jedinec použije agresivitu ve svém chování. V odborné literatuře se setkáváme s různými definicemi agresí, s mnoha děleními, z nichž každé má své zastánce ale i odpůrce. Většina z nás má představu, že agrese je něco nepřípustného, nesprávného či dokonce patologického. Nesmíme však zapomínat, že agrese může mít do určité míry i pozitivní náboj – např. agrese sportovce k dosažení lepšího výsledku, agrese matky bránící své dítě.

I agrese má většinou své typické příčiny. Za jednu z nejčastějších příčin zvýšené agrese u dětí považuji **mediální násilí**. Je pravdou, že výsledky studií, zabývajících se tímto fenoménem jsou nejednoznačné a mnohdy si i odporují. Důležité je však uvědomit si, že média mají velkou moc ovlivňovat myšlení, jednání i cítění lidí. Prostřednictvím televize lze manipulovat s informacemi, zjednodušovat realitu, jednoznačně upřednostňovat některé názory.

Agrese shlédnutá v televizi může zároveň sloužit jako vzor vhodný k napodobení – malé dítě má poměrně nízkou rozlišovací schopnost v tom, co je možné a co ne, co je skutečné a co je fikce. Časté pozorování násilí upevňuje přesvědčení dítěte, že agrese je přípustná, povolená a pomocí ní může řešit konflikty, do kterých se během života dostane. Agrese, která je ve filmu prezentována jako morálně ospravedlnitelná, neboť oběť si zaslouží, aby byla napadena, většinou vyvolává u jedince agresivní chování. Navíc u dětí, které vnímají svět zjednodušeně, musíme počítat s tím, že neporozumí jemným nuancím významu, jenž je sdělován násilnickou scénou – jejím obsahem. Děti se zaměřují pouze na vnější podobu agrese, nechápou však záměr, proč se agresor tak chová.

Vraťme se však k televizi a malému dítěti. Dnešní děti jsou od raného věku vysloveně „bombardovány“ vzory agresivního chování skrz televizi, DVD, video, počítač. Poměrně známé jsou příběhy Tomma a Jerryho. Situace, které tyto dvě postavičky prožívají, v dětech i dospělých vyvolávají smích, připadají nám legrační. Ovšem způsob, jakým se tyto postavičky k sobě chovají, je plný agrese a násilí. V každém příběhu je tělo ať již kocoura nebo myši nějakým způsobem zraněno, deformováno. Během krátké chvíle jsou však jejich těla vrácena do původní podoby a zvíře nadále funguje jako nepoškozené. Rozlišení dobra a zla v rámci postavy není v těchto příbězích plně definováno. Dokáže snad někdo odpovědět na otázku, zda je hodný Tomm nebo Jerry?

Daleko zhoubnější vliv však mají na dítě filmy s akčním nábojem. Akční film ovlivňuje malé dítě hned z několika směrů.

Akční film je proto akční, že se jednotlivé sekvence filmu střídají velice rychle. Psychická vybavenost malého dítěte však není připravena spolehlivě tyto sekvence odlišit. Film pak dítěti splývá do jakési „šedé skvrny,“ z které do popředí vystupují scény emočně zabarvené – tzn. scény plné křiku, násilí a krve, ty se pak dostávají do vědomí dítěte, to si je fixuje, stávají se jeho vědomostní výbavou.

Další směr - akční film, který může být pro dospělého člověka naprosto jednoduchý až primitivní, je pro dítě složitý, nedokáže se v něm orientovat, dítě nemá pevně vyjasněno, proč se

ten který hrdina agresivně chová, co svojí agresí chce dosáhnout. Film se tak pro něj stává naprosto nečitelným.

Nejhorším směrem pro malé dítě je situace, kdy se kladný akční hrdina chová agresivním způsobem. Často tento hrdina brání slabé proti silným, ovšem používá k této obraně agresi a násilí.

Čím častěji malé dítě tyto filmy sleduje, tím více si v hlavě utváří jakousi „kartotéku" kladných akčních hrdinů, jejich chování si fixuje ve svých paměťových mapách. Pokud takové dítě přijde do širšího sociálního prostředí (tím je mateřská škola, základní škola, apod.) může se dostat do konfliktní situace, která velice zdánlivě připomíná scénu, kterou prožíval jeho akční hrdina ve filmu. V tomto okamžiku se projeví tzv. „**oživení scénáře násilí,"** což znamená, že dítěti bleskem projede hlavou: „Jak by se asi v této situaci zachoval můj kladný akční hrdina?" a dítě jeho chování napodobí. Čím obsažnější je v hlavě dítěte „kartotéka" kladných akčních hrdinů, tím variabilnější způsoby agresivního chování dítěte. Učitelé se dnes na školách dnes a denně setkávají s fenoménem oživení scénáře násilí v podobě mnohdy až bizarních a legračních napodobenin úderů, kopů a ran. Čím více dítě poznává, že se ostatní jeho agrese bojí, vyhýbají se jí, tím více se u něho agresivní chování posiluje, objevuje se pak tendence všechny konflikty řešit právě tímto chováním.

Podobnou funkci jako média plní v tomto smyslu i počítačové hry. Je jisté, že počítač a schopnost jeho obsluhy se stávají dnes neodmyslitelnou součástí našeho života. Mnoho programů dokáže dětem překonat nesnáze ve výuce, existují hry, které dokážou procvičovat koncentraci pozornosti, schopnost orientace v prostoru, logické myšlení, apod.

Dle mého názoru však nemůžeme přijmout za normalitu hry, kdy se dítě snaží postřílet co nejvíce nepřátel, co nejvíce policajtů, apod. V těchto případech se dítě často identifikuje s agresorem, násilí začne brát jako společenskou normu – agresi začne považovat za přirozený způsob sebeprosazení se.

Je pravdou, že názory odborníků o vlivu mediálního násilí na jedince jsou velice rozporuplné. Někteří autoři zcela zpochybňují význam tohoto vlivu, někteří ho naopak považují za jednu z nejhlavnějších příčin růstu agresivního chování mezi dětmi a mládeží. I experimenty, probíhající na tomto poli, nedokázaly dát spolehlivou odpověď (ovšem uvědomme si, že experiment vždy probíhá v umělém prostředí).

Je zřejmé, že násilí v televizi přispívá k růstu agrese jedince, vždy je však nutné počítat i s jinými faktory, které se u dané osoby na míře jeho agrese podílely – ať již je to rodina, širší společenské prostředí, či negativní zážitky, kterými takový jedinec prošel v průběhu svého vývoje.

Potvrzování funkčnosti agrese – další častá příčina zvýšeného výskytu

Již v úvodní kapitole o agresivitě byl zmiňován případ tříletého dítěte, které si dokáže svým vztekem získat výhody a prosadit se. Totéž platí i o agresi. Někteří jedinci mají zvýšenou tendenci agresí zastrašovat, pomocí ní si posilovat svoje místo nejen v žákovském kolektivu, ale i v celé škole. Pokud kolektiv učitelů pouze pasivně k chování takového agresora přihlíží, popř. přijme jeho chování jako neměnné, s kterým se musí smířit, nastává zcela obdobná situace. Jedinci, kterým agrese funguje k prosazení svých záměrů a své pozice, velice brzy ztrácejí zábrany, kam až mohu ve svém chování zajít. Agrese slouží jako prostředek k vyřešení jakéhokoliv problému, nezaleknou se žádného výchovného opatření a v dospívajícím věku z nich ve většině případů vyrůstají jedinci s výraznou tendencí k sociálně patologickému chování násilného typu.

Nečitelnost ve výchově:

Výchova rodiče i vychovatele by měla být pro každé dítě naprosto čitelná, což znamená opět nastavení jasných pravidel „co za co bude.“ Čitelný rodič podporuje ve svém dítěti jistotu, že každý problém se dá vyřešit, a pokud nastane nějaký prohřešek, ponese si za něj dítě určitý přirozený následek, kterým bude tento prohřešek vyřešen.

Nečitelný rodič působí na dítě nejistě. Jeho nečitelná výchova spočívá v nejasných pravidlech, odměna či trest dítěte jsou přímo závislé na náladě rodiče. Pokud mají otec či matka dobrou náladu, sebevětší prohřešek je bagatelizován, projde bez větších problémů. Naopak, jestliže rodiče právě oplývají špatnou náladou, sebemenší přestupek je přísně a nekompromisně potrestán. Potíž je v tom, že dítě zrovna neví, jakou náladu momentálně rodič má. Pokud se dítě dostane do této situace, prožívá výraznou nejistotu a každá nejistota budí napětí a agresi.

Bohužel nečitelnost ve výchově nemá za následek pouze agresi v chování, je častou příčinou i jiných sociálně patologických projevů u dítěte, jakými jsou lež, záškoláctví, úmyslné podvody, apod. Dítě se nakonec dostává do nekonečného začarovaného kruhu problémů, z kterých samo nedokáže vystoupit. Je trestáno a postihováno stále dokola za kupící se potíže v chování, málokdo se však zamyslí nad tím, kde je vlastně příčina jeho negativního chování. Ve své praxi se stále setkávám s výše popsaným fenoménem, rodiče přicházejí s tím, že dítě nezvládají, nevědí si s ním rady, málokdy si však připustí, že pravými spouštěči problematického chování jsou právě oni.

Současná uspěchaná doba, honba za materiálním zabezpečením rodiny nahrává této situaci. Velice často se nečitelnost ve výchově objevuje i ve zdánlivě dobře fungující rodině. Na tomto místě musím zmínit poměrně novou problematiku tzv. **dvoukariérových manželství.** Tento jev se rozmohl především v podnikatelských rodinách, kde oba rodiče jsou plně vytíženi svým oborem, věnují se mu daleko více, než je zákonem stanovená pracovní doba, na dítě nezbývá žádný čas kromě zajištění základní potřeb. Oba rodiče přicházejí z práce vyčerpaní, nervózní, jejich nálada je závislá na momentálním úspěchu v práci – pokud rodič ten den byl úspěšný, je jeho nálada zjevně lepší, než v situaci, kdy se nedaří – toto však dítě netuší. Zmíněným rodičům naprosto nedochází, že by v jejich výchově byly nějaké chyby – oni se přece starají o to, aby se jejich děti měly dobře, aby jim mohly koupit všechny lákavé věci, které jim nabízejí všudypřítomné reklamy, televize, obchody. Vše je v pořádku až do doby, kdy se dítě začne svých rodičů bát, začne jim zatajovat známky, jeho chování se ve škole prudce zhorší. Nastoupí zákazy, tvrdší tresty, popřípadě výprasky, dítě od svých rodičů dostává pouze signály nespokojenosti s jeho učením a chováním. Opět jsme v pomyslném bludném kruhu, z kterého samo dítě bez pomoci rodičů nevyskočí, byť by se snažilo sebevíc.

Nečitelnost ve výchově, dvoukariérové manželství, ale rovněž „podmíněná láska“ (tzn. budu tě mít rád, když ….), ovšem i odmítání dítěte mohou mít za následek jednu z velice častých nespecifických poruch chování, a to **opoziční vzdor.** Jedná se o poruchu, která se projevuje typickými znaky:

- Častá a nápadná náladovost dítěte
- Časté a záměrné vyvolávání hádek s dospělými
- Stálá neposlušnost
- Odmítání základních povinností či jejich neplnění
- Agresivní sebeprosazování
- Dělání věcí, o kterých jedinec evidentně ví, že dospělým či vrstevníkům vadí

- Svalování viny za vlastní prohřešky na někoho jiného
- Přecitlivělost vůči vrstevníkům či dospělým
- Mrzutost
- Zlomyslnost a mstivost
- Časté používání vulgarismů

Opoziční porucha chování postihuje vztahy dítěte k celému světu – má problémy s vrstevníky, učiteli, rodiči, prarodiči, prostě s celým okolím. Je nezbytně nutné, aby se takový jedinec dostal co možná nejdříve do intenzivní terapeutické péče – a ani ta není vždy úspěšná. Pokud tato péče neproběhne, hrozí v dospívajícím či dospělém věku kriminalizace.

Agrese a vliv party (subkultury):

Každý člověk je od narození členem mnoha skupin, jejichž tlaku je neustále vystavován. Zde platí určité pravidlo: čím bližší je vztah jedince ke skupině, tím menší je jeho schopnost se od této skupiny distancovat, hrozí riziko nesoudného přijetí mnohdy patologických norem, jedinec ztrácí svoji individualitu a „zdravý rozum." U některých skupin se setkáváme s prezentací agrese a násilí (např. skupiny s prvky rasistické ideologie). Jedinec se často identifikuje s normami těchto skupin, významnou roli hraje fenomén vůdce, jehož chování se stává příkladem pro ostatní. Pokud je agrese skupinou přijímána za normu, jedinec má tendenci se s ní mnohdy bezmyšlenkovitě ztotožnit, ztrácí tak individuální identitu ve skupině – jedná pod vlivem davu. Pod tlakem skupiny ztrácí kontrolu nad vlastním agresivním chováním, dopustí se často činů, které by sám za normálních okolností neprovedl. Parta či subkultura umožní jedinci anonymitu, dává mu pocit sounáležitosti, příslušnosti, posiluje pocit, že někam patří. V neposlední řadě za výsledek jednání nese odpovědnost celá skupina, individuální vina je zcela potlačena.

Hodnotový systém jedinců, sympatizujících s agresivními skupinami:

- tvrdost, neohroženost a schopnost bojovat
- tvrdost vůči sobě i jiným
- připravenost k fyzickému zápasu, která navenek působí jako odvaha
- pohrdání lidským životem
- úsilí o autonomii a svobodu v jednání – nikdo mi nebude nic nakazovat, mohu si dělat, co sám uznám za vhodné
- vyhledávání vzrušení a rozptýlení – únik z každodenní nudy
- tendence vidět výsledky snahy o pozitivní změnu jako zbytečné, nevedoucí k ničemu. Tito jedinci jsou přesvědčeni o tom, že nemohou změnit svůj osud, agrese je způsob, jak se alespoň někde prosadit.

Příčina inklinace k subkulturám či partám s agresivním programem spočívá v naprosté většině případů v primárním výchovném a společenském prostředí, kde takový jedinec vyrůstá.

Jednou skupinou jsou děti a mladiství, kteří neznají rodičovskou jistotu a přijetí, mají zvýšenou touhu někam patřit, být uznáváni, získávají od party pocit, že jsou silní, potřební, mají většinou stejnou zkušenost z rodin, jako ostatní příslušníci.

Další skupinou jsou jedinci, kteří prošli příliš autoritářskou výchovou, rodiče jim dávali najevo, že nic není správně. V jejich výchově od raného věku převažuje pokárání nad pochvalou – věci, které přirozeně dělají dobře, jsou rodiči považovány za samozřejmost, neustále se poukazuje

pouze na chyby, často se za tyto chyby nepřiměřeně trestá. Pozor, k tomuto výchovnému scénáři mohou sklouznout i učitelé – přirozená snaha dítěte je samozřejmá, sebemenší zaváhání je kritizováno a trestáno.

Dále se jedná o děti, které nejsou schopné zvládat mnohdy nereálné nároky rodiče. Tyto děti jsou tlačeny k výkonům , kterých nejsou schopny dosáhnout, nic pro jejich rodiče není dokonalé. Velice tvrdým kalibrem je srovnávání s úspěšnějším sourozencem: „Podívej, jaké známky má bratr, proč nemůžeš být jako on?“

Rodiče výše zmíněných dětí do nich často projikují svá vlastní přání a touhu po úspěchu: „Čeho jsem nedosáhl já, musíš dosáhnout ty.“

Kyberšikana jako závažný způsob zneužití IT technologie

Kyberšikana se v současné době stává poměrně velkým problémem mezi dětmi a mládeží. Poslední výzkumy ukazují, že zhruba 22% žáků v roce 2012 zažilo nějaký typ kyberútoku. Jedná se o ubližování oběti prostřednictvím e-mailu, facebooku, mobilního telefonu, apod.

Základní rysy kyberšikany:

- anonymita
- nezávislost na místě a čase – zasáhne nás kdykoliv a kdekoliv
- proměna agresora i oběti – není potřeba fyzická síla, důležitá je zdatnost v komunikačních technologiích
- slouží pro pobavení každého
- obtížná kontrola a rychlé šíření

Základní druhy útoků:

- kyberstolking – posílání obtěžujících, výhružných nebo krutých zpráv formou SMS, e-mailu, ICQ, apod.
- phising – kradení hesel a následné zneužívání osvojeného účtu
- blogování – zveřejňování intimních informací nebo pomlouvání prostřednictvím blogu
- kyberbullying – zveřejňování lživých informací a obrazových materiálů na webových stránkách nebo jejich šíření telefonem
- bluejacking – posílání dehonestujících obrázků přes mail, mobilní telefony, apod. – terčem bývají často učitelé
- internetové hlasování – hlasování o spolužákovi prostřednictvím facebooku
- happy – slapping – videonahrávka, ve které se aktéři baví útokem na nic netušící oběť
- kybergrooming – chování, které má v dítěti vyvolat falešnou důvěru a připravit je na schůzku v reálném světě, jejímž cílem je oběť pohlavně zneužít

Základní pravidla při setkání s kyberšikanou

- okamžitě ukončit komunikaci
- blokovat útočníka (zamezit přístup k účtu, telefonnímu číslu, zablokování útočných zpráv)
- oznámit útok – především Policii ČR
- uchovat důkazy
- snažit se změnit kyberidentitu

V rámci školy je nutné sledovat, co žáci dělají na počítačích během výuky IT, popř. kde se pohybují na internetu ve školní družině či školním klubu, apod.

VYCHOVÁVATEĽ AKO TERAPEUT? KONFLIKT ALEBO SÚLAD ROLÍ?

ŠKOVIERA Albín

Rozhodnutie zaoberať sa témou, ktorá už v svojom názve má dva otázniky a vyvoláva rad otáznikov ďalších, témou, ktorá s pravdepodobnosťou blížiacou sa istote môže podnecovať a dráždiť „pravoverných“ psychoterapeutov, nie je jednoduché[9]. Dotýka sa totiž nielen rýdzo odborných hľadísk, ale viacerým zasahuje do ich „statusov“, do ich seboobrazu. Pritom sme si vedomí toho, že (psycho)terapeuta nemôže robiť ktokoľvek, čiže každý. Sme si však vedomí aj toho, a to zdôrazňujeme, že ktokoľvek, čiže každý, nemôže robiť ani vychovávateľa. A to je jedna z ďalších otázok: ak pripúšťame **A**, pripúšťame aj **B**? Jednoducho, ide o pomáhajúce profesie, a profesionálne pomáhanie iným je naozaj veľmi vážna vec.
Na jednej strane silnejú hlasy, ktoré „volajú“ po širšom uplatnení terapie či dokonca terapií v procese najmä inštitucionálnej prevýchovy, na druhej strane počujeme veľmi rozdielne názory na to, kto by túto nespochybniteľne odbornú činnosť mal vykonávať. Vôbec nevadí, že v súlade s duchom postmoderny, na jednej strane relativizujeme (prispôsobujeme) pojmy[10], alebo, presnejšie, prispôsobujeme si ich tak, aby vyhovovali nám, ktorí sa cítime byť arbitrami súčasného „ducha doby“, na druhej strane, paradoxne, chceme, možno až rigidne, „zakonzervovať“ pojem (psycho)terapia[11]. To, že viaceré (psycho)terapeutické spoločenstvá majú znaky výberových „elitných“ (intelektuálno-ekonomických?) klubov a neraz až znaky akejsi sekty v tomto kontexte neriešime, ale zrejme ani to nie je náhoda.

Naša „história“ témy

- V roku 1970 sa nám podarilo byť na „stáži“ v Prahe v Dennom psychiatrickom sanatóriu Na Hřebenkách, ktoré je známe z predemigračného pôsobenia Jiřiny a Ferdinanda Knoblochovcov. Ich práca (neskôr svetovo oceňovaná) bola postavená na systéme terapeutickej komunity a integratívnej psychoterapie. Časť praktických terapeutických aktivít (najmä činnostnú terapiu) tu viedli špeciálne pripravované stredoškolsky vzdelané zdravotné sestry - **terapeutky**.
- V roku 1972 skončili prví absolventi (medzi nimi aj autor príspevku) liečebnú pedagogiku so špecializáciou terapeuticko-výchovnou. Bez možnosti „odkukávať“ a tak sa učiť. V diagnostickom ústave, ale aj na pedopsychiatriách, kam vstúpili, dostali na realizáciu veľký priestor... a hľadali sa v ňom Nemali problém byť „terapeutmi“. A mali pritom vzdelanie vcelku porovnateľné so spomínanými terapeutkami.
- Je jedným z najväčších paradoxov doby, že práve obdobie normalizácie a politického útlaku v sedemdesiatych rokoch minulého storočia prinášalo do prevýchovných zariadení nového ducha. Začali sa pre pracovníkov prevýchovných zariadení terapeutické výcviky (psychodynamické - typu SUR), ktorých iniciátormi boli J. Štúrová, J. Kožnar, S. Hubálek P. Hájek a ďalší. Išlo o zmes Čechov a Slovákov, psychológov, vychovávateľov i učiteľov. Cieľom bolo „zmeniť ducha“, či kultúru týchto zariadení.

---

[9] Príspevok vznikol v rámci projektu **Sociálne mikrokultury detí v ťažkých životných situáciách.**
VEGA 1/0445/11

[10] Nie je vôbec výnimočné, že „domáci miláčikovia“ dostávajú bežné „ľudské“ mená, že sa o ne staráme viac ako o deti a považujeme ich za **„členov“ rodiny**. Ani manželstvo nie je už výsadou heterosexuálov.)

[11] Pred viacerými rokmi sme dostali, prof. Zelina a ja, kritický mail od známeho slovenského psychológa Stana Filu. Komentoval v ňom nadužívaniu pojmu terapia. V závere napísal: „Keď si sadneme s dieťaťom oproti sebe na stoličky a budeme si hádzať loptu, tak to bude vlastne **stoličkoloptoterapia**“. Jeho logický záver je trocha provokáciou i karikatúrou, ale je nielen zrkadlom „doby“, ale aj naším zrkadlom.

- Prvýkrát sme si položili otázku spojenia/ konfliktu rolí v roku 1974, keď sme pracovali vo funkcii vychovávateľa v Detskom výchovnom ústave v Tomášove.
- Od roku 1981 sme v v „diagnosťáku“ Bratislave- Trnávke rozvíjali systém terapeuticko-výchovnej komunity. Tento systém akoby od začiatku „rátal“ s tým, že vychovávateľ bude fungovať vo viacerých rolách. Inak na komunite, klube, v škole, inak v terapeutickej skupine. Práve rozširovanie horizontu a adaptácia najmä vychovávateľov na terapeutickú rolu bola reálna súčasť tohto projektu.
- V súvislosti s tým sa objavil rad otázok: Je možné takéto striedanie rolí? Je vhodné, aby vychovávateľ bol terapeutom dokonca v svojej výchovnej skupine? Nie je pre deti nezrozumiteľný, nevyvoláva to v deťoch chaos, nebudú mať napr. strach z toho, že „terapeutická informácia“ bude zneužitá? Môže byť vychovávateľ vo viacerých rolách autentický? Dokáže samotný vychovávateľ odolať pokušeniu prenášať „negatívne zistenia“ z terapeutickej práce do výchovnej práce? Napriek tomu, že boli tieto otázky vcelku dobre „živené“ najmä psychiatrickou a psychologickou obcou, ktorá si oblasť „psychoterapie“ chcela v minulosti privlastniť[12], boli to otázky relevantné, ktoré reálne s praxou súviseli. Aj v duch známeho „primum non nocere“ - predovšetkým neublížiť.

Aktuálnosť problému

Sme presvedčení, že existujú dve základné filozofie - modely zvyšovania kvality práce vo výchovných a prevýchovných zariadeniach. A s nimi, zdá sa, do istej miery súvisí aj vnímanie vychovávateľa ako terapeuta.

- Prvý model vychádza z existencie dvoch rozličných skupín pracovníkov – skupiny „expertov“ (v USA ňou sú najmä psychiater, psychológ a sociálny pracovník) a skupiny „vykonávateľov“ (povedzme - našich vychovávateľov). Vyššiu kvalitu práce budeme chcieť dosiahnuť vytváraním lepších podmienok a posilňovaním kompetencií úzkeho tímu odborníkov (resp. rozšírime tím o ďalších odborníkov). Požiadavka na „vykonávateľov“ je len, aby čo najpresnejšie dodržiavali naše pokyny. S tým, že sa za gro práce považuje práca s jednotlivcom. Takým spôsobom sa v súčasnosti uberá „zvyšovanie“ kvality práce v našich detských domovoch. V USA, napriek značnej diverzifikácii prístupov, tento a príbuzné modely (model určených rolí, model medicínsky a model sociálny) sú už viac ako 20 rokov na ústupe. (Akoby to nebol len boj odborný, ale aj boj o „moc“.)
- Druhý model je postavený na tom, že každý pracovník je v svojej funkcii expertom a má tu svoje špecifické miesto, pohľad, skúsenosť. Tí, ktorí trávia s deťmi (mladými ľuďmi atď.) najviac času, by mali mať reálne časovo aj najväčší priestor na to, aby ovplyvňovali správanie detí a musia na to byť odborne pripravení. Nemôžu aplikovať len pokyny. Naviac, bez participácie detí, ich systémového zapojenia do celého procesu (pre)výchovy a starostlivosti nie je možné reálne plnenie vytýčených cieľov. Tento druhý model ráta s vytváraním spoločenstva. Jednotlivec nie je dôležitý len sám osebe, ale je dôležitý ako súčasť vzťahového rámca. Ak sa nám darí vytvárať pozitívny akceptujúci rámec, ovplyvňujeme dieťa. Takýto prístup, v praxi sa realizuje práve v systéme terapeutickej komunity, poznáme tiež už relatívne dlho. Zodpovedá oveľa viac filozofii (pre)výchovy, ktorá vníma každého člena spoločenstva s rešpektom, úctou a v jeho jedinečnosti. Oporou – emocionálnou, sociálnou, morálnou- je spoločenstvo.

Je zrejmé, že je v prevýchove potrebná zmena terajšej najmä inštitucionálnej praxe. Tá však nebude možná:

- bez prijatia nepolitickej, ale odbornej koncepcie,

---

[12] V rámci týchto „diskusií“ nám nedá, aby som nekonštatovali, že C. Rogers sa nepovažoval za psychoterapeuta, ale za poradcu a V. Satirová neabsolvovala štúdium psychológie, ale sociálnej práce.

- bez peňazí na odbornú prípravu zamestnancov a zmenu systému, vrátane istej vnútornej i vonkajšej diferenciácie,
- bez pochopenia a rešpektovania toho, že prevýchovné zariadenia sú osobitne zamerané na reguláciu správania a posilňovanie sebaregulačných mechanizmov jednotlivca.

V súvislosti s aktuálnosťou/ neaktuálnosťou témy musíme reflektovať jednak fakt veľkého nárastu detí a mladých ľudí (ale i dospelých) s problémovým správaním (a stým aj nárastom „dopytu" po odborníkoch, ktorí by to mohli pomáhať riešiť), jednak to, že sa u nás po roku 1990 objavili nové pomáhajúce profesie odborníkov, ktorí majú ašpiráciu do procesu prevýchovy vstúpiť a byť (psycho)terapeutmi. Ide predovšetkým o sociálnych pracovníkov, sociálnych pedagógov, ale napr. aj teológov. Ide teda o podobný proces, ako tu prebiehal opakovane v minulosti. V prvej etape, keď bola (psycho)terapia „výsostnými vodami" psychiatrie, do nej pomaly prenikali psychológovia. V druhej etape sa k ním pridávali ďalší odborníci – osobitne kvalifikovaný zdravotnícky personál, filozofi, sociológovia i liečební a špeciálni pedagógovia. V dnešnej etape sú to sociálni pracovníci i sociálni pedagógovia.

O. Sekera (2012) priamo hovorí o sociálnopedagogickej terapii. Slovensko je v tomto smere značne opatrné, ale napr. v Poľsku sa už niekoľko desaťročí hovorí o „terapii wychowawczej" či „pedagogike terapeutycznej".

Ak sa na problém pozeráme cez prizmu praxe, musíme konštatovať, že rad aktivít sa pohybuje niekde na hraniciach medzi výchovou a terapiou. Rozvíjanie záujmov u závislých je dôležitou súčasťou ich terapie rovnako ako (pre)výchovy. Mnohé aktivity encounterového charakteru môžu byť ponímané rovnako ako výchovné či socioterapeutické. Ak posilňuje sebareguláciu správania jednotlivca pedagóg, psychológ alebo teológ, je tento proces výchovou, terapiou alebo duchovným vedením?

Pytka (2000) v súvislosti s konceptom resocializácie uvádza jej tri základné funkcie- funkciu **starostlivosti**, **výchovnú** funkciu a **terapeutickú** funkciu. Každá z týchto funkcií sa dá napĺňať troma skupinami prostriedkov. Sú to prostriedky psychologické, sociálne a kultúrne. Je namieste otázka, kto je kompetentný odborník na ktorú oblasť. A následne – nie je s väčším počtom odborníkov zvýšené riziko „porcovania" klienta? (Sekera, J., 2009)

Terapia, psychoterapia a výchova

Používanie pojmov je vec nielen odborná, ale je spätá neraz aj s ideológiou. Jasne to vidíme už pri uvádzaných pojmoch rodina a manželstvo, či gender ideológii.

- Prvý okruh problémov súvisí s tým, že pojmy psychoterapia, terapia i výchova majú **dve rozdielne úrovne šírky vymedzenia** – všeobecnejšiu a špecifickejšiu. Zatiaľ čo na najvšeobecnejšej úrovni ide o akési značne simplifikované konštatovanie, na špecifickejšej úrovni je spravidla definícia spájaná s odbornosťou realizátora, charakteristikou a zameraním procesu a definovaním cieľa. Pokiaľ ide o pojem **terapia**, nejasnosti sú spojené aj s tým, že v česko-slovenskej psychoterapeutickej, psychologickej a medicínskej literatúre sa používa prakticky výlučne vo význame **liečba**, zatiaľ čo liečebná pedagogika ho vníma aj v súlade s pôvodným významom aký mal v klasickej gréčtine, teda ako **službu** a **starostlivosť**.
- Druhým okruhom problémov pojmu terapia je, že v slovnom spojení označuje hierarchicky tri značne odlišné kategórie:
  - **A.** Farmakoterapiu, psychoterapiu, či socioterapiu môžeme vnímať ako najvšeobecnejšiu kategóriu východiskových prístupov (farmaceutické prostriedky, psychologické prostriedky, sociálne prostredie) „liečby".
  - **B.** Muzikoterapiu, dramaterapiu, ergoterapiu či psychomotorickú terapiu môžeme vnímať ako istú metódu, resp. metodiku „liečby".

C. Kanisterapiu[13] či hypoterapiu vnímame ako činnosť spojenú s konkrétnym prostriedkom (nástrojom) „liečby“.

V snahe aspoň trocha sa zorientovať v prostredí mätenia pojmov sme sa pokúsili pomenovať (zatiaľ) sedem základných a štandardných spôsobov ako sa pojem predovšetkým v rámci odbornej terminológie nielen vytvára, ale aj zaužíva.

- Pojem je sémanticky logicky odvodený od etymológie daného slova (slov) a je v podstate presný. *Napr.: elektroencefalograf, demokracia.*
- Pojem je autorský a následne sa v teórii i praxi zaužíva. *Napr.: stres (H.Selye), robot (K.Čapek).*
- Pojem je spojený priamo s menom autora. *Napr. Gaussova krivka, Braillovo písmo.*
- Pojem je zaužívaný a akceptovaný napriek tomu, že nie je presný. *Napr.: schizofrénia, maturita, náhradná výchova.*
- Pojem je operacionalisticky (na úrovni súboru znakov) vymedzený. *Napr.: trestný čin, sociálna starostlivosť.*
- Pojem a jeho význam sú prijaté na základe širokej odbornej dohody. *Napr.: poruchy správania, inteligenčný kvocient.*
- Pojem je zavedený mocensky - politicky. *Napr.: generalissimus (J. V. Stalin), Žiar nad Hronom* alebo *tzv. slovenský štát.*

▪ Tretím okruhom problému vzťahu psychoterapie a výchovy je rozličná miera otvorenosti jednotlivých z viac ako 400 psychoterapeutických koncepcií a subkoncepcií k iným pomáhajúcim profesiám. V praxi sa to čitateľne prejavuje pri kritériách výberu (náboru) adeptov do jednotlivých typov psychoterapeutických výcvikov.

Je pre nás otvorenou otázkou, ktorý zo siedmych uvedených spôsobov môžeme na pojmy terapeut a terapia aplikovať. **Terapeut** v zmysle Všeobecného encyklopedického slovníka (2002) totiž je:

- pôvodne príslušník asketickej náboženskej sekty zaoberajúci sa uzdravovaním chorých,
- označenie psychoterapeuta.

Ak terapeut nie je členom asketickej sekty, je teda automaticky psychoterapeutom? Je zrejmé, že kanisterapeut a ďalší terapeuti, nemusia mať s psychoterapeutom veľa spoločného. Líšia sa vzdelaním, zručnosťami, kompetenciami i napĺňaním čiastkových i dlhodobých cieľov. Ak teda napriek tomu dochádza k mäteniu pojmov, pýtame sa: „Prečo?“ Vnímame tu viaceré „svetonázorové“ zdroje. Ide o:

▪ **Nevedomosť, ľahostajnosť, povrchnosť užívateľov pojmov** (terapia a psychoterapia, čerešňa a višňa ako synonymá), keď rozlišovať pojmy je nedôležité, či zbytočné.
  - Pojem *terapia,* je široko vymedzený a aj v zmysle jednotlivých terapeutických koncepcií značne „variabilný“. Súvisí to s tým, že sa k nemu hlási liečebná pedagogika i špeciálna pedagogika, psychiatria aj iné medicínske odbory, klinická a poradenská psychológia, sociálna práca, ale i samotná psychoterapia. A každý z odborov si ho upravuje na „svoj obraz“.
  - Problémom je aj to, že ak je široko vymedzená terapia, nejestvuje medzi ňou a napr. poradenstvom, či výchovou dostatočne čitateľná hranica. Je pritom samozrejmé, že

[13] Ako perličku uvádzame názov príspevku *Cow as co-therapist: Utilization of farm animals as therapeutic aides with children in residential treatment* v časopise Child and Adolscent Social Work Journal. Je zrejmé, že pojmová mätež nie je len naším problémom.

poradenské i výchovné aktivity často mávajú aj terapeutické efekty, a že terapia, najmä pri deťoch, nemôže pri svojej realizácii rezignovať na vzťah k pozitívnym hodnotám.

- **Ideológiu spojenú s relativizáciou pojmov či hodnôt** (napr.: spravodlivosť, úspech, láska, rodina, kvalita života), keď prekrývanie a posúvanie významov pojmov je dôležitou súčasťou jej šírenia. Použitie pojmu terapia tu má svoj zaujímavý a pozitívny historický kontext. V špeciálnej a liečebnej pedagogike sa začal častejšie používať po roku 1969, teda v období normalizácie a silného politického tlaku. „Nálepka“ či etiketa terapií umožňovala zamerať sa v praxi špeciálnych zariadení na ciele, ktoré boli v svojej podstate výchovné, resp. prevýchovné a formulovať ich inak, ako v rámci terminológie zložiek komunistickej výchovy.
- **Ideológia spojená s úspechom**, marketingový zámer, v ktorom ide o to, aby sa „produkt“ čo najlepšie predával, prekrývať a posúvať významy je pragmaticky užitočné. Marketingovo je zrejme terapia oveľa lepším tovarom ako výchova. Medzi statusom terapeuta a pedagóga je rozdiel pravdepodobne nielen v ich vnímaní verejnosťou, ale v mnohých prípadoch aj v ich selfkoncepte.

Ak sa vrátime k terapeutovi ako príslušníkovi náboženskej sekty alebo psychoterapeutovi, je na jednej strane zrejmé, že až na výnimky (inak odborne pripravovaných jednotlivcov) nenapĺňa ergoterapeut či arteterapeut ani jednu z týchto dvoch možností, na druhej strane je však v súčasnosti nielen potrebné, ale logické, popri reflektovaní faktu, že existuje muzikoterapia či arteterapia, reflektovať aj jej realizátorov. V praxi to znamená rozšíriť pojem terapeut aj na nich. Vôbec to pre nás však následne neznamená, že sú terapeuti vždy aj psychoterapeuti. Terapeuti sú tí, ktorí reálne ergoterapiu či dramatoterapiu aplikujú.

Konflikt a súlad rolí

Začnime jedným dlhším citátom, ktorý upozorňuje na to, že výchova bola pôvodne vnímaná ako **paideia,** čo je „vyvádzanie človeka z uzavretosti do otvorenosti, do slobody, do človeku priliehavých bytostných možností. Výchova je cesta, na ktorej sa človek stretáva s bytím, otvára sa mu v nej horizont toho, čo je v živote najpodstatnejšie, čo ho zakladá, čo v zásade zakladá všetky najbližšie intímne vzťahy, otvára sa mu celok. Preto je výchovou k účasti na celku, t. j. výchovou k zodpovednosti. Takto je prirodzenosťou človeka *pohyb*, grécke *fysis*, ktoré v sebe vždy a pôvodne nesie celok. Človek je skrz *paideiu* vychovávaný k slobodnému stretávaniu sa pri spoločných veciach tohto sveta, je vychovávaný k autentickej účasti, je vychovávaný k svojmu *fysis,* a táto výchova je starosťou o to, ako žiť, ako žiť zo svojho prameňa, a to je *starosť o dušu*. To je však zároveň cieľ psychoterapeutickej liečby, a to v prevažne humanisticky a existencialisticky orientovanej psychoterapii.“ (Slaninka, 2013)

- Filozofia je základom, ktorý určuje, akým spôsobom vnímame a vykladáme si svet. V súlade s vyššie uvedeným poňatím je zrejmé, že sa v pomáhajúcich profesiách buď sústreďujeme predovšetkým na technológiu práce (metódy, techniky), alebo pre nás je určujúcou nami prijatá filozofia človeka, filozofia výchovy. V druhom prípade, ak sme autentickí, naše roly vychovávateľa a terapeuta sú nutne v súlade.
- Konkrétna rola je viazaná na rad špecifických atribútov spojených s výkonom činnosti a jej obsahom, pravidlami a očakávaniami. Tie sú pre dieťa i dospelého zvyčajne dobre identifikovateľné. Je rozdiel, či ideme za konkrétnym človekom ako za riaditeľom, komunitným „vedúcim“, vychovávateľom, učiteľom, terapeutom. Súčasťou špecifických rol býva aj špecifické prostredie, v ktorom sa realizujú (napr. priestor pre komunitné stretnutie, priestor pre terapeutickú skupinu, priestory na vyučovanie a na výchovné činnosti).
- Dieťa či dospelý má veľmi rýchlo možnosť overiť si, či naše proklamácie sú len proklamáciami, alebo realitou. Sú v jednoduchšej pozícii, ako ten, čo je raz viac terapeutom, inokedy viac vychovávateľom Napr. pri dodržiavaní pravidiel - „zo skupiny sa nevynáša“, „za to, čo sa (slušne) povie na skupine alebo komunite nemôžem byť potrestaný“, „mám právo vyjadriť svoj názor“.

- Roly terapeuta a vychovávateľa môžu byť buď v súlade, alebo nie sme dobrí terapeuti, alebo nie sme dobrí vychovávatelia. (Môže stať, že nie sme ani dobrí vychovávatelia, ani dobrí terapeuti, ale v takom prípade by sme mali ísť pracovať mimo pomáhajúce profesie).
- Terapeutický prístup založený na „terapeutických technikách“ kladie na osobnostnú zrelosť vychovávateľa / terapeuta menšie nároky, ako prístup založený na vzťahu.

Záver

Sme presvedčení, že psychoterapia, terapia a výchova majú byť vo vzťahu k dieťaťu či k dospelému v komplementárnom vzťahu. Aby také boli, potrebujeme dodržiavať minimálne štyri zásady:

- ujasniť si obsah pojmov, aby sme si mohli rozumieť,
- ujasniť si kompetencie, aby sme sa mohli rešpektovať,
- strážiť si a neprekračovať hranice, aby sme sa mohli navzájom cítiť bezpečne,
- vnímať ako nadradený záujem dobro dieťaťa, resp. dospelého, aby sme si mohli vzájomne pomáhať.

Použitá literatúra

KOMÁRIK, E.. *Pedagogika emocionálne a sociálne narušených.* Bratislava: Humanitas, 1999

MALON. G.P, *Cow as co-therapist: Utilization of farm animals as therapeutic aides with children in residential treatment* v časopise Child and Adolscent Social Work Journal Volume 11, Issue 6, pp 455-474. 1994 ISSN 1573-2797

PYTKA, L. *Pedagogika resocjalizacyjna.* Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej. 2000.

SEKERA, J.. *Komunitní systém v resocializačních zařízeních pro adolescenty I. (Mezilidské vztahy v resocializačních zařízeních pro adolescenty).* Ostrava: Repronis. 2008

SEKERA, O. *Potenciál humanistické terapie v přípravě sociálních pedagogů.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 2012 ISBN 978-80-7464-206-7

SLANINKA, M. *Prirodzený svet ako psychoterapeutický problém II.* Ostium – internetový časopis pre humanitné vedy č.1/2013, roč. IX. ISSN 1336-6556
http://www.ostium.sk/index.php?mod=magazine&act=show&aid=407

ŠKOVIERA, A. *Prevýchova. Úvod do teórie a praxe.* Bratislava: FICE v SR, 2011.

VŠEOBECNÝ ENCYKLOPEDICKÝ *slovník* S-Ž.2002. Praha: Cesty. ISBN 80-7181-768-6

SCHENGENSKÝ SYNDRÓM – BOĽAVÉ DOPADY NEZRELÉHO PRIANÍ MAŤ SVET BEZ HRANÍC

HROCH Petr
Poradna pro rodinu Olomouc při Středisku sociální prevence Olomouc, p. o.
petrhroch@petrhroch.cz

Následující text nemá za cíl prezentovat výsledky žádného exaktního výzkumu či propagovat nějaký nový efektní teoretický přístup. Naopak, berte jej, prosím, jako motivační esej, která vznikla na základě empirické zkušenosti autora s ohledem tradiční hodnoty a přístupy, dnes mnohými opouštěné.

Mám neskromné přání, že těchto pár slov a možná teatrálních gest, bude alespoň některé z Vás motivovat ve vlastních úvahách o limitech ve světě dnešních dětí, o našich hranicích, tedy o hranicích kulturního a psychosociálního prostoru, který považujeme za svůj, za náš. Nikoliv, že jej vlastníme, ale že v něm a s ním žijeme, sdílíme jej. Tak, jako nevlastníme své děti, ale žijeme, sdílíme svůj život s nimi.

Základními teoretickými kameny této eseje jsou **teorie potřeb** dle profesora Matějčka (Matějček 2013) a potřeba jejich nové interpretace, životní potřeby dle Pesso Boyden (Fürst 2010) systému a míra jejich naplňování v postmoderní rodině a společnosti, **teorie citové vazby**, attachementu doktora Bowlbyho (Bowlby 2010, 2012), očekávatelná rizika nahrazení úsměvu matky smajlíkem Facebooku a také aplikace **teorie Černé labutě** pana Taleba (Taleb 2011), tedy konfrontace iluze životních jistot a předvídatelnosti. A v neposlední řadě **teorie residence** (Sobotková 2012, Šolcová 2009), nezdolnosti, jejíž kultivace je motivačním cílem této úvahy.

Empirický základ následného textu je dán 18ti letou praxi autora v Poradně pro rodinu Olomouc, zejména posledními roky, kdy eskaluje tsunami bezmocných a nešťastných klientů z řad rodičů s generální otázkou: „Mám dítě. Co mám dělat?“ A na tuto otázku bude hledat esej alespoň obecnou odpověď.

Profesor Matějček (Matějček 2013) se svým týmem již před mnohými lety kladl důraz na to, že každé dítě, vlastně každý člověk, už od narození vykazuje silný hlad po následujících potřebách:

1. **Potřeba stimulace** – tedy hlad po různorodých podnětech, které dítě motivují k aktivitě, k celostnímu růstu, k životu vůbec.
2. **Potřeba smysluplnosti** – tedy hlad po kontextu, po příběhu, který svět kolem dítěte nabízí v rámci akceptovatelné smysluplnosti. Zdá se, že tato potřeba je zřejmě zakotvena i na fyziologické úrovni, že je evolučně získaná na základě její nutnosti pro přežití.
3. **Potřeba životní jistoty** – tedy hlad po důvěře v jistou předvídatelnost, očekávatelnost, pravidelnost, rytmus.
4. **Potřeba pozitivní identity** – tedy hlad po prožitku vlastní existence, který má být optimálně prožitkem radostným, naplňujícím, vedoucím k sebedůvěře a následně k dospělé autonomii a nezávislosti.
5. **Potřeba otevřené budoucnosti**, naděje a perspektivy – tedy jakýsi hlad po růstu, rozvoji, vykročení do světa (ve smyslu fenomenologickém to můžeme vnímat jako potřebu odvážně se vystavovat bytí, být jeho aktivním činitelem, ve smyslu přístupu Satirové (Satirová 2006) to můžeme vnímat jako potřebu neustálého růstu a kreativní proměny, ve smyslu tradičních pohádek má prostě jednou Honza vstát z pece a tradá do světa, ve kterém chce uspět)

Jiný pohled na potřeby dítěte, který s Matějčkovým pohledem nesoupeří, ale doplňuje jej v jiné kontextové rovině, reprezentují potřeby dle Pesso Boyden (Fürst 2010) přístupu. Velmi volně, avšak velmi trefně je lze prezentovat metaforou lidské ruky, ruky s pěti prsty, kde každý prst je symbolickým reprezentantem jedné z nezbytných životních potřeb.

Ukazováček svou potřebu má již v názvu, fakticky s ním ukazujeme na konkrétní místo. **Potřeba místa**, jednoznačně určeného se ukazuje být velmi silnou potřebou. A to v několika rovinách:

a) V rovině fyzické – každý z nás má potřebu cítit se někde doma, někam patřit v rámci vymezeného prostoru, mít vlast, mít svou obec, mít svůj domov, mít svou postýlku. Tohle většina z nás zvládá, chápe. I když někdy se tato potřeba bagatelizuje v rámci neobjektivní propagace střídavé péče rodičů, nebo krátkodobé pěstounské péče. Na co však v naší kultuře zapomínáme, je respektování vlastního místa ve svém těle. Přijímat a respektovat svou tělesnost umí jen málokteré dítě a málokterý rodič. Jen si uvědomme, že například tzv. tělesná výchova ve školách je spíše výchovou ke sportu, než výchovou k zájmu o tělo, jaké je.
b) V rovině psychosociální – ukazuje se jako nezbytné, aby dítě mělo jasné místo v sociálním systému své rodiny, komunity. A také, aby mělo laskavé místo v myslích svých rodičů, optimálně ještě mnohem dříve, než se narodí. Výzvou pro možný výzkum je zamyšlení, jak se promítlo do života tzv. Husákových dětí to, že mnohé byly počaty jako poukázka na bytový dekret.
c) V rovině časové! Respekt k tomu, že čas plyne a pro člověka je důležité umět jeho nekonečný tok fázovat, strukturovat, se zvolna vytrácí. Kolik rodin dnes společně jí ve stejných časech, kolik dětí nosí hodinky, jak se zvyšuje nedochvilnost a naše tolerance k ní?

Když přeskočíme prostředník, tak si mnozí všimnou, že na prsteníku mají prsten. Symbol toho, že jsou ve vztahu. Že mají **potřebu nebýt sami, prožívat sociální oporu či sdílení** s jiným člověkem. To je další nezbytná potřeba lidí. Dítě nezbytně potřebuje pevnou oporu svých rodičů. Oporu aktivní, optimálně vyplývající spíše z navázané citové vazby než z legislativní rodičovské odpovědnosti.
Mezi ukazovákem a prsteníkem se jako osa ruky tyčí prostředník, který v rámci této metafory reprezentuje **potřebu mít pro život dostačující zdroje**. Nejen ty ze dna Maslowovi pyramidy (Maslow 1997), ale též **zdroje hodnotové, etické** (Cakirpaloglu 2009).
Další potřebu reprezentuje malíček. Nejmenší a nejkřehčí prst volá po **potřebě bezpečí, ochrany**. A tu mu nemůže zajistit nic jiného, než pevné spojení předchozích tří prstů, tedy jednoznačně dané místo k životu, kde jsou blízcí lidé dodávající potřebné zdroje.
No a zbývá palec. Palec je vlastně takový Darwinův skok člověka. Díky jeho opozici vůči ostatním prstům se kdysi dávno padající „opička“ dokázala zachytit větve, později pak tou větví praštit konkurenta. Díky palci jsme dokázali pevně uchopit svět kolem sebe, dokážeme jej chápat.
A tento palec symbolizuje **bazální lidskou potřebu: Mít hranice, limity**.
Pro zdravý život je nezbytné mít naplňované všechny předcházející potřeby, ale v **optimálních mezích**. Tyto limity jsou dány částečně fyziologicky, omezeními našeho těla, našeho mozku. Některé je však nutné dětem předat. Čím jsou však zvnějšku vymezeny životní limity dnešních dětí?

Hranice / Limity	
Historie	**Tady a teď**
Ostrov rodiny má břehy	Rodina je praskající kra
Osobnost má intimitu	Intimita a soukromí po 11. 9. 2001? Intimita a soukromí na sociálních sítích?
Jsme omezeni časem	Non-stop systém
Komunikace a informace jsou limitované	Limitem je rychlost a prostupnost datových sítí
Spotřeba omezena existujícími zdroji	Dluhová služba aneb víra v budoucnost

Propustností širokopásmové internetové sítě? Dostupností wifi signálu nebo signálu mobilního operátora? Výkonností grafické karty a procesoru? Velikostí displeje mobilu? Zapomněl bych na to nejtypičtější: Kreditem na úvěrové kartě rodičů? A vlastně to poslední je to nejnormálnější.

Ekonomické hranice byly po staletí jedním z nejdůležitějších motivů rodinné soudržnosti. Ale když máme tak výhodné a snadno dostupné půjčky, kreditní karty…
Teď vzít, mít, spotřebovat a splácet později. Mantra doby. Problém je v tom, že pokud máme děti, měla by platit mantra právě opačná. Investovat své aktuální dospělé, rodičovské zdroje do zvyšování potenciálu dětí v jejich budoucí dospělosti. Ne proto, aby nám to na stáří vracely, ale aby to samé dělaly pro své děti, svůj rod, národ, druhé lidi.
Každá sázka na budoucnost je podložena důvěrou, že žijeme v jakémsi Průměrově, kde se vše dá predikovat, kde se můžeme plně spolehnout na prozřetelnost Gausova rozdělení. Kde se nemusíme zabývat pravidly a hranicemi, neboť je považujeme za předem dané, neměnné, respektive proměnlivé jen na základě předvídatelnosti, které říkáme zákony.
Možná by však bylo vhodnější připustit, že se náš dnešní život blíží životu v Extrémově.

Průměrov	**Extrémov**
Gausova křivka platí	Gausova křivka je trik
Kauzalita platí	Kauzalita neplatí
Nahodilosti mírné	Nahodilosti s velkým dosahem (Černé labutě)
Můžeme předvídat	Můžeme předvídat, ale k ničemu to není
Tyranie normy a stereotypu	Tyranie náhody a mimořádnosti

Profesor Matějček jen těžko mohl předvídat to, jak dnes budeme žít. Asi by si jen stěží dokázal představit, že reálným rizikem není pro dnešní děti nedostatek stimulů, ale naopak jejich nadbytek, jejich kobercové bombardování, dané nelimitovaným využíváním moderních technologií. Nicméně i tak ta první potřeba je stále v platnosti, potřebujeme impulsy pro život. Ale nejspíš je dítě potřebuje získávat jinak, než přes metrovou obrazovku plazmové televize.
Na problém s první potřebou navazuje problém s potřebou druhou, s potřebou smysluplnosti. Mozek dítěte tuto potřebu nejspíš nedokáže zdravě vypnout, tak se chudák snaží dát smysl celé té záplavě informací z moderního světa. Což je docela zatěžující, zejména ve srovnání s mnohem menšími kvanty informací, které musel zpracovávat mozek rodičů v jejich dětském věku. Praxe ukazuje, že mnozí rodiče sami těžko nacházejí smysl v dnešním světě a tak jen těžko mohou dětem předat jednoduchý, přiměřený příběh o kontextu, ve kterém žijí. Dítě je tak odkázáno buď k přetěžování, nebo k tomu, že v rámci obranné reakce jeho mozek informace selektuje dle pravidla menšího zla. Může tedy vypustit pozornost na důležité impulsy a naopak se může zakotvit do bludného výkladu světa.
V rámci této eseje bych se však rád více dotkl problému s třetí Matějčkovskou potřebou, potřebou jistoty. Čím dál tím víc se kloním k názoru, že **budoucí jevy lze jen těžko předvídat.** Nebo jinak, je mnoho způsobů, jak je předvídat, ale hodnota některých predikcí je validní jako pohled do křišťálové koule. My si přejeme, aby byl svět předvídatelný. My to potřebujeme, v tom má Matějček pravdu (Matějček 2013). A svět náš křik možná slyší, ale rozhodně jej neposlouchá. Podívejme se nazpět o necelé dvě generace a zaměřme se třeba na změny v technologiích a s tím souvisejícím způsobem života. Podívejme se na změny vnímání intimity a diskrétnosti jedince po 11. 9. 2001 nebo pro rozmachu sociálních sítí. Koukněme na dynamiku společenských proměn, nejen politických, ale i těch, které zasahují mikrosvět rodiny, jako je proměna nebo přímo rozpad klasického schématu rodiny, expanze rozvodovosti nebo soužití nesezdaných rodičů. Uvědomme si, že **dynamika těchto změn stoupá.**

V mnohém se jedná o změny, které se jen těžko daly predikovat. Kdo z nás, běžných lidí, by si dokázal v 80. letech představit naši aktuální tak silnou závislost na mobilních technologiích, když v té době měl mobil jen Mach se Šebestovou a to si jej ještě museli navzájem půjčovat a neměl ani dotykový displej. Kdo si dokázal představit, že se ze sta uzavřených manželství polovina rozvede.
Co z toho plyne? Rodíme a vychováváme děti s iluzí života v Průměrově, přitom bychom je měli připravovat na Extrémov. Na život ve světě, který si ani neumíme ani nemůžeme představit.
Mise rodičů a dalších vychovatelů má tedy dnes znít:
Připravme naše děti na něco, co si ani neumíme představit!

Což je docela problém. Z mé praktické zkušenosti mohu mnohé rodiče (i další dospělé role rodičovského typu) rozdělit na dva tábory v extrémních protipólech:

Tábor obklíčených	**Tábor dobyvatelů**
Motivem je úzkost	Motivem je prosazení
Věřím v pravidla	Tvořím pravidla
Já jsem tu pro svět	Svět je tu pro mne
Představa ohrožení je výzva k pasivitě	Setkání s ohrožením je výzva k aktivitě
Hranice je zeď před nepřítelem	Hranice je brána k nepříteli

Jeden tábor má v erbu klec a druhý nemá v erbu nic, nemá vlastně žádný erb, žádné tradice. První tábor je řízen **principem úzkosti** a **důvěrou v osvědčená pravidla a jistoty**, z nichž ta hlavní je v tom, že je třeba se světa bát. Taková klasická česká či slovenská rodina s úzkostnou maminkou. Druhý tábor je řízen **principem naivního hédonismu**, konzumu a dobývání, tedy představou, že svět je jak Továrna na čokoládu pana Wonky, konzumuj, kolik můžeš. Bez hranic.
Výsledkem výchovných postupů těchto, často milujících, rodičů a dobrých lidí, je nezdravé vnímání hranic. Děti z liberálního tábora hranice ve svých kognitivních mapách nemají, děti z konzervativního, příliš omezující tábora, pak mají v sobě skryté, ale silné vzdorné přání mít svět bez hranic.
Představme si matku z tábora dobyvatelů. Má dítě a dítěti podle ní patří vše, celý svět. Hranice vnímá jako cosi, co dítě omezuje. Dítě chce poznat svět a matka je pyšná, jakého má nebojsu, jaké je její dítě osobnost. A dítě pozná svět naplno, včetně vařící vody a ostrých nožů, což se mu přihodí, když jej máma nechá v plné svobodě. Pokud dítě toto přežije, má jasnou informaci, jaký je svět. Zlý a nebezpečný. A taky má informaci o tom, že máma nic neudělala. Dětská mysl si může díky potřebě smysluplnosti vytvořit koncept, že máma nic neudělala proto, že prostě očekávala, že to dítě zvládne. A máme tu jeden extrémní model dítěte, agresora, který očekává a vyhledává příkoří, protože to přeci tak má být a on to má zvládat.
Druhý extrémní model vytváří máma z tábora obklíčených, která je tak plná úzkosti, že už jen při náznaku synka podívat se do kuchyně, jej mále udusí v náruči v srdceryvném křiku: „Co mi to děláš?“ A takové přidušené dítě si sice také odnese do života informaci, že svět je zlý, ale neví proč. Protože to máma řekla! A byla smutná, když dítě chtělo do světa. A tak má dítě jedničky pro maminku, do fotbalu chodí pro tatínka, doktorem bude pro dědečka. Nežije pro sebe.
Tyto dva extrémní modely výchovy dětí se potkávají na školách a zejména ve specializovaných zařízeních. Děti s extrémní tendencí reagovat na stres přehnanou agresivní aktivitou a děti, které se při stresu stahují do sebe, implodují do černé díry ve své mysli. Šikanující a jejich oběti. Aby tento text nevyzněl pouze jako kritický pamflet, je třeba přidat úvahu o možném optimálním postupu. Tedy co dělat, aby naše děti napadaly do jednoho či druhého extrému. Aby mohly poznat svět, ale nebyly zraněné a plné jizev.

Psychoterapeutická a poradenská praxe nám naštěstí nabízí osvědčený, 3 fázový přístup:

1) **Napojené sledování** (naslouchání, pozorování). Tedy když máte malé dítě ve své péči, máte právo být unavený jako kůň. Ale jste-li dobrými rodiči (pěstouny, vychovateli, učiteli, terapeuty atd.) tak jste na to dítě citově napojeni (attachement u rodičů, empatické nastavení u terapeuta, pedagoga). A dítě, než něco provede, docela často vydává směrem k dospělému signály typu: „Hele kam lezu!“ Napojený rodič na tento signál může reagovat aktivací své pozornosti, analýzou reálných a pravděpodobných rizik a zároveň přiblížením se k dítěti (zvolna, plynule, bez přískoků či hysterického křiku), zrcadlením.
2) **Otevřené provázení, respektování** je druhá fáze. Dospělý je průvodcem dítěte při poznávání světa, svět mu otevírá, ale hlídá hranici skutečného rizika. Dítě tedy svou potřebu explorace naplňuje a přitom je dospělý tak blízko, že je zajištěna potřeba bezpečí.
3) **Přiměřená ochrana s ochutnáním zla.** Teprve v situaci, kdy se dítě ocitá na hranici reálného rizika konkrétního ohrožení, se dospělý postaví do pozice mezi dítě a zdroj nebezpečí. Optimálně je sám chrání a přitom zajistí, aby dítě získalo prožitek kontaktu s ohrožením. Ne tím, že je vymáchá ve vařící vodě či pořeže nožem, ale náznakově, symbolicky, což v rámci sugestibility dítěte bývá dostačující. Dítě získá jasnou a prožitkovou informaci za prvé o tom, že ve světě existuje skutečné riziko konkrétního nebezpečí (bolest, omezení, „zlo“) a za druhé, že existuje jasně definovatelná hranice, která mu sděluje, zda se pohybuje na bezpečném či nebezpečném území.

Díky takovému přístupu dítě nežije ani v iluzi, že svět je trvale bezpečná náruč matky, ani že svět je doupě plné nepřátel. Je motivováno k poznávání světa s tím, že je dobré být ostražitý a připravený na překvapení, protože takový náš svět je. **Překvapující.**

Populistické tendence odstraňovat z našeho světa a bohužel i ze světa dětí hranice, snaha o vytvoření psychosociálního Schengenu, našim dětem nepřinesou více svobody. Svoboda se nezískává tím, že hranice zbouráme, ale tím, že najdeme sílu, odvahu i dovednosti hranice přecházet a překonávat. Ano, skutečně si myslím, že v rámci vývoje a dospívání naše děti potřebují laskavé celníky, kteří je přes hranice nepustí, dokud nebudou připraveny. Že děti budou vědět, že za překročení hranic se někdy i platí, ale toto clo je i zpětná vazba o zralosti člověka. Pokud si přejeme splnit jeden z největších úkolů dospělých lidí, a to doprovodit děti do jejich dospělosti, neměli bychom se bát být těmi laskavými celníky.

A v tom Vám, nám, našim dětem, držím palce.

Literatura:

BOWLBY, John: Vazba, Praha, Portál 2010. 360 s. ISBN 978-80-736-767-04

BOWLBY, John: Odloučení, Praha, Portál 2012. 456 s. ISBN 978-80-262-0076-5

CAKIRPALOGLU, Panajotis: Psychologie hodnot. Olomouc, Univerzita Palackého 2009. 376 s. ISBN 978-80-244-229-54

FÜRST, Aleš: Pesso Boyden psychomotorická psychoterapie. In Současná psychoterapie. Praha: Portál, 2010. 343-354 s. ISBN 978-80-7367-682-7

MASLOW, Abraham: Motivation and Personality, New York, Harper&Row Publishers 1987, 293 s. ISBN 978-006-041-987-5

MATĚJČEK, Zdeněk: Co děti nejvíce potřebují. Praha, Portál, 2013. 108 s. ISBN 978-80-262-0398-8

SATIROVÁ, Virginie: Kniha o rodině, Praha, Práh 2006, 364 s. ISBN: 80-7252-150-0

SOBOTKOVÁ, Irena: Psychologie rodiny, Praha, Portál 2012. 224 s. ISBN: 978-80-262-0217-2

ŠOLCOVÁ, Iva: Vývoj resilience v dětství a dospělosti, Praha, Grada 2009. 104 s. ISBN: 978-80-247-2947-3

TALEB, Násim N.: Černá labuť, Praha, Paseka 2011. 478 s. ISBN: 978-80-7432-128-3

SYSTÉM PSYCHOTERAPEUTICKEJPRÍPRAVY PRE PRÁCU S MLÁDEŽOU S PORUCHAMI SPRÁVANIA

LABÁTH Vladimír
Katedra sociálnej práce
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky
Pedagogická fakulta
Univerzita Komenského v Bratislave

Československá, resp. česká a slovenská tradícia uplatňovania psychoterapeutických prvkov a systémov v rezidenciálnej a poradenskej starostlivosti o deti a mládež z poruchami správania má dlhoročnú tradíciu. Siaha k začiatkom sedemdesiatych rokov minulého storočia a spája sa s J. Štúrovou, neskôr predovšetkým s J. Kožnarom (Kožnar, Štúrová 1981). V tomto období vznikol vzdelávací systém Výcvik v skupinových formách korektívnej a psychoterapeutickej práce s mládežou, ktorý dodnes ponúka možnosť vzdelávania v experienciálnej časti psychoterapeutickej prípravy a je súčasťou systému SUR (zakladatelia systematického vzdelávania v psychoterapii J. Skála, E. Urban, J. Rubeš). Dlhodobou zážitkovou formou sebapoznávania prešlo v prezentovanom systéme od roku 1978 do roku 2013 v štrnástich kontinuálne po sebe idúcich cykloch viac ako 420 účastníkov, pričom systém si udržal „federálny" rozmer a nenarušil ho ani rozpad ČSFR. Psychoterapeutické prvky, ktorých nositeľmi sú absolventi tohto vzdelávania, sa účinne uplatňujú vo viacerých diagnostických, výchovných, reedukačných ako i poradenských inštitúciách (Řezníček 1980, Zicha 1980, Labáth 1985, Zölder 1985, Matula, Labáth 1988, Labáth, Matula, Košč 1989, Kožnar 1990, Škoviera 2002, 2007, 2008, Labáth, Smik, Matula 2011, ďalší).

Vzdelávací systém vychádza z teoretických koncepcií prezentovaných predovšetkým J. Skálom a S. Kratochvílom a možno ich zaradiť do kategórie psychodynamického prístupu. Psychodynamická psychoterapia (niekedy uvádzaná ako dynamická) predstavuje strešný prúd, ktorý vytvárajú a spoluvytvárajú viaceré modely – self-psychológia, teória objektných vzťahov, interpersonálna a vzťahová psychoterapia, ego-psychológia, ale aj teória vzťahovej väzby (Frederickson 2004, Gabbard 2005). Podľa autorov Kratochvíl (2006) a Vybíral, Roubal (2010) však uvedené prístupy patria skôr k psychoanalýze. Vybíral, Holub (in Vybíral, Roubal 2010) hovoria o rôznorodom význame pojmového spojenia psychodynamická psychoterapia u rôznych autorov – ako protipól voči biologickým alebo kognitívno-behaviorálnym prístupom, ako charakteristika dynamiky psychického života, ako predstava dynamiky nevedomia, ako modifikácia psychoanalýzy, alebo dokonca ako synonymum pre psychoanalýzu.

Psychodynamický prístup možno charakterizovať nasledovne (Kratochvíl 2006, doplnené):

- neortodoxné pokračovanie hlbinného prístupu, prijíma koncept osobnosti definovaný v analytických modeloch, odvodzuje svoj pôvod od psychoanalýzy,
- z hlbinných prístupov prijal koncept formujúceho významu zážitkov z detstva,
- z hlbinných prístupov prijal koncept nevedomej psychickej činnosti a existenciu nevedomých intarpsychických konfliktov,
- vyvíjal sa v kontraste k jednostranne biologizujúcemu a sexualizujúcemu poňatiu,
- presunul dôraz aj na sociálne aspekty vplývajúce na súčasnosť,
- skúma nielen minulé, ale aj súčasné a aktuálne konflikty (intrapsychické a interpersonálne) a participáciu klienta na súčasných konfliktoch,

- hľadá súvis medzi minulosťou a súčasnosťou, pričom jeho cieľom je získať náhľad, teda porozumieť vlastnému podielu na opakujúcich sa problémoch a pochopiť súvis medzi súčasným neadaptívnym správaním a prežívaním a minulosťou,
- horizontálne (vzťahy v súčasnosti) a vertikálne (z minulosti) príčinné vzťahy,
- podporuje zrenie osobnosti a zastáva princíp reality,
- jeho súčasťou môže byť nácvik nového správania a zmena vzorcov správania v smere k úspešnej sociálnej adaptácii (i keď tam sa prístup posúva k integratívnym formám psychoterapie).

Charakteristiky popisujú základný rámec uvažovania v psychodynamickom prístupe, ale aj limity a celkový spôsob práce. Gabbard (2005, 19) podobne vymedzuje sedem princípov a cieľov dynamickej psychoterapie:

- „veľká časť psychického života je nevedomá,
- detské zážitky spolu s genetickými faktormi utvárajú dospelého človeka,
- pacientov prenos na terapeuta je primárnym zdrojom porozumenia,
- terapeutov protiprenos poskytuje cenné porozumenie tomu, čo pacient vyvoláva u druhých,
- pacientov odpor voči terapeutickému procesu je veľmi významné ohnisko záujmu terapie,
- symptómy a správanie slúžia viacerým funkciám a sú determinované komplexnými a často nevedomými silami,
- psychodynamický terapeut pomáha pacientovi v dosiahnutí pocitu autenticiy a jedinečnosti“.

Experienciálny výcvikový systém sa opiera o tieto charakteristiky a zásady, považuje ich za nosné pre rozvoj sebapoznania, porozumenia individuálnej a skupinovej dynamike javov v pomáhajúcich procesoch. Výcvikový program má predovšetkým sebapoznávacie ciele, jeho zámerom nie je primárne poskytovať terapeutickú alebo poradenskú intervenciu, ale stimulácia introspektívnych procesov s cieľom získať náhľad (podľa možnosti náhľad genetický). Ak dôjde ku korekcii správania, vnímania, porozumenia a prežívania výcvikový proces má presah aj do reality. Záverečné práce z výcvikových kurzov za posledných dvadsať rokov potvrdzujú zmeny na úrovni zmeny v prežívaní i správania u vysokého percenta absolventov. Kratochvíl (2006) rozlišuje náhľad prvého stupňa (uvedomenie si vplyvu psychogénnych faktorov a náhľad na symptomatológiu), druhého stupňa (tzv. interpersonálny náhľad na vlastný podiel na svojich „problémoch“) a tretieho stupňa (genetický náhľad na zdroje, vznik, hlbšie nevedomé korene postojov, emócií a správania). Intrapsychická a interperosnálna dynamika prežívania, správania a porozumenia sú kľúčovým rámcom práce výcvikového procesu.

Gabbard (2005) píše o terapeutických terčoch pôsobenia. S istou mierou modifikácie možno jeho model aplikovať aj na výcvikový program. V tejto úprave potom môžeme hovoriť o terčoch, zámeroch tréningového kurzu na dvoch úrovniach – vedomej a nevedomej:

Nevedomé terče výcvikového programu	Vedomé terče výcvikového programu
reflexia biografických kľúčov sebapoznania reflexia – čo a aké problematické obranné stratégie spúšťa reflexia - čo spúšťa problematické vzorce správania reflexia zdrojov problematických emočných reakcií vzťahy, projekcia, prenos, odpor v skupine a voči vedúcemu skupiny	pomenovanie postojov voči sebe, sabobraz reflexia vedomých emocionálnych stavov reflexia vlastného neproduktívneho správania skúmanie vlastného vedomého zvládacieho štýlu tolerancia k významným osobám a ich prijatie odhaľovanie vlastného potenciálu náhľad profesijné úlohy (zručnosti)

Popri uvedených zdrojoch je systém vzdelávania obohatený o ďalšie prvky pochádzajúce z terapeutickej a poradenskej praxe lektorov kurzu, o skúsenosti získané z implementácie terapeutických prvkov v reedukačnej a resocializačnej oblasti v ČR a SR a orientačne aj poznatky z niektorých ďalších terapeutických prístupov.

Frederickson (2004) venuje celú publikáciu rozvoju potenciálu budúceho i súčasného terapeuta. Popri teoretických poznatkoch a sebapoznaní považuje za dôležité osvojovať si špecifické zručnosti nevyhnutné pre výkon psychoterapie. Uvedený autor za kľúčové zručnosti považuje efektívne (psychodynamické) počúvanie, ktoré zahŕňa výber obsahov, spôsob rôznorodej interpretácie významov. Počúvanie, ktoré venuje pozornosť čo človek hovorí a ako to hovorí, zaoberá sa tým čo bolo vyslovené, ale aj čo zostalo nevypovedané. K počúvaniu potom patrí aj snaha porozumieť motívom druhého a zaoberá sa pohybom rôznych stavov mysle. V tomto smere asi nejde len o počúvanie, ale skôr o spôsob vnímania, uvažovania a vyhodnocovania prejavov klienta. Za ďalšie zručnosti dynamického terapeuta považuje uvedený autor schopnosť reflexie a sebareflexie, spôsob práce s konfliktom, analýzou prenosu a obrán. Skála a kol. (1987, doplnené) požaduje nasledovné predpoklady u psychoterapeuta – pokora, schopnosť vytvárať vzťahy, sebaprijatie, sebapoznanie, umenie počúvať, umenie prebúdzať sebauzdravujúce schopnosti pacienta/klienta, schopnosť byť náročný na seba i na iných a popri tom mať pozitívny vzťah k ľuďom, mať ľudí rád. Väčšinu z nich sa možno učiť. Osvojovanie zručností je proces aktívneho sociálneho učenia, ktorý nemožno dosiahnuť teoretickým vzdelávaním, optimálny je formát zážitkového učenia, akým môže byť aj prezentovaný vzdelávací program.

Vzdelávací zážitkový kurz Skupinové formy korektívnej, poradenskej, reedukačnej a socioterapeutické práce (psychoterapeutický výcvik systému SUR) sa realizuje komunitnou formou. Terapeutickú výcvikovú komunitu tvoria tri malé uzatvorené výcvikové skupiny (v každej 10 – 12 členov), výcvikový proces má zásadne skupinovú formu, prácu v malých skupinách dopĺňa spolupráca vo veľkej skupine (komunitné stretnutia, tématické bloky arteterapie, muzikoterapie, psychogymnastiky, psychodrámy a hrania rol, klubové aktivity zameraná na relaxáciu, edukáciu a reflexiu diania v skupinách, relaxačné techniky). Individuálny kontakt s vedúcimi skupín (vždy dvojica žena a muž) poskytuje denník, ktorý vedú účastníci programu. V systéme sa cielene využívajú prvky skupinovej dynamiky a účinné faktory skupinovej psychoterapie tak, ako ich formulovali Yalom (1999) a Kratochvíl (2001). Rozsah výcvikového programu je 570 hodín, realizuje sa v týždenných (sedemdňových) a víkendových (trojdňových) blokoch v časovom rámci tri a pol roka.

Štruktúra výcvikového programu:

- komunitný režim a psychoterapeutická práca v komunite,
- psychoterapeutická práca s intrapsychickou dynamikou v malej skupine,
- skupinové procesy a skupinová dynamika, dominuje biografická orientácia sedení, v menšom rozsahu sa uplatňujú aj interaktívne, tematické a samoriadiace formy skupinovej práce
- nácvikové metódy a postupy pri skupinovej psychoterapii,
- autogénny tréning a progresívna relaxácia,
- využitie psychodrámy, psychogymnastiky, arteterapie, muzikoterapie a hrania rol v skupinovej psychoterapii,
- klubové formy práce v skupinovej psychoterapii,
- individuálna práca s klientom v skupine a prostredníctvom denníka.

Výcvikový model sa vyvíja viac ako štvrťstoročie a parciálne mení svoju podobu. Obohacuje sa obsahovo, je snaha vniesť do procesu nové poznatky získané z výskumných a praktických zdrojov, do výcvikového procesu vstupujú externí odborníci z ČR, SR a USA vo forme návštev alebo krátkodobej supervízie. Program vedú tri stabilné dvojice a jeden vedúci komunity, ktorý napĺňa aj supervíznu funkciu.

V psychoterapeutickej obci sa dlhodobo diskutuje o podmienkach výkonu psychoterapie z hľadiska pregraduálneho vzdelávania. Psychoterapia je profesiou, ktorá sa profiluje v postgraduálnej príprave, pregraduálne vzdelanie je dôležité, ale nie je rozhodujúce (pokiaľ ide o odbory pomáhajúcich profesií). Základnou podmienkou je sebaskúsenostná časť postgraduálneho vzdelávania v rozsahu 500 hodín, na ktoré nadväzujú ďalšie stupne (supervízia, teória, resp. individuálna cvičná terapia, prax v zdravotníctve). Prezentovaný model je zameraný na uplatňovanie metód psychoterapie mimo klinickú sféru, po jeho absolvovaní je však možné pokračovať v psychoterapeutickej príprave aj v smere k zdravotníckemu výkonu systematickej psychoterapie.

Pomáhajúce profesie ako pedagogika a jej odnože liečebná pedagogika či etopédia, ale aj sociálna práca, psychologické poradenstvo majú záujem uplatniť svoj vplyv v oblasti efektívnejšej adaptácie alebo socializácie jedinca. V tomto smere sa nesporne prekrývajú s cieľmi psychoterapie. Medzi nimi a psychoterapiou je však jasná deliaca čiara (Wolberg 2013). Tou je kompetencia terapeuta, terapeutický systém a práca s intrapsychickými štruktúrami osobnosti. Napriek tomu je však možné metódy psychoterapie nesporne efektívne využívať s plnou zodpovednosťou a kompetenciou aj mimo rámec zdravotníctva.

Sigmund Freud rozlišoval svoju prax na obdobie pred vlastnou analýzou a po nej. Obdobie pred náročným procesom sebaskúmania nazval divoká analýza. Divoká, pretože nebola korigovaná sebapoznaním, sebareflexiou, schopnosťou rozlíšiť čo do procesu psychoterapie vkladá terapeut zo seba, alebo ide skutočne o problém pacienta alebo klienta. Úlohou odborníkov, ktorí sa rozhodli pracovať s psychoterapeutickými metódami aj mimo rámec zdravotníctva, je v prvom rade diferencovať vlastné zážitky, traumy, vzťahy a konflikty od problémov klienta. Následne poznať teóriu a disponovať primeranými zručnosťami k vedeniu takéhoto procesu. Kvalitne vedený, dlhodobý sebazážitkový výcvik je k tomu vhodnou príležitosťou. V optimálnom prípade následne nastupuje systematická supervízia.

Použitá literatúra

FREDERICKSON, J. 2004. Psychodynamická psychoterapie. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-414-4

GABBARD, G., O. 2005. Dlhodobá psychodynamická psychoterapia. Trenčín: Vydavateľstvo F. ISBN 80-88952-29-8

KOŽNAR, J. (1990) Psychoterapeutické prístupy v prevýchove I., II. Banská Bystrica: KPÚ. ISBN 80-85415-08-9

KOŽNAR, J., ŠTÚROVÁ, J.(1981) Příprava odborných pracovníků pro zavádění skupinových forem práce do převýchovného procesu. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, XVI, 4, 327 – 350, ISNN 0555-5574, EV 3493/09

KRATOCHVÍL, S. 2006. Základy psychoterapie. Praha: Portál. ISBN 80-7376-122-0

KRATOCHVÍL, S. 2001. Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén. ISBN 80-7262-096-7

LABÁTH, V. 1985. Model krátkodobého korektívneho pôsobenia v podmienkach diagnostického ústavu pre mládež. Bratislava: DÚM.

LABÁTH, V.- MATULA, Š.- KOŠČ, L. 1989. Model poradenskej starostlivosti o deti a mládež s poruchami správania disociálneho charakteru. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, XXIV, 2, 1989, 127-141. ISNN 0555-5574, EV 3493/09

LABÁTH, V., SMIK, J., MATULA, Š. 2011. Expoprogram. Intervenčný program pre skupinovú prácu s deťmi a mládežou. Bratislava: UK. ISBN 978-80-223-2756-5

MATULA, Š., LABÁTH, V. 1988. Systém komplexnej poradenskej starostlivosti o deti a mládež s poruchami správania. Záverečná správa ŠPZV IX-5-9/04-06. Bratislava: VÚDPaP.

ŘEZNÍČEK, M. 1980. Některé zkušenosti s psychoterapií u delinkventní mládeží u DÚM. Etopedické listy, 2, 131 – 139.

SKÁLA, J. a kol. 1987. Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha: Avicenum.

ŠKOVIERA, A. 2002. Emocionálne a sociálne narušené dieťa a jeho inštitucionálna výchova. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum.

ŠKOVIERA, A. 2007. Dilemata náhradní výchovy. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-318-5

ŠKOVIERA, A. 2008. Kapitoly z výchovy a prevýchovy. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum. ISBN 978-80-8052-327-5

ŠTÚROVÁ, J., DANEŠOVÁ, M. 1978. Nové formy skupinové práce v převýchovném procesu. Bratislava: VÚDPaP.

VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (eds.) 2010. Současná psychoterapie. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-682-7

WOLBERG, L., R. 2013. The Technique of Psychotherapy. Chevy Chase: International Psychotherapy Institute E-Books 301-215-7377

YALOM, I., D. 1999. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Hradec Králové: Konfrontace. ISBN 80-86088-05-7

ZICHA, Z. 1980. Systém komplexní aktivní převýchovy ve výchovním ústavu pro mládež v Kostomlatech pod Milešovkou. Etopedické listy, 2, 56 - 70.

ZÖLDER, M. 1985. Využitie a vplyv voľnej tribúny a iných hromadných foriem prevýchovy v prevýchovnom systéme VÚM. Bratislava: KPÚ.

FETÁLNY ALKOHOLOVÝ SYNDRÓM ALEBO STRUČNÁ SPRÁVA O TOM, O ČO IDE

BINDASOVÁ Oľga
Kancelária verejného ochrancu práv
E-mail: oheureka@zoznam.sk

Vážené dámy a páni, kolegyne, kolegovia,

téma FAScinujúcich detí súvisí s diagnózou Fetálny alkoholový syndróm (ďalej len FAS). Do slovenskej odbornej literatúry sme ju uviedli vďaka knihe FAScinujúce deti autorky Malgorzaty Kleckej, poľskej terapuetky, špecializujúcej sa na diagnostiku a liečbu fetálneho alkoholového syndrómu - FAS.

Motto

Gram prevencie je viac
ako kilogram terapie

(nezistený autor)

Z histórie pojmu

Na „súvislosť medzi vplyvom alkoholu na vývoj plodu a jeho toxickým účinkom" prvýkrát upozornil francúzsky pediater Paul Lemoin v 1968 (Klecka, Janas-Kozik, 2009). Historický výskum tímu Davida Smitha, Kena Jonesa, Christy Ulleleandovej a Ann Streiguthovej v r. 1973 podrobne popísal príznaky porúch centrálnej nervovej sústavy a detaily dysmorfických čŕt po pozorovaní ôsmych detí alkoholičiek z troch rôznych etnických skupín.

Jeho realizátori dokázali, že prenatálna expozícia alkoholu spôsobuje *charakteristické* ***zmeny stavby tvárovej časti lebky (dysmorfia***. Príloha č. 1)***, oneskorený rast*** a ***poruchy vývinu centrálnej nervovej sústavy*** (najmä mozgu. Príloha č. 2).

Aj súčasné diagnostické kritériá sa opierajú o uvedenú trojicu klinických príznakov:

1. charakteristické dysmorfické črty

2. oneskorený rast

3. príznaky porúch centrálnej nervovej sústavy

Deti matiek, požívajúcich počas tehotenstva alkohol, ktoré nemali všetky príznaky poškodenia, boli označované v minulosti ako deti s Fetálnym alkoholovým efektom (FAE).

V roku 1998 bolo celé spektrum klinických príznakov zapríčinených expozíciou alkoholu počas tehotenstva zahrnuté pod spoločný termín FAS Spektrum Disorders. O dva roky neskôr bol navrhnutý a dodnes je používaný názov Fetal Alcohol Spectrum Disorder(s) FASD.

Ostatné spoločné vyhlásenie expertov NOFAS (National Organization of Fetal Alcohol Syndrome) a FASD Centre of Excellence v roku 2004 prijalo definíciu FASD ako spoločný termín pre celé spektrum vývojových porúch, vyskytujúcich sa u detí, ktorých matky počas tehotenstva

požívali alkohol. Tieto poruchy môžu zahŕňať poruchy fyzického a zmyslového vývoja, správania, učenia; môžu pretrvávať celý život.

Termín FASD nie je určený pre klinickú diagnostiku.

Napriek tomu, že spektrum FASD patrí medzi vývojové poruchy, 70-75 % jeho nositeľov má intelekt v norme. Podstatou ich postihnutia je obmedzená možnosť fungovania v spoločnosti.

Klinické vlastnosti FASD možno klasifikovať do dvoch hlavných kategórií:

1. Fetálny alkoholový syndróm (Fetal Alcohol Syndrome - FAS), **diagnóza Q 86.0** podľa 10. medzinárodnej klasifikácie chorôb (ďalej len MKCH). Špecifická klinická jednotka, ktorá vznikla na základe konzumácie etylalkoholu (etanolu) tehotnou ženou a vplyvu alkoholu na plod. Etylakohol je teratogén (toxický pre plod), ktorý nepriaznivo ovplyvňuje vývoj plodu počas celého tehotenstva. Jeho vplyv závisí od množstva alkoholu a fázy tehotenstva.

2. Poškodenie nervového systéme plodu (Alcohol Related Neurodevelopment Disorder - ARND)

Kľúčom k pochopeniu detí s FASD je uvedomenie si, že to nie sú len deti alkoholikov, u ktorých má väčšina prejavov správania i psychiatrických porúch svoje príčiny v prostredí naplnenom násilím a zanedbávaním.

Populácia osôb s FASD sa prejavuje klinickými symptómami, súvisiacimi s teratogénnymi účinkami alkoholu na vyvíjajúci sa mozog v intrauterinnom období vývoja, čo nezávisí od kvality rodinného prostredia.

„V súčasnosti sa FAS a ARND diagnostikujú ako pretrvávajúce vývojové a neuropsychiatrické poruchy.“ (Klecka, Janas-Kozik, 2012, s. 7)

Prvé príznaky fetálneho alkoholového spektra - FASD (podľa M. Klecka, 2009)

Medzi somatické príznaky patria problémy centrálnej nervovej sústavy (ďalej len CNS). Deti s FAS majú problém osvojiť si a zapamätať si informácie, riešiť a správne hodnotiť problémy. Majú ťažkosti s rečou, sluchom a koncentráciou. Mozog plodu je najcitlivejší na teratogénne účinky alkoholu v prvom trimestri tehotenstva. Výskum potvrdil nedostatočný vývoj CNS, poškodenie štruktúry a funkcií mozgu plodu.

Zmeny anatómie zraku u detí s FAS ukazujú, že aj oko je senzitívne na pôsobenie alkoholu. Medzi vonkajšie prejavy FAS patrí o.i. epicantus (pokles očného viečka), mikroftalmia a strabizmus.

Požívanie malých dávok etylalkoholu v tehotenstve môže byť príčinou srdcových i tráviacich porúch u detí.

K najčastejším príznakom FASD u detí do 4 rokov patria: podráždenosť, nervozita, problémy so saním a kŕmením. Znížený, alebo zvýšený svalový tonus, poruchy spánku, precitlivelosť na zvuk a svetlo, pretrvávajúci plač a napätie, impulzivita, nesústredenosť, návaly zlosti, oneskorený vývoj, problémy s adaptáciou a ď..

V neskoršom veku (okolo 5.-6. roku) sa u detí objavujú príznaky súvisiace s kognitívnou sférou: deficit pozornosti, problémy s pamäťou, ťažkosti s abstraktným myslením. problémy s učením sa na vlastných chybách, oneskorenie i poruchy reči a iné.

Podľa amerických psychiatrov FASD je najväčší "napodobňovateľ" chorôb, pretože jeho prejavy sú často podobné príznakom iných ochorení napríklad ADHD, Aspergerovho syndrómu, aj reaktívnej poruchy pripútania.

Podobnosti a rozdiely: ADHD „versus“ FASD

Dieťa (aj dospelý) s FASD má závažnejšie behaviorálne problémy ako dieťa(dospelý) s ADHD. Častá je zámena diagnostikovania FASD za ADHD.

Komparatívne výskumy preukázali, že deti s FASD majú iný behaviorálny profil, horšie fungujú v sociálnom správaní (majú horšie sociálne uplatnenie) a slabšie rozoznávajú a vyjadrujú emócie než deti s ADHD.

ADHD a FASD sa podobajú v ťažkostiach s riešením problémov, v schopnosti koncentrácie len krátky čas, v impulzivite, ich nositelia akoby nepotrebovali fyzický oddych.

Príčinou deficitov osôb s FASD je neschopnosť chápať a interpretovať emocionálne a mentálne stavy iných ľudí. Napríklad dieťa s FASD nedokáže odlíšiť, či je jeho pestún smutný, alebo nahnevaný.

Typické problémy osôb s FASD

Najviac problémov majú s prijímaním a vykonávaním rozhodnutí. Nedokážu dodržiavať pravidlá a neuvedomujú si následky (kauzalitu). Ľahko podliehajú tlaku. Majú problém zorganizovať si voľný čas (aj zábavu), nevedia čo by mali urobiť v danej chvíli. Bývajú naivní a dôverčiví. Dokážu sa bez problémov vzdialiť s neznámym človekom. Nerozumejú abstraktným pojmom (čas, peniaze, priestor apod.), aj keď ich poznajú. Vyslovujú pojmy, ktorým v skutočnosti nechápu. Nekladú otázky. Len s veľkými problémami sa učia na vlastných chybách. Majú problémy s prispôsobením sa, po zmene rutiny alebo pokynov. Ťažké je ich motivovať pomocou systému odmeňovania (bodmi, nálepkami atď.). Neukončujú zadané úlohy. Vyvolávajú dojem pobúrených.

FASD je hlavnou príčinou zmyslového zaostávania. Následky FASD pretrvávajú celý život. Deti s FAS a FASD robia dojem, že dokážu viac.

Ľudia s FASD sa môžu vyvíjať a fungovať v živote veľmi dobre, ak dostávajú primeranú podporu a starostlivosť.

Nie sú to zlé deti

Tak znie názov informačného letáku pre rodičov detí s FAS a FASD (autorka Debora Evensen)

Tento osvetový materiál poskytuje o. i aj porovnanie typického dieťaťa určitého veku a dieťaťa rovnakého veku s FAS.

Typické 5-ročné dieťa:

- Chodí do MŠ
- Dokáže vykonať tri pokyny zadané naraz
- Spolupracuje s rovesníkmi v hre.
- Dokáže sa podeliť
- Dokáže počkať, kým príde na rad

Dieťa vo veku 5.rokov s FAS

Vývinový vek 5-ročného dieťaťa s FAS zodpovedá 2-ročnému dieťaťu:

- Používa plienky.
- Dokáže vykonať jeden pokyn.
- Pomáha a nasleduje matku.
- Vydrží pokojne sedieť 5-10 minút.
- Je pohybovo aktívny
- Pôsobí ako tvrdohlavé dvojročné dieťa.

Typický 10 ročný

- Odpovedá na abstraktné otázky.
- Spolupracuje s inými, rieši problémy.
- Učí sa robiť závery.
- Vstrebáva vedomosti, rozvíja spoločenské kontakty.
- Má veľa energie.
- Dokáže generalizovať.

Dieťa vo veku 10 rokov s FAS

Vývinový vek 10-ročného dieťaťa s FAS / FASD zodpovedá veku 6.rokov.

- Učí sa experimentovaním
- Opakuje slová, napodobňuje správanie.
- Uznáva len hry pod vedením s jasnými pravidlami.
- Učí sa na základe vzorového riešenia problému.
- Duševná námaha ho rýchlo unaví.

Typický 18 ročný.

- Usiluje sa o samostatnosť.
- Končí školu a začína svoju profesíjnu orientáciu.
- Má svoje životné plány.
- Šetrí si peniaze.
- Dokáže si usporiadať život.

Adolescent vo veku 18. rokov s FAS /FASD

Jeho mentálny vek zodpovedá veku 10- ročného dieťaťa.

- Potrebuje diktovanie zásad a riadenie.
- Má malý okruh záujmov
- Žije tu a teraz.
- Charakterizuje ho bezstarostnosť a nadmerná zvedavosť(všade strká nos) a iritovanosť.
- Organizuje si život za pomoci dospelých.

Ako pochopiť správanie detí a dospievajúcich s FAS ?

Nevyhnutné je uvedomiť si, že mozog vystavený alkoholu v intrauterinnom vývoji má ťažkosti s:

- hromadením informácií,
- spájaním nových informácií s predchádzajúcim učením

- pamäťou, najmä krátkodobou
- využitím informácií.
  (www.fosterparents.org).

Dospievanie detí s FASD je náročnejšie jednak z dôvodu primárnych porúch, ktoré si doniesli na tento svet v momente narodenia, ako aj sekundárnych porúch, ktoré sa v priebehu jeho života vyvinuli vplyvom prostredia. Výskumný tím prof. Ann Streissguthovej, poukázal na tieto sekundárne poruchy a prvý krát použil tento termín v súvislosti so skúmaním detí s FASD. Ani jedna z pozorovaných osôb nedosiahla primeraný vývin v komunikačnej a socializačnej sfére. Ďalší výskum vo svojich záveroch upozornil na závažné adaptačné ťažkosti u 58% probandov (celkový počet 92 adolescentov a dospelých osôb). Medzi nimi boli problémy napríklad: s alkoholom a psychoaktívnymi látkami, s predčasným sexuálnym životom a následne aj nezodpovedné rodičovstvo, prerušením vzdelávania, s problémami so zákonom, nezamestnanosť a bezdomovectvom, s násilím i rôzne zdravotné problémy vrátane psychických. V sociálnej oblasti adolescent s FASD nie je schopný nadviazať kolegiálne alebo priateľské vzťahy, nechápe sociálne situácie, absentuje uňho vlastná iniciatíva, ktorá by mu pomohla vysporiadať sa s úlohami, ktoré naňho život v tomto období kladie. Nie je schopný získať status človeka, ktorý má vlastný názor, ani nedokáže prevziať úlohu vodcu.

Ako predísť týmto problémov, alebo 100% preventabilita.

Ponúkam niekoľko faktov na podporu profylaxie:

► Alkohol poškodzuje plod viac než akákoľvek iná droga.

► Neexistuje bezpečná dávka alkoholu, ktorú je možné skonzumovať v tehotenstve bez možnosti škodlivých následkov na plod.

► Deti s FAS a FASD sa nerodia len ženám závislým od alkoholu.

► V Európskej únii trpí 60 000 osôb FAS. Vo Francúzsku sa v r. 2001 narodilo 700 novorodencov s FAS, v USA je to okolo 5 000 novorodencov ročne. V Poľsku je to každý rok približne 900 novorodencov s plne rozvinutým fetálnym alkoholovým syndrómom (FAS) a desaťkrát viac s poruchami fetálneho alkoholového spektra (FASD)

► Na Slovensku diagnózu FAS (napriek mojím opakovaným upozorneniam) Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky (UIPŠ) neeviduje. Tento stav je neudržateľný aj preto, že WHO zaradilo SR na 19. miesto v celosvetovej spotrebe alkoholu na 1 obyvateľa. V roku 2012 to bolo viac ako 13 litrov alkoholu na obyvateľa, včítane novorodencov.

► Komplexu FAS a FASD je možné spoľahlivo zabrániť, keď sa nám podarí informovať a motivovať ženy vo fertilnom veku k odmietaniu alkoholu počas gravidity. Regionálna kampaň zameraná na prevenciu požívania alkoholu tehotnou ženou prebiehala v Banskej Bystrici pod názvom In mimino veritas. Jej najdôležitejším posolstvom bolo informovať ženy, že pitím alkoholu počas tehotenstva môžu vážne poškodiť zdravie svojho ešte nenarodeného dieťaťa.

Záver alebo FAS v kocke:

FAS môže byť hlavnou príčinou duševných chorôb.

Väčšina osôb s FAS má priemernú úroveň inteligencie.

FAS je príčinou vážnych spoločenských problémov a porúch správania.

Neexistuje bezpečná dávka alkoholu, ktorú je možné skonzumovať počas tehotenstva bez škodlivých následkov na plod.

Alkohol poškodzuje plod viac ako akákoľvek iná droga.

Komplexu FAS a iným poškodeniam spôsobeným konzumáciou alkoholu v tehotenstve je možné na 100% zabrániť. (Debora Evensen)

Koniec, ktorý chce byť začiatkom :

Kvalitná odborná diagnostika vedúca k adekvátnej terapii umožní deťom s FAS / FASD (aj ich rodičom) prežiť život, ktorý nebude len seriálom problémov a utrpenia.

Na Slovensku máme, vďaka M. Kleckej, vyškolených 13 edukátoriek v problematike fetálneho alkoholového syndrómu.

Svoj príspevok do zborníka konferencie Križovatky píšem, ako **výzvu** k naštartovaniu informačnej kampane a diagnostickej i terapeutickej pomoci deťom a rodinám žijúcim s postihnutím FAS a FASD.

Prosím všetkých, ktorých sa problém FASD akýmkoľvek spôsobom týka, aby sa aktivizovali a v rámci svojej odbornosti pracovali v záujme zlepšenia kvality života detí s FASD a pomohli tak aj rodinám týchto detí.

Oľga Bindasová, edukátorka v oblasti fetálneho alkoholového syndrómu

Príloha č.1 Dysmorfia tváre u fetálneho alkoholového syndrómu

Použitá literatúra

KLECKA,M. 2011 FAScinujúce deti. Banská Bystrica: Návrat o. z.

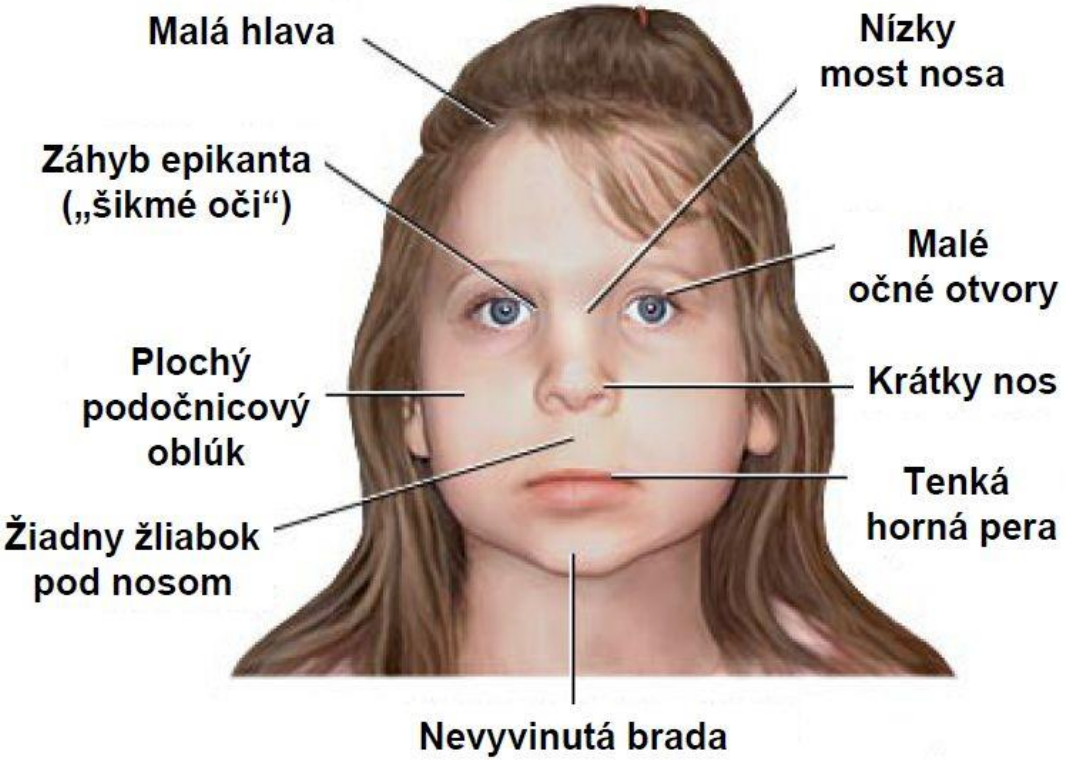
KLECKA, M., JANAS-KOZIK, M. 2012 Dieťa s FASD. Diferenciálna diagnostika a základy terapie. Banská Bystrica: Návrat o. z. 93 s. ISBN 978-80-969621-7-4

www.fosterparents.org.pl

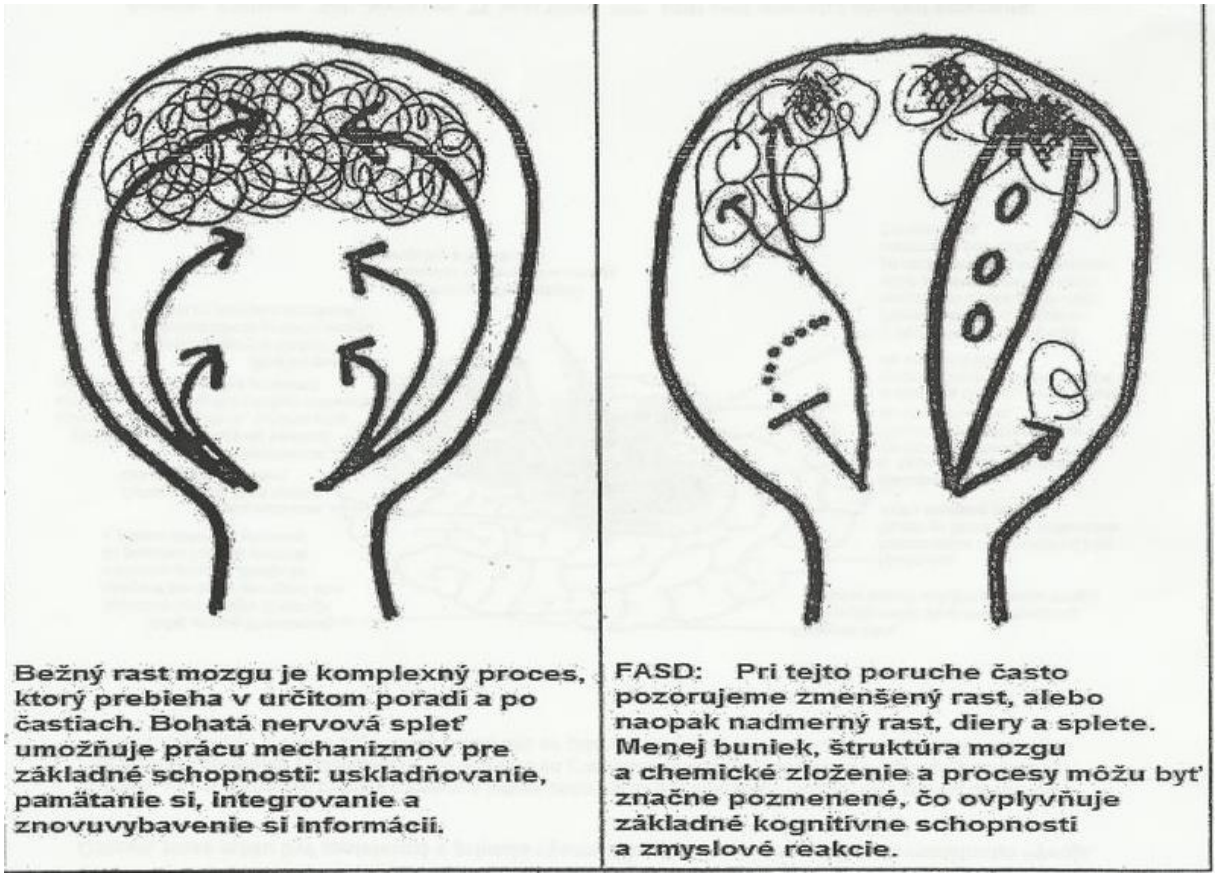
www.nofas.org

www.navrat.sk

www.uzis.sk



Príloha č. 2 Náčrt vývoja mozgu: vľavo bežný mozog, vpravo mozog u FASD



BIOFEEDBACK A PORUCHY SPRÁVANIA

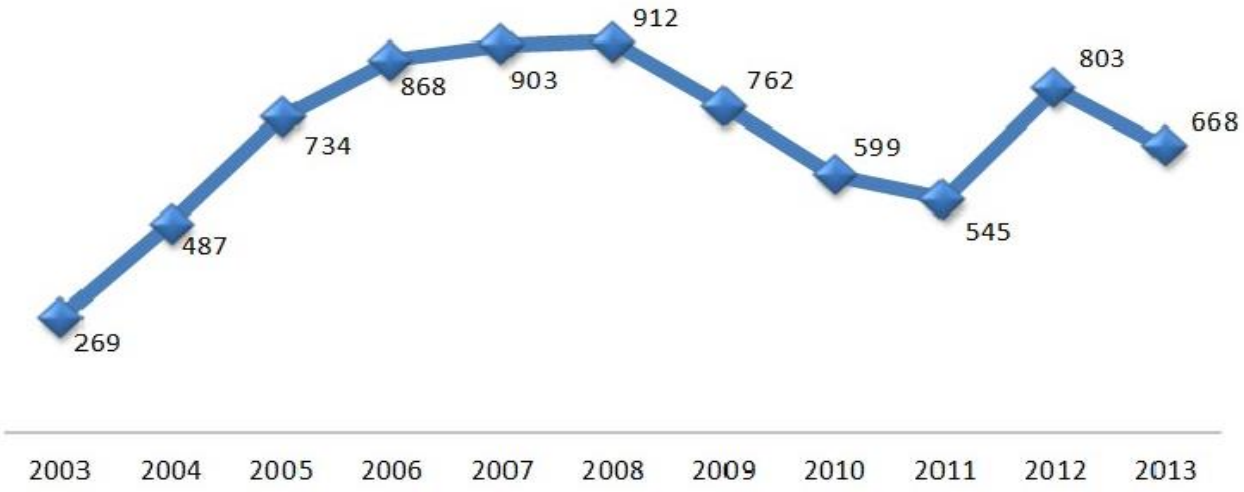
KUBIŠOVÁ Zdenka, SÁKRÖZYOVÁ Judita
VOXPSYCHÉ s.r.o., Veľký Krtíš

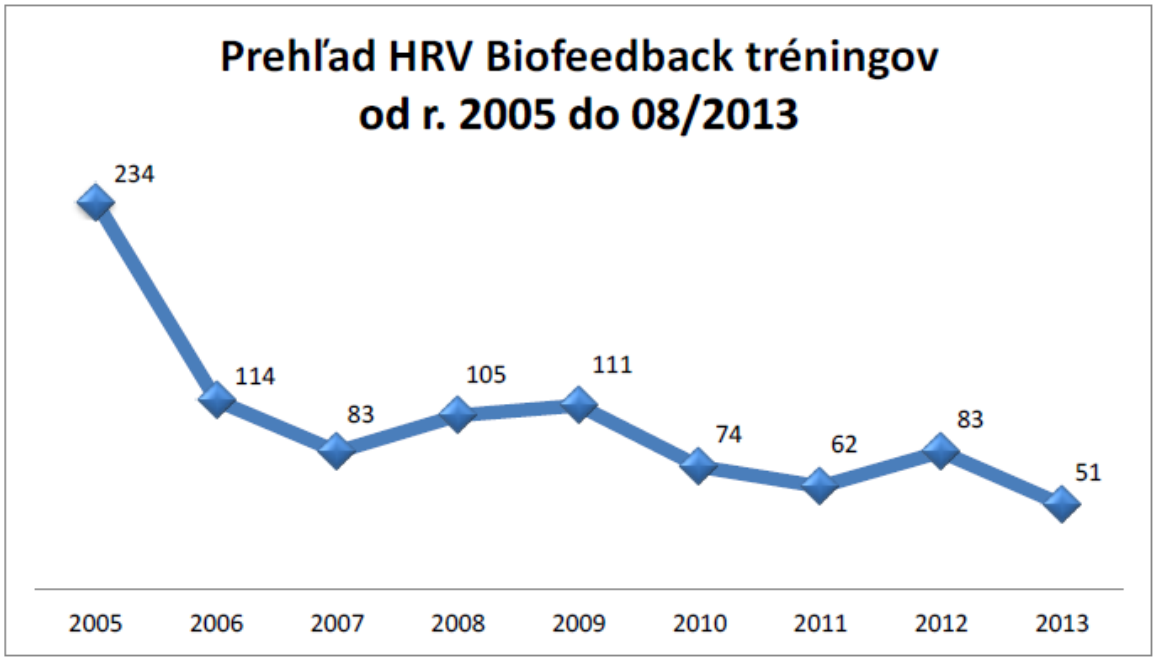
Naše pracovisko

Neštátne zdravotnícke zariadenie – Ambulancia klinickej, poradenskej a dopravnej psychológie, psychoterapia a biofeedback

Neštátne školské zariadenie - Súkromné centrum špeciálno – pedagogického poradenstva

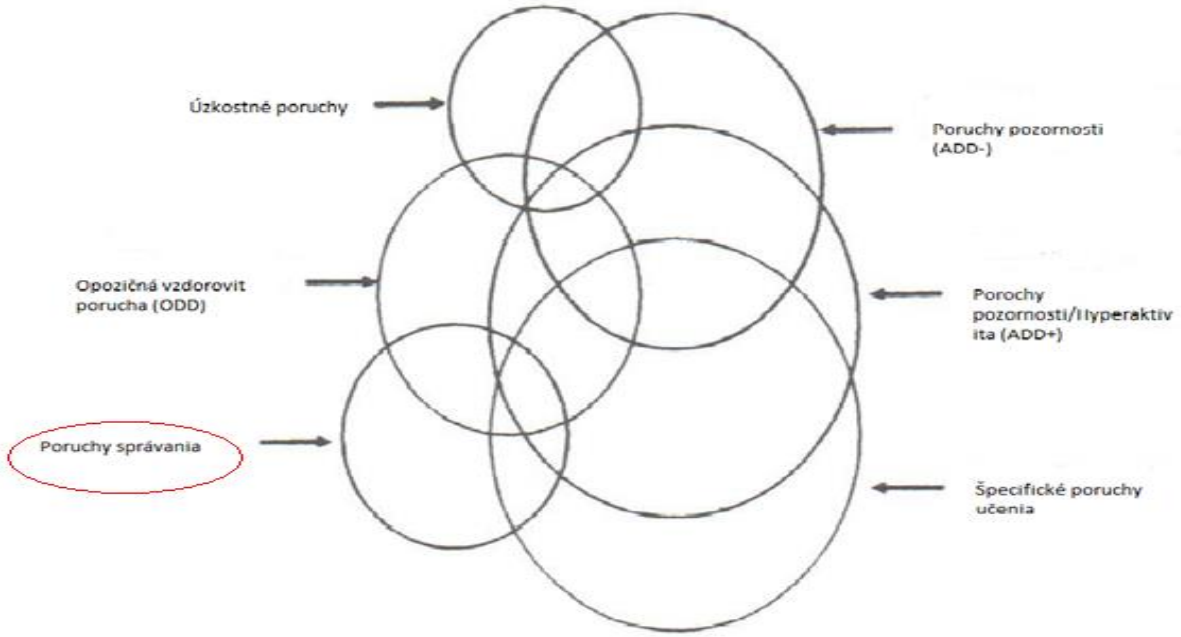
Prehľad počtu EEG biofeedback tréningov 2003-8/2013





Prehľad

- Vzťah medzi ADHD (alebo ADD+), ADD (alebo ADD-) a inými poruchami.
- Schwartz,M.S. Andrasik,F. Biofeedback a practitioner´s guide, 2003).

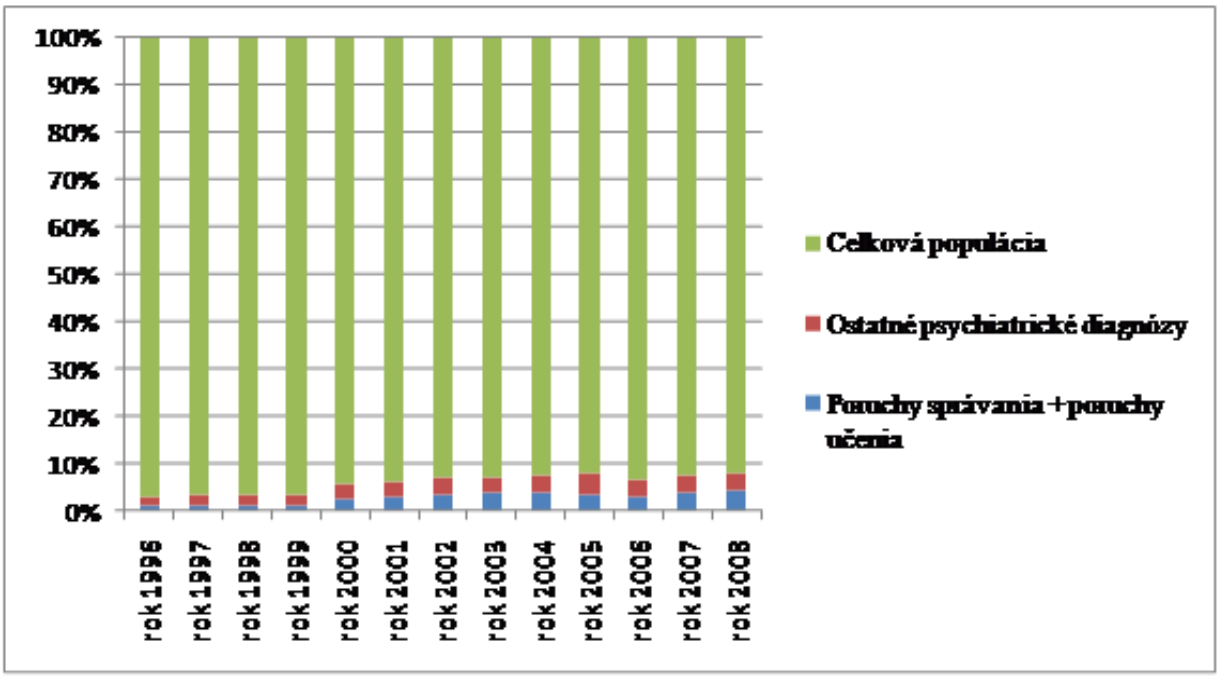


- Diagramy slúžia len ako ukážka, neznázorňujú mieru v akej sa poruchy prekrývajú, skôr poukazujú na existenciu vzťahov medzi nimi.

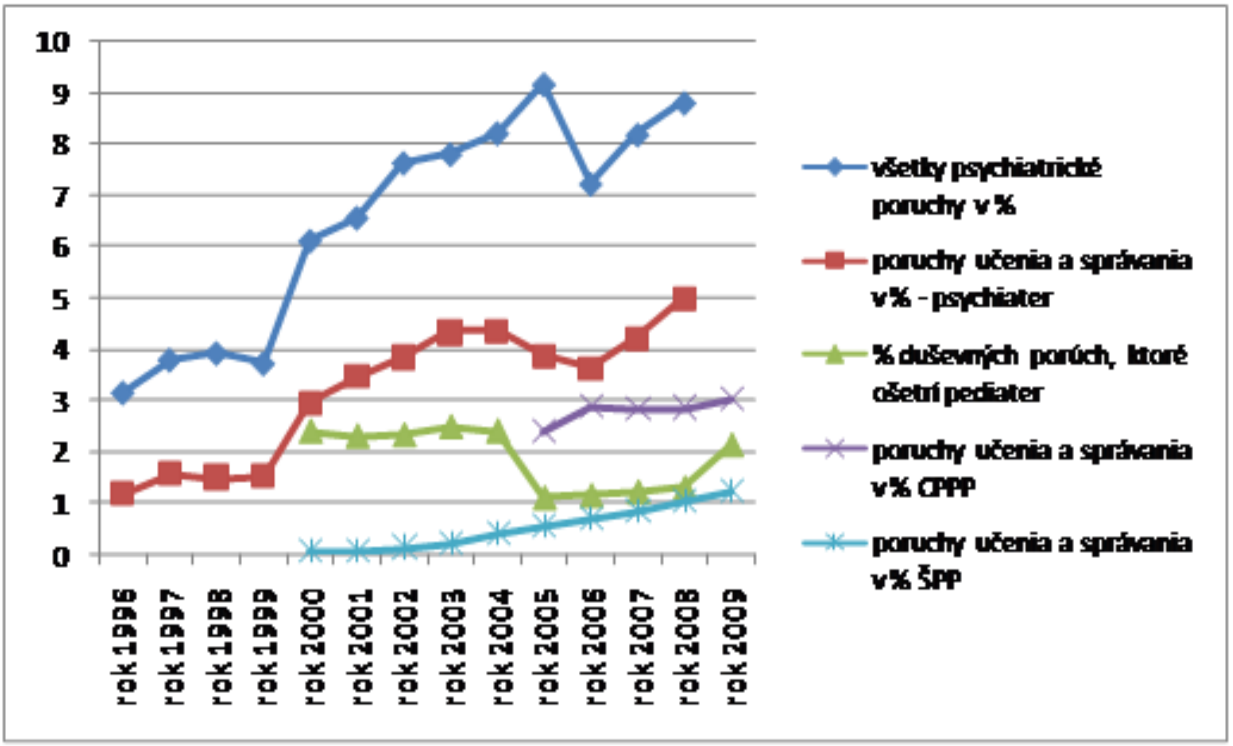
Špecifické poruchy správania sú späté s oslabením vo funkciách a schopnostiach, ktoré sú zodpovedné za riadenie, reguláciu a integráciu správania pri inteligencii najmenej v medziach širšej normy. Sekundárne často vedú k nedostatočnému využívaniu rozumovej kapacity, znižujú výkonnosť dieťaťa a druhotne pôsobia aj výukové problémy. Pod pojmom špecifické poruchy správania sú chápané poruchy, ktoré vznikli vplyvom pôsobenia rôznych exogénnych a endogénnych faktorov na podklade existujúceho a preukázaného oslabenia alebo zmien CNS

v zmysle neurobiologického postihnutia. Pod pojmom nešpecifické poruchy správania rozumieme všetky poruchy správania, ktoré vznikli z iných príčin než poruchy správania charakteru špecifického. (Michalová,2007). Koexistencia ADHD s ďalšími emočnými poruchami alebo s poruchami správania je všeobecne známa s tým, že až 44% detí s ADHD trpia najmenej ešte jednou ďalšou psychickou poruchou, 32% ich trpí dvomi ďalšími poruchami a 11% dokonca tromi či viacerými poruchami. (Paclt, Florian, 1998). V oblasti porúch správania ICD -10 kladie veľký dôraz na kvalitu socializácie zatiaľ čo DSM-IV na mieru závažnosti symptómov (Paclt, I. a kol., 2007).

- **Psychická morbidita v populácii detí a dorastu podľa zdravotníckej štatistiky detských psychiatrických ambulancií.**



Prevalencia psychických porúch v jednotlivých rezortoch starostlivosti



Podľa školských štatistík za posledných 5 rokov stúpol počet integrovaných žiakov na ZŠ o 7%. Podľa Správy MŠ o stave školstva za školský rok 2012/2013 bolo k 30.6.2013 celkom 11,7% integrovaných žiakov (žiaci so zdravotným znevýhodnením), z celkového počtu 430 139 žiakov ZŠ (2013). V porovnaní s údajmi v grafe možno konštatovať podstatne priaznivejšiu situáciu ako to bolo napr. v r. 2009 kedy celkový počet ošetrených detí v poradenských zariadeniach nepresahoval 4% a počet detí v starostlivosti pedopsychiatra bol okolo 9-10%. Počet detí s poruchami učenia a správania liečených pedopsychiatricky značne presahoval počty ošetrených v poradenských zariadeniach.

Mechanizmus účinku NFT

- Model thalamo- kortikálnej dynamiky (Sterman)
- Model neokortikálnej dynamiky (Lubar)
- Model neuromodulácie a dlhodobej potenciácie neurónov- LTP (Abarbanel)

Stermanov model thalamokortikálnej dynamiky (1990) vzťahuje generovanie potenciálov mozgu merateľných na hlave k thalamu tri integrované mozgové aktivity: vigilita, senzomotorická integrácia a kognitívna integrácia. Podľa Stermana vstupné informácie z týchto troch systémov majú vplyv na thalamické oscilačné generátory. Oscilačné stavy v thalame pretrvávajú za predpokladu, že vplyvy, ktoré vznikli na základe kombinácií uvedených troch modalít sú odstránené. Preto nachádzame napr. u niektorých hyperaktívnych detí aj v stave kľudu vysoké amplitúdy SMR rytmu. Ich vysokú senzomotorickú dynamiku udržiava thalamus aj v stave kľudu. Tento obraz je často typický pre patofyziologické prejavy v EEG rytme u hyperaktívnych detí podobne ako vysokovoltážna alfa a theta aktivita pri otvorených očiach u nepozorných detí.
Lubarova teória neokortikálnej dynamiky publikovaná v r. 1997 vychádza z poznatkov o vzájomných interakciách rozdielnych typov pyramídových buniek šiestich vrstiev neokortexu a nových poznatkov o interakcii týchto buniek s tzv. „talamickými generátormi“, ktoré vytvárajú rezonančné okruhy tak, že lokálne rezonancie v makrokolumnách neokortexu musia pre správne učenie dosiahnuť súzvuk s regionálnymi rezonanciami medzi kolumnami a globálnymi rezonanciami, ktoré sa vyvíjajú medzi separovanými oblasťami fronto - parietálne a fronto –

occipitálne pričom do tohto „orchestra“ sa zapájajú aj talamické generátory. (podľa Lubar,J.F.: Neokortikálna dynamika, in Krivulka,P.:Modely, teória a výskum NFT, Modul 6, učebný text Biofeedback a neurofeedback, Úvod do aplikovanej psychofyziológie, Psychotrend, 2003, 77s.) Abarbanel doplnil Stermanov model thalamo – kortikálnych obvodov a Lubarov model kortiko – kortikálnych obvodov o model neuromodulácie a dlhodobej potenciácie neurónov. Proces LTP (long term potentiation) predstavuje dlhodobé zvýšenie alebo zníženie synaptickej váhy pri učení, ktoré prebieha na excitačných synapsách v kortexte a hypokampe prostredníctvom rôznych transmitterov. (Krivulka,P.:Modely, teória a výskum NFT, Modul 6, učebný text Biofeedback a neurofeedback, Úvod do aplikovanej psychofyziológie, Psychotrend, 2003, 77s.)

Historické vzťahy

O EEG BF sa hovorí od 6O-tych rokov - **Kamyove experimenty** a *výskum alfa rytmov* priniesli zistenie, že človek sa môže naučiť navodiť si relaxovaný a bdelý stav za pomoci vôľovej kontroly alfa vĺn (1969). Približne v tej dobe prof. **Barry Sterman** skúmal spánok mačiek. Zistil, že rytmus okolo 14Hz sa vyskytuje u mačiek v spánku i v bdelom stave. Začal teda túto frekvenciu u mačiek trénovať a zistil, že po určitom čase dochádza k pozitívnym zmenám v spánku i v správaní mačiek. Tréning mačiek spočíval v dvoch fázach. V prvej, keď mačky uvideli jedlo, museli stlačiť páčku, ktorá im ho sprístupnila. Keď došlo k spevneniu vzorca, bol celý proces skomplikovaný. Mačka bola po stlačení páčky odmenená až keď sa ozval zvukový signál alebo sa rozsvietilo svetlo. Čiže mačka sa musela naučiť počkať na dva podnety idúce za sebou. Prof. Sterman zistil, že vo fáze medzi dvomi podnetmi, čiže v fáze čakania sa mačky nachádzajú v stave hlbokého sústredenia. Snímanie EEG vykázalo prevahu vĺn v spektre okolo 14Hz (resp. 12-15HZ). Vzhľadom na to, že toto spektrum je vlastne na rozhraní alfa a beta frekvencií, teda stavu relaxovaného a pasívnej pozornosti a stavu aktívnej vonkajšej pozornosti, definoval Sterman tieto frekvencie ako *senzomotorický rytmus* (SMR) alebo tiež rytmus „odriekavého sústredenia“. V ďalšej fáze výskumu bol celý proces podmieňovania založený len na produkcii SMR rytmu. Mačky boli odmeňované len vtedy, ak ich EEG vykazovalo výraznejšiu aktivitu v žiadúcich frekvenciách. Ďalšie výskumy ukázali, že to platí aj u ľudí. Terapeutický efekt čakal na to, že oň doslova niekto zakopne. K praktickým aplikáciám pomohla náhoda - Prof. Sterman dostal od NASA za úlohu objasniť negatívny jav - niektorí kozmonauti dostávali na obežnej dráhe halucinácie. Správne sa usúdilo, že sa jedná o stav spôsobený intoxikáciou kvapkami uniklého paliva - hydrazinu. Prof. Sterman na objasnenie použil svoje mačky. Zistil, že jedna skupina mačiek je voči záchvatom odolná (záchvaty sa objavili omnoho neskôr a u jednej vôbec). Bola to skupina, ktorá predtým prešla cieleným SMR tréningom. V r.1972 prof. Sterman publikoval aplikáciu metódy u epileptičky, u ktorej došlo k signifikantnému zníženiu až vymiznutiu záchvatov. V r. 1996 absolvoval študijný pobyt u prof. Stermana **Dr. Tyl**, ktorý v rámci grantového programu MZČR zaviedol EEG BF v Čechách. Na Slovensku sa prvý výskumný projekt EEG Alfa rytmov objavuje v r. 1978 - **Dr. Krivulka, Sedlaček**- Využitie alfa rytmu pri liečbe neurotických pacientov s prevažne úzkostnou symptomatológiou. Záverom bolo zistenie, že alfa tréning je efektívny *pri liečbe úzkostných porúch*. Prví slovenskí neurofeedbackterapeuti boli certifikovaní v Čechách v r. 2000 na pracovisku Dr. Tyla, v r. 2003 prví absolventi EEGBF kurzu na Slovensku v EEGBiofeedback centre u Dr. Krivulku. Prvé školiace pracovisko na Slovensku bolo pod vedením PhDr. P. Krivulku v Rimavskej Sobote a pod jeho vedením vznikla aj *Asociácia pre biofeedback a neuroterapiu.* Biofeedback bol radený do aplikovanej psychofyziológie ako multidisciplinárny prístup s bohatými experimentálnymi zdrojmi v kognitívnej psychofyziológii, neurovede, psychofyziológii osobnosti, stresu a záťaže (Krivulka, SABN, 2008). Aplikovaná psychofyziológia mala nájsť svoje uplatnenie v medicínskych odboroch, v psychológii zdravia a prevencii aj ako psychologická liečba s priamym vzťahom ku klinickým aplikáciám v klinickej psychofyziológii. Klinická psychofyziológia sa stala nakrátko certifikovanou pracovnou činnosťou v systéme certifikovaných pracovných činnosti ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, ale v roku 2010 bola zrušená.

V prepojení EEG BF metódy v oblasti *porúch správania* začali v roku 1960 experimentovať **Quirk a Hisheimer**. V rokoch 1970 – 1995 trénovali 2776 väzňov kombináciou metód teplotnej, kožnogalvanickej a EEG metódy. Dosiahli zníženie recidívy. Len 15% väzňov bolo opätovne väznených v nasledujúcich 3 rokoch. North a Breen inšpirovaní testom Bender Gestalt vytvorili diagnostickú metódu DDT test. Pri testovaní väňov (podpalači, násilníci) prichádzajú z hypotézou, že maladaptívne správanie môže mať povahu epileptiodného charakteru.
V roku 1989 vytvára **Daniel G. Amen** Amenovu kliniku s 85% úspešnosťou u pacientov s priemernou komorbiditou 3,5 psychiatrických chorôb podľa DSM. Amen využíva SPECT zobrazovacie metódy, okrem medikamentóznej liečby využíva biofeedback, audio – vizuálnu stimuláciu, edukáciu o optimalizácii života s ADD, vytváranie pozitívneho správania, rodinné pravidlá so stanovením hraníc, odmeňovací systém, metódu prerušenia (timeout) pri nedodržaní pokynov a neuposlúchnutí príkazu. Amen doporučuje prestávku od vydania príkazu alebo pokynu rovnú veku dieťaťa v minútach alebo dvojnásobok v ťažších prípadoch. Ide aj o myšlienku výchovy k hodnote „svedomia“ požiadavkou ospravedlnenia za nevykonaný príkaz a jeho následné vykonanie. Zameriava sa tiež na školské prostredie a vyučovacie prostredie. Venuje sa kontrole dysfunkčných myšlienok, dychovým cvičeniam, relaxácii, autohypnóze. (Amen, nepubl.)

Amenova klasifikácia

Amen rozlišuje 6 typov ADD/ADHD:

1. Klasické ADD – podľa štúdia SPECT snímkov majú normálnu mozgovú aktivitu v kľude a zníženú mozgovú aktivitu pri aktivite. Tieto deti na seba priťahujú pozornosť. Ťažko ich znášajú najmä ľudia citliví na hluk. Rodiča týchto detí bývajú unavení, nahnevaní a v rozpakoch. Deti majú nízku sebeúctu a každodenné problémy s konfliktným správaním a impulzivitou.
2. Nepozorný/ nesústredený typ ADD – ľahko unikne diagnostike. Sú označovaní ako pomalí, leniví, nemotivovaní. Majú tendenciu byť tichí a roztržití. Radšej sa pozerajú von oknom. Patofyziologickým mechanizmom je porušenie prenosu dopamínu.
3. Prehnane zameraný typ ADD – majú základné príznaky a naviac velké problémy s presúvaním pozornosti, tendenciu zaseknúť sa v negativných myšlenkových schémach alebo správaní. Často sa vyskytuje u týraných detí alebo detí a vnúčat alkoholikov. Patologické procesy sa prejavujú hyperaktivitou vo frontálnej kôre a táto oblasť je husto inervovaná serotoninovými neurónmi.
4. ADD spánkového laloku – prejavuje sa u nich nestabilná nálada, problémy s povahou, ťažkosti pri učení, problémy s pamäťou. Môže sa u nich vyskytovať agresivita, násilné myšlienky, ľahká paranoidita, problémy v slovnej pohotovosti, problémy so spracovaním sluchových vnemov, problémy s čítaním. Zníženie aktivity v spánkových lalokoch a zároveň znížený prietok krvi do prefrontálnej kôry sa pozoruje u týchto detí pri riešení úloh s nárokmi na koncentráciu. Tento typ môže podľa Amena zničiť rodinu. Spája sa s domácim násilím, samovraždou. Pozitívne efekty dosiahol Amen s antikonvulzívnou liečbou.
5. ADD limbického typu – ide o prelínanie depresie a ADD. Symptómy ADD sa prejavujú v svislosti s negativizmom, náladovosťou, smútkom, nedostatkom energie, zníženým záujmom o život. Na SPECT je pozorovateľné zníženie aktivity prefrontálneho kortexu v kľude aj pri záťaži pozornosti a příliš veľa aktivity v limbickej oblasti. Depresia vyzerá na SPECT podobne, avšak oproti limbickému ADD sa aktivita v prefrontálnej kôre zlepšuje koncentráciou. Z hľadiska evolúcie je limbický systém jedna z najstarších častí mozgu cicavcov, ktorá umožňovala zvieratám prežívať a vyjadriť emócie. Evolúcia dala človeku kapacitu pre riešenie problémov, plánovanie a organizáciu, racionálne myslenie. Ako základ na uplatnenie funkcií, jedinec musí mať vášeň, emócie a túžbu na ich uskutočnenie. Limbický systém pridáva toto korenie pozitívnym aj negativným spôsobom.
6. Typ ADD „Horiaci kruh“ – namiesto typickej nedostatočnej aktivity prefrontálnej kôry u týchto pacientov možno nájsť kolísanie medzi hyperaktivitou a zabrzdenosťou. Pacienti majú

příliš veľa mozgovej aktivity krížom cez celú mozgovú kôru, obzvlášť v gyrus cinguli, parietálních lalokoch, spánkových lalokoch a v prefrontálnej kôre. Na mozgovom scane to vyzerá ako kruh hyperaktivity okolo mozgu. Obraz pripomína oheň obklopujúci mozok – oheň který spaľuje osobu vnútri a tiež každého s kým príde do kontaktu. Podobné SPECT nálezy objavil psychiater Thomas Jaeger z Creightonovej Univerzity v Omahu u bipolárnych porúch. Rozlíšenie bipolárnej poruchy od ADD „ohnivého kruhu“ môže byť komplikované, prevažne pri ADD nie sú typické manické fázy. (Amen, nepublikovaný preklad).

Súhrn

Použitie neurofeedbacku na liečbu porúch pozornosti, učenia a správania môžeme zdôvodniť nasledovne : Ak sú ADHD a ADD združené s neurologickou či biologickou dysfunkciou, hlavne v kortikálnej oblasti a primárne umocňované funkciou prefrontálneho laloka, výsledkom neurofeedback tréningov je silnejší prenos účinkov odmien, „time outov“ a iných behaviorálnych prístupov. Potreba medikácie sa znižuje, môžeme preukázať zmenu kortikálnej funkcie. Dlhodobý výsledok neurofeedbacku bol už zdokumentovaný. Preto táto technika, ktorá vedie k normalizácii správania môže tiež viesť k normalizácii neurologickej dysfunkcie u detí s ADHD alebo ADD, môže mať dlhodobé súvislosti v akademickom dosahovaní sociálnej integrácie a celkovej životnej integrácie. Efektivitu EEG biofeedbacku preukazujú štúdie Lubara (1976,1984,1992,1995), Kaisera a Othmera (1997), Rossiter a LaVaque (1995) Monastru (2002), Fuchsa (2003), Levesque (2006), Arns (2009), Lindenova kontrolovaná štúdia, ktorá skúmala účinky neurofeedbacku na kognitívne funkcie a správanie u 18 ADHD detí vo veku 5-15 rokov (in Andrasik 2003).

Niektoré ďalšie štúdie: Fuchs a Birbaumer (2003), Strehl a Leins (2006) Arns de Ridder (2009) Gevensleben a Holl (2009) Drechsler, Straub (2007), Connors Shuster (2008), Monastra a Lynn (2005). MUDr. Stožický a Mgr. Cagaš, Bc. Čavnická (2006) vo svojom posteri: „Je EEG - biofeedback efektivní metódou nápravy hyperkinetických poruch?“ odporúčajú pre praktických klinikov EEG Biofeedbacku u ADHD vzhľadom k doterajšiemu experimentálnemu statusu liečby EEG biofeedbackom podporovať komplexné poňatie starostlivosti o deti s ADHD vrátane šetrného uplatnenia medikácie (teda spolupráce so psychiatrom). Najnovšia štúdia Dr. Šlepeckého a Dr. Novotného preukazuje, že najčastejšou a najlepšie validizovanou indikáciou EEG Biofeedbacku sú poruchy pozornosti u detí (ADD/ADHD). Tu je efektivita preukázaná na najvyššom stupni 5, t. j. účinná a špecifická (Šlepecký , Novotný , Haase , 2010) . Štúdie, ktoré skúmali efekty EEG biofeedbacku, konzistentne preukazujú pozitívne výsledky v rôznych behaviorálnych intelektových, akademických, pozornostných a elektrofyziologických mierach.

KAZUISTIKY

Cesta sa tvorí tým, že ju ideme.....

Dominik. G.:

Už v MŠ problémy v detskom kolektíve, afektívne rozlady, hádzal sa o zem, neartikulovane vykrikoval, bil samého seba. Z anamnézy vieme, že matka bola počas gravidity hospitalizovaná, pôrod bol indukovaný, 2750/52 bez icteru neonat. Od veku 2 rokov sledovaný obvodným lekárom, neorológom, vykonané psychologické a pedopsychiatrické vyšetrenia. V anamnéze oneskorený vývin expresívnej reči, disharmonický rozvoj schopností, susp. vývinová dysfázia. Výrazné prejavy opozičného vzdoru, od útleho detstva nepozornosť, prehnaná zameranosť pozornosti, hyperkinetické poruchy v správaní, sy. ADHD.

Na našej psychologickej ambulancii sa prvé vyšetrenie uskutočnilo 12/2012. V teste štruktúry schopností WISC-III IQc 79, IQv90, IQn71, Elderova škála: mierna psychofyziologická dysregulácia s miernou prevahou ľavostranných príznakov. V popredí sú problémy s nepozornosťou, ale aj zlá nálada, melancholické stavy, plačlivosť, zraniteľnosť, letargia. Ľahko sa rozruší, myslenie zrýchlené, bruxizmus. Predpokladaný počet EEG BF tréningov : 20-30. PH 17 ĽH 12 CS 30 ROR : Emotivita labilná, impulzívna, reakcie situačne determinované, náladovo podfarbené. V neznámych a neštrukt. situáciách sa môžu vyskytnúť úzkostne.dysfor. rapty. Prítomný strach z vlastnej agresie, somatizačný faktor. Sociopatický vývin osobnosti, regresívny stav, pozit. škála epileptoidie, menej priaznivé prognostické znaky, disimul. tendencie.

Následne po vyšetrení sme obdržali list z Riaditeľstva ZŠ, ktorú Dominik navštevuje. List bol poslaný na UPSVAR po pohovore s detskou lekárkou, mimoriadnom rodičovskom združení a výchovných opatreniach, s podpísanou petíciou rodičov. V liste rodičia i riaditeľka uvádzajú problematické správanie : vulgarizmy, bitky, vyhrážanie, šikanovanie. Útočí na žiakov i učiteľov. Bol pridaný asistent, aby sledoval jeho správanie počas prestávky, ale zmena sa nedosiahla. Petíciu podpísali všetci rodičia jeho spolužiakov.

Psychologická intervencia : Navrhli sme absolvovať EEG BF tréningy, nácviky relaxačných techník, Tréningový program pozornosti CogniPlus, individuálne psychoterapeutické vedenia a účasť na hipoterapii. Zaviedli sme kreditný systém – v spolupráci so školou aj rodinou sa viedli záznami o správaní zamerané na systém pozitívneho posilovania žiadúcich prejavov správania.

Kontrolné psychologické vyšetrenie sa uskutočnilo po absolvovaní 26. EEG BF tréningov, 06/2013. V teste inteligenčnej štruktúry sa zlepšilo koncepčné uvažovanie o 1,25 sigmy, neverbálne logické myslenie + 0,75 sigmy. V Rorschachu sa ukazuje podstatná redukcia neurotickej tenzie, ktorá bola agresívne spracovaná. Prítomný konverzný mechanizmus. Podľa diff. škál regresívny stav, škála epileptoidie negatívna, sociopatická záťaž v miernom poklese.

Následne sme obrdžali ďalší list z UPSVAR, v ktorom uvádzajú,. že od apríla 2013 nie sú žiadne sťažnosti na mal. Dominika, ale zaujímajú sa o ďalšie výsledky a postupy.

Andrej B.

Už od veku 3-4 roky výrazná hyperaktivita, neurologicky sledovaný, od veku 6r. pedopsychiatricky liečený. Od 9r. stacionárne liečený v starostlivosti Centra mentálneho zdravia v Bratislave, hospitalizovaný na Klinike detskej psychiatrie v Bratislave. Podľa údajov matky, liečba bez efektu. R. 2001 (vo veku 11r.) sa presťahovali zo Senca do Veľkého Krtíša, v tom roku psychologicky vyšetrený so záverom : ťažká hyperakt.-impulz. porucha psych. vývinu s poruchami správania a pozornosti, obsed.-kompulz. vzťah k realite, interpersonálna izolácia, narušenie rac. regulácie správania. Bol pozbavený povinnosti dochádzať do školy pre výraznú neprispôsobivosť, výuka formou individuálneho prístupu - učila ho matka v domácom prostredí.

Opakované psychologické vyšetrenia v r 2003 ukazujú záver : Impulzívne - hyperaktívna vývinová problematika, dyskalkulická porucha učenia v komorbidite s milleupatickou záťažou. V prejavoch správania úzkostná porucha prispôsobenia značnej miery, ľahko nadpriemerná depresivita s výskytom poruchového správania u problematickej detskej osobnosti. r.2007 ako 18ročný, opakovaná psychiatrická hospitalizácia s dg. zmiešané poruchy emócií a správania, pervaz. výv. porucha z okruhu autizmu, susp. psychot. ochorenie z okruhu schizofrénie, v liečbe psychiatra pre schizotypiu, heboidné schizofr. prejavy s defektualizáciou, r. 2005 strávil 5,5 mesiaca vo vyš. väzbe kvôli fyzickému útoku na starú matku.

V r. 2007 sa pred začatím EEG BF cyklu vykonalo opakované psychologické vyšetrenie. V projektívnom teste ROR: manifestuje ťažká schizoformná rigidita narúšajúca adaptačný potenciál s chýbajúcou emočnou kapacitou, plochým prežívaním. Realitné funkcie v dolných medziach normy. Kvalitatívne morbídne regresívne- magické chápanie kontinua dobra a zla. Podľa Amenovej klasifikácie pravdepodobná temporálna dysfunkcia. V rámci psychologickej intervencie sa začalo s EEG BF tréningami v celkovom počte 60. T-test ukázal štatisticky významné zmeny v zmysle stabilizácie a desynchronizácie EEG. Porovnaním 3. a 37. tréningu, v ktorých bola trénovaná rovnaká lokalizácia (C4-C3) sa ukázalo, že theta poklesla z priemernej hodnoty 23,2 µV na 12,3µV. Uvedený rozdiel je štatisticky významný na 95% hladine pravdepodobnosti ($t = 2,23$ $t > 0,95$). Pôvodný SMR rytmus pacienta bol hyperstimulovaný, z priemerných 11,1µV klesol na 7,27µV ($t = 1,56$ $t>0,90$). Priemer Beta 2 klesol z 10,97µV na 7,63µV. Rozdiel je štatisticky významný na 75% hladine pravdepodobnosti ($t = 1,36$ $t > 0,75$). Potom nasledoval tréning lokalizácií F4-C4, F4-F3 nakoľko pacient bol veľmi hyperaktívny a mal problémy kontrolovať impulzy. Počas tréningov došlo k normalizácii hodnôt a zodpovedajúcim zmenám v správaní.

Zúčastnil sa tiež individuálnych aj skupinových psychoterapií, na racionálne náhľadové terapie ohľadom usmernenia syna opakovane prichádzala aj matka. Po 5. rokoch po ukončení intenzívnej liečby sa ukazuje stále zlepšenie stavu. Kontrolné psychologické vyšetrenie z obdobia 07/2013 ukazuje zlepšenie slovnej zásoby, v pojmovom úsudku a v praktickej orientácii v živote. Verbálne logické myslenie vykazuje značnú akceleráciu. ROR: 7/2013: Rozumová regulácia adekvátna. Podľa diff. dg. škál sociopaticky akcentovaná osobnosť s defektualizáciou, bez známok psychotickej dezintegrácie. Od r. 2007 zlepšenie sociálnej adaptácie, ako 19 r. sa vráttil do školy a kolektívu, doplnil si vzdelanie. Aktuálne je schopný rozumovo kontrolovať svoje správanie a je prístupný učeniu, má záujem o prostredie.

Namiesto záveru: „ Vnútri toho, čo nazývame problémy, sú cesty, ktoré sme ešte neobjavili. V probléme sa skrýva jeho riešenie“. (Mindell,2009, str.18., str.201)

Použitá literatúra

ÁMEN, D. G. *ADD v skutočnom svete*. Nepublikovaný preklad. 232 s.

ARNS, M. et.al. 2009. Efficacy of Neurofeedback Treatment in ADHD: The effects on Inattention, Impulsivity and Hyperactivity: a Meta-Analysis. In *EEG and Clinical Neuroscience* [online]. 2009, roč. 40, č. 3 [cit. 2011.04.28]. Dostupné na internete: <http://www.brainclinics.com/file.php?fId=188>.

BAŠTECKÝ, J. - BERAN, J. 2003. Cílové místa terapeutických intervencí u nemocí polupodmíněných psychosociálnym stresem. In *Česká a slovenská psychiatrie*, ISSN 1212-0383, 2003, roč. 99, č. 2, s. 100-104.

CAGAŠ, P, - STOŽICKÝ, P. - ČAVNICKÁ, M. 2006. Je EEG biofeedback efektivní metodou nápravy hyperkinetických poruch?. Brno: Poster, 2006. Konference Úspěšný život s lehkou mozkovou dysfunkcí.

CONNORS L. TOPLAK,E. SHUSTER,J et al : Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Clinical Psychology Review, Volume 2 8, Issue 5, June 2008, Pages 801–823, dostupné na internete http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735807001870

DRECHSLER, R. et.al. 2007. Controlled evaluation of a neurofeedback training of slow cortical potentials in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). In *Behavioral and Brain Functions* [online]. 2007 [cit. 2011.04.28]. Dostupné na internete: <http://www.behavioralandbrainfunctions.com/content/3/1/35>.

DRTÍLKOVÁ, I. 2003. Účinnost nestandartných postupú léčby dětí s ADHD. In *Česká a Slovenská psychiatrie*, ISSN 1212-0383, 2003, roč. 99, č. 6, s. 317-323.

DUFF, J. - BRAITHWAITE, K. 2002. Porozumenie deťom s poruchami pozornosti a hyperaktivitou (ADHD) a neurofeedback terapia. Behavioural Neurotherapy Clinic, 2002, [cit. 2011.04.25] Dostupné na internete: http://www.biofeedback.sk/vzdelavanie/search.php?rsvelikost=sab&rstext=all-phpRS-all&rstema=50>.

EVANS, J. R. 2007. *Handbook of neurofeedback: Dynamics and clinical applikations.* New York: The Haworth medical Press, 2007, 377 s. ISBN:978-0-7890-3359-8.

FUCHS, T. et.al. 2003. Neurofeedback Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children: A Comparison with Methylphenidate. In *Applied Psychophysiology and Biofeedback* [online]. 2003, roč. 28,č. 1 [cit. 2011.04.25]. Dostupné na internete: <http://www.adhd.com.au/downloads/Fuchs_neurotherapy_ritalin.pdf >.

GEVENSLEBEN, H. et.al. 2009. Is neurofeedback an efficacious treatment for ADHD? A randomised controlled clinical trial. In *Child & Adolescent Psychiatry, Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02033.x, 2009.

HÖSCHL, C. 2003. Centrum neuropsychiatrických studií – mílnik českého lekářského výzkumu. In *Česká a Slovenská psychiatrie*, ISSN: 1212-0383, 2003, roč. 99, č. 5, s. 243-292.

KONÍKOVÁ, M. 2010. Komorbidita duševných porúch - klinická realita alebo artefakt?. In *Lekársky obzor* [online]. 2010, roč. 59, č. 5 [cit. 2011-04-24]. Dostupné na internete: <http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-5-2010/komorbidita-dusevnych-poruch-klinicka-realita-alebo-artefakt>. ISSN 0457-4214.

KRIVULKA, P. 2003. Moduly, teória a výskum NFT. Modul 6, učebný text Biofeedback a neurofeedback. Úvod do aplikovanej psychofyziológie. Psychotrend, 2003. 77 s.

KRIVULKA,P., 2008. Miesto biofeedbacku v systéme aplikovanej psychofyziológie, Slovenská asociácia pre biofeedback a neuroreguláciu, Neurofeedback inštitút, prezentácia, SABN, 2008, 9s

KUBIŠOVÁ,Z.: EEG-Biofeedback- metóda aplikovanej psychofyziologie a psychoterapie (z pohľadu neurobehaviorálnych vied a biopsychosociálneho modelu), prednáška na KBT konferencii, L. Mikuláš, 2005

KUBIŠOVÁ,Z.: Globálny pohľad na psychologické poradenstvo pri poruchách pozornosti, učenia, správania, špecializačná práca z poradenskej psychológie, SZU, 2011-2013, 86s

L´EVESQUE, J. - BEAUREGARD, M. - MENSOUR, B. 2006. Effect of neurofeedback training on the neural substrates of selective attention in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A functional magnetic resonance imaging study. In *Neuroscience Letters* [online]. 2006 [cit. 2011.04.28]. Dostupné na internete: <http://www.mapageweb.umontreal.ca/beauregm/L%C3%A9vesque2006_NFT.pdf>.

MICHALOVÁ, Z. 2007. *Sondy do problematiky špecifických poruch chování*. Havličkův Brod: Tobiáš, 2007. 207 s. ISBN 80-7311-075-X.

MINDELL, A..: Psychologie životní cesty spjatá se zemí a jejími rytmy. Uvědomění si cesty. Učení dona Juana, Richarda Feynmana a Lao-c´, emitos a Nakladatelství Tomáše Janečka, 2009, 277s, ISBN: 978-90-87171-11-0 (Emitos) ISBN978-á0-85880-60-1 (Nakladatelství Tomáše Janečka)

MONASTRA, V. J. 2004. EEG Biofeedback as a Treatment for Attention – Deficit/Hyperaktivity Disorder. In *Child and AdolescentPsychiatric Clinics North America*. 2004.

MONASTRA, V. J. et. al. 2005. Electroencephalographic Biofeedback in the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In *Applied Psychophysiology and Biofeedback* [online]. 2005, roč. 30, č. 2 [cit.2011.04.24]. Dostupné na internete: http://www.springerlink.com/content/h5740188824067uh/fulltext.pdf>. DOI: 10.1007/s10484-005-4305-x.

PACLT, I. - FLORIAN, J. 1998. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Praha: Grada Publishing, 1998. 400 s. ISBN 80-7169-506-8.

PACLT, I. a kol. 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování.* [online]. Praha: Grada Publishing, 2007. 234 s. [cit. 2011.04.25.] Dostupné na internete:

http://bks8.books.google.sk/books?id=53DkvRuMyYUC&printsec=frontcover&img=1&zoom=0&edge=curl&sig=ACfU3U22MJXihC1xbglPrP5ipuZke5nevw>. ISBN 978-80-247-1426-4.
SCHWARTZ, M. S. - ANDRASIK, F. 2003. *Biofeedback a practitioner´s guide*. London, The Guilford Press NewYork, 2003. 930 s. ISBN 1-57230-845-1.
Správa o stave školstva na Slovensku a o systémových krokoch jeho ďalšieho rozvoja, materiál MŠ SR predložený na medzirezortné pripomienkovanie, september 2013, 85s
STREHL, U. - LEINS, U. - GOTH, G. - KLINGER, CH. - HINTERBERGER, T. - BIRBAUMER, N. 2006. Self - regulation of Slow Cortical Potentials: A New Treatment for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In *Pediatrics* [online]. 2006, roč. 118, č. 5 [cit. 2011.04.24]. Dostupné na internete: http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/118/5/e1530> doi:10.1542/peds.2005-2478.
STRICKER, G. - WIDIGER, T. A. 2003. *Handbook of psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2003. 615 s. ISBN 0-471-38514-X.
ŠLEPECKÝ, M. - NOVOTNÝ, M. - HAASE, J. 2010. Efektivita liečby ADHD neurofeedbackom. In *Časopis psychiatrov, psychoterapeutov a psychosomaticky orientovaných odborníkov na Slovensku* [online]. 2010, roč. 17, č. 1 [cit. 2011. 04.24]. Dostupné na internete: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2010/PSY1-2010-cla13.pdf>.
TOPLAK, M. E. - CONNORS, L. - SHUSTER, J. - KNEZEVIC, B. - PARKS, S. 2007. Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). In *Department of Psychology, York University* [online]. 2007 [cit. 2011.04.24]. Dostupné na internete: <http://www.pathwayshrc.com.au/images/assets/cbt%20adhd%20review.PDF>.
TYL, J. - STERMAN, M. B. - TYLOVÁ, V. 2003. Kniha o biofeedbacku , Biofeedback čili Jak mysl ovláda svúj mozek, nepublikovaná verzia. 2003.
TYL, J. - TYLOVÁ, V. 2003. *Lehké mozkové dysfunkce*. [online]. Praha: Asosiace pro aplikovanou psychofyziologii a biofeedback ČR. Biofeedback institut, 2003. 22 s. [cit. 2011.04.28.] Dostupné na internete: <http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php>.

Podrobnejšie informácie o téme sa nachádzajú v záverečnej práci autorky špecializačného štúdia poradenskej psychológie (použitá literatúra, por. č. 17).

INTERVENCIE HARM REDUCTION PRE ÚŽÍVATEĽOV DROG V INŠTITUCIONÁLNYCH PODMIENKACH

KUCHÁROVÁ Barbora
OZ Prima, Hviezdoslavovo nám. 17, 811 01 Bratislava
e-mail: barbora.kucharova@gmail.com

Opodstatnenosť Harm Reduction prístupu je zadefinovaná v mnohých odborných knihách ale i európskych a štátnych dokumentoch našej krajiny. Napriek tomu prichádzame neustále do diskusií, najmä v oblasti financovania týchto služieb, i v profesionálnych kruhoch. Klenovský v svojej monografii už v roku 2006 zadefinoval a odôvodnil tým, že :

- ponúka klientom služby, ktoré neposkytuje sieť iných sociálnych služieb
- existuje tzv. skrytá populácia
- je potrebné integrovať klientov do sociálnej siete
- ukazuje sa potreba efektívnejšej prevencie sociálno-patologických javov, najmä u detí a mládeže, ktoré vykazujú rizikové správanie (Klenovský, 2006, s.5, 6)
- Na základe doterajších skúseností môžeme Harm Reduction bližšie špecifikovať nasledovne:
- je zameraná na sociálne vylúčených alebo inak ohrozených klientov
- je zameraná na prácu s klientom a na jeho primárne prostredie akým je rodina, respektíve iné blízke sociálne väzby
- orientuje sa na klienta, rešpektuje jeho návrhy, želania, na riešenie problému klienta a stavia na schopnostiach a mobilizácii vnútorných síl klienta.
- Na základe doterajších skúseností môžeme Harm Reduction bližšie špecifikovať nasledovne:
- je nedirektívna
- spolupracuje s ďalšími aktérmi pôsobiacimi v prostredí klienta, napr. v prostredí sociálne vylúčenej komunity

Matoušek (2003, s. 243)

Za prácu v Harm Reduction prístupe podľa Klenovského (str.18) budeme považovať aj návštevu klienta v inštitúcii alebo na jeho pracovisku, s ktorou nie je sociálny pracovník v pracovnom pomere

Napĺňa Harm Reduction inštitucionálne ciele:

- ✓ Minimalizácia zdravotných a sociálnych rizík spojených s užívaním drog a prácou v sex biznise nie len u našich klientov, ale tiež u väčšinovej populácie
- ✓ Redukcia infekčných ochorení – HIV, hepatitída A, B, C a iné infekčné ochorenia
- ✓ Motivovanie klientov k bezpečnejšiemu užívaniu drog a bezpečnejšiemu sexu
- ✓ Kontaktovanie cieľových skupín a ich motivácia k návratu k väčšinovej spoločnosti - sociálna asistencia

Nevýhody Harm Reduction prístupu

- neochota spolupráce zo strany klienta (nedotiahnutie spolupráce ku koncu)
- ďaleko viacej hrozí „syndróm vyhorenia“, pocit neuspokojenia a dezilúzie z pôsobenia a práce s klientmi
- ťažko udržateľné hranice profesionálneho vzťahu
- nemožnosť vyriešiť niektoré problémy na mieste
- nepreviazanosť spolupráce s inštitúciami, zlá komunikácia
- nedostatok pracovníkov
- zložité pracovné podmienky

- neoddelenie súkromia a pracovných aktivít
- konflikty záujmov

(http://projekty.osu.cz/tsp/dokumenty/sbornik_tsp.pdf, s.12-13)

Ďalším úskalím je práca s menej či viac nepopulárnymi a tabuizovanými cieľovými skupinami, akými sú aktívny užívatelia drog, osoby pracujúce v pouličnom sexbiznise a ľudia bez domova. Musíme konštatovať, že citlivosť spoločnosti je viac nastavená napríklad na prácu s deťmi či seniormi.

Mimovládne organizácie pracujúce v prístupe Harm Reduction mnohokrát čelia kritike tohto prístupu napriek tomu, že je preukázané a publikované, že:

- nevedie k zvýšenému užívaniu drog
- nebráni nástupu na liečenie
- nezvyšuje objem injekčných pomôcok na uliciach (N. Hunt, 2003, s. 22)

Inštitucionálne podporným je i rozvoj programov zameraných na rozvoj sociálnej inklúzie zo strany Európskeho sociálneho fondu. Hlavnou úlohou programov sociálnej inklúzie je vytvárať aktivity, ktoré prispievajú ku zlepšovaniu sociálno-ekonomickej situácie ľudí trpiacich akoukoľvek formou sociálneho vylúčenia a chudoby, tak aby aktívni občania a miestne komunity spoločne riešili lokálne sociálne otázky. Sociálna inklúzia uplatňuje spôsob práce "zdola nahor" namiesto spôsobu "zhora nadol".

Samozrejme potreba terénnych sociálnych programov vychádza i s potreby kvalitnej liečby klientov. Programy realizované v prístupe Harm Reduction plnía funkciu živnej pôdy pre zmenu u klienta. Brem (1997) . Rovnako Rounsaville(1997) navrhuje štyri dôležité oblasti práce s klientom so závislosťou, ktoré služby v teréne pre klientov plne poskytujú:

- *nácvik schopností zvládania rizikových situácií*
- *Posilnenie k zmene priorít*
- *posilnenie zvládania bolestivých afektov*
- *zlepšenie medziľudského fungovania*

Žiaľ motivujúcim i existencia infekčných ochorení a potreba ich prevencie a liečby (Hepatitída, Syfilis, HIV/AIDS, Tuberkulóza, Svrab a rad sexom prenosných ochorení).

Silným motivátorom pre prácu je i nízka mobilita samotnej komunity k ochrane práv a slobôd. Tu hrá veľkú úlohu sociálna asistencia, ako jeden z možných programov, ktorý pomáha klientom, ktorí nie sú dostatočne sociálne zruční a nie sú schopní sami vyhľadať adekvátnu pomoc na riešenie ich problému. Vychádza z aktuálnych potrieb klientov/tiek a zároveň podporuje ich spoluúčasť na zmenách, ktoré majú smerovať k zvýšeniu kvality ich života.

Harm Reduction ako nástroj zvyšovania nízkej mobility komunity k ochrane práv a slobôd

Sociálna asistencia je jeden z možných programov, ktorý pomáha klientom, ktorí nie sú dostatočne sociálne zruční a nie sú schopní sami vyhľadať adekvátnu pomoc na riešenie ich problému.

Vychádza z aktuálnych potrieb klientov/tiek a zároveň podporuje ich spoluúčasť na zmenách, ktoré majú smerovať k zvýšeniu kvality ich života.

Použitá literatúra

ČERNÁ, D. Úvod do terénní sociální práce In JANOUŠKOVÁ, K. - NEDĚLNÍKOVÁ, D. (Eds). *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*. Sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, katedra sociální práce, 2008. ISBN 978-80-7368-504-1, s. 10-25.

HUNT, N. 2003. *Pokrokové zmýšľanie o drogách.* Bratislava: NOS-OSF, 2003. 76 s. ISBN 80-969271-0-8

KLENOVSKÝ, L. 2006. *Terénna sociálna práca*. Bratislava: OZ Sociálna práca, 2006. 97 s. ISBN 80-89185-18-5.

Rounsaville (1997) in KALINA, K. 2003. Modely závislosti a přístupy v pomoci uţivatelum drog. In: Drogy a drogové závislosti 1 - mezioborový přístup. Praha : Úřad vlády České Republiky, 2003. ISBN 80 - 86734 - 05 - 6,

RODINA Z POHĽADU DETÍ A ZAMESTNANCOV DIAGNOSTICKÉHO ÚSTAVU

SEGEŤOVÁ Petra
Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně, Katedra speciální pedagogiky
e-mail: 322114@mail.muni.cz

Abstrakt: *Příspěvek je zaměřen na dítě v diagnostickém ústavu a jeho postoj k rodině a rodině jako zázemí. Bylo zjišťováno, do jaké míry dítě připisuje vinu za své umístění do ústavní výchovy rodině a do jaké míry vnímá svou vlastní zodpovědnost. Výzkum se zaměřil na vnímání odpovědnosti dítěte za jeho chování a za rodinné prostředí, které vytvářelo jeho hodnoty a normy. Výsledky byly konfrontovány s názory profesionálů, kteří se spolu s dítětem a rodinou snaží pomocí nových zkušeností vytvořit a zvnitřnit nové „náhledy" a postoje.*

Abstract: *The contribution concerns the attitudes of a child in Diagnostic Institute towards family and family as background and the child's perception of the family's and it's own responsibility for the reasons which led to the placement of the child into Institutional education. The research focuses on the child's perception of it's responsibility for it's behaviour and the family environment which formed the child's values and norms. The results were confronted with the opinions of the professionals, who work together with the child and the family towards the internalisatio of new views and attitudes.*

Klíčová slova: *dítě, rodina, diagnostický ústav, krizová situace, potřeby, rizikové rodinné prostředí, chování*

Keywords: *children, family, Diagnostic Institute, crisis situation, risks of family enviroment, behaviour, needs*

„Rodina představuje biosociální systém, který neustále hledá a nachází své místo ve společnosti a přitom společností je znovu a znovu ovlivňován a formován." (Dunovský, 1986, s. 9) Dunovský (1986) také uvádí, že rodina funguje právě tehdy, když uspokojuje potřeby všech svých členů. Uspokojování potřeb, „funkčnost" rodiny z pohledu dítěte a rizika v rodiiném prostředí byla tématem pro výzkum, který byl zaměřen na děti v diagnostickém ústavu. Jejich pohled a vnímání dané problematiky bylo porovnáváno s pohledem zaměstnanců, kteří jim mají pomoci nastínit nové situace a vytvořit prostředí vedoucí ke změně chování.

Jestliže pracujeme s dítětem s problémem nebo s poruchou chování, vždy se na něj díváme jako na celek, který nejen ovlivňuje svým projevy chování okolí k němu samotnému, ale také jeho okolí formuje jeho způsoby „fungování" (chování, projevů, zpracování situací). Chování je výsledkem vnitřního světa a zvnitřněných postojů, ale také jde o „odezvu" na chování okolí, jež nám jako vzor také naše chování formuje. (Bandura, 1977)

Pro pochopení chování dítěte je důležité se orientovat v rodinném prostředí, jelikož dítě často do diagnostického ústavu přichází po prožitých krizových situacích, jež zformovaly jeho chování a prožívání. Zátěžové situace, které se pojí na rodinu nejen neúplnou, dysfunkční nebo náhradní se promítají do prožívání dítěte, utváří normy chování a jsou pro dítě modelovým vzorem. Krize, a s ní často spojený stres, je pro dítě hůře snášena, čím více je rodinné prostředí narušeno a dítěti se nedostává adekvátní pomoci a vysvětlení. Jestliže se setkáme s jedincem s problémy chování nebo s poruchou chování, často je našim úkolem zprostředkovat právě nové zkušenosti, nové modely chování, zvnitřnit „správné" hodnoty a normy, které nebudou proti společnosti, ale zajistí jeho „fungování".

Teoretické vymezení rodiny a rodiny jako zázemí pro vývoj poruchy chování dítěte

Teoretické východisko vymezuje funkci rodiny, jež je rozdělena dle potřeb, které jsou uspokojovány (biologicko – reprodukční, sociální - ekonomická, ochranná, emocionální, výchovná), jejichž nenaplnění může vést u jedince až k rozvoji poruchy chování. (in Dunovský, 1986) S touto problematikou také souvisí styl výchovy, jež napomáhá vytvářet hodnoty, normy a hranice pro chování a v důsledku nepodnětného prostředí dochází k výskytu problémů až poruch chování.

Jestliže se zaměříme na budování hodnot, je podstatné zastavit se u vztahu, který je vytvořen mezi dítětem a rodičem. Vazba, která je mezi nimi vytvořena, může být velmi jednoduše narušena vnitřními i vnějšími vlivy. V důsledku přerušení pouta, se u dítěte často rozvíjí citová deprivace, jejíž následky jsou často důvody pobytu v ústavní nebo ochranné výchově. Dítě, jehož schopnost navázat korektní vztah je omezena nebo narušena, má tendenci své potřeby uspokojovat skrze „náhrady“ (krádeže, party, návykové látky,…) (in Matějček 1992)

Našim úkolem v takovém případě zůstává, hledat příčiny, původce a ne pouze řešit tyto „náhrady“ odejmutím z rodinného prostředí.

Jelikož se vazba váže na klíčovou osobu, je mnohdy v důsledku chybějící klíčové vazby narušeno právě vytváření vztahů a u dítěte se může rozvinout agresivní chování, nestálost vztahů a mnohé příznaky, které jsou rizikem v rozvoji poruchy chování. (Linhartová, in Vojtová, Červenka et al, 2012)

Uvádíme také několik rizik, které mohou vyplynout z krizových událostí v rodině – smrt, odchod partnera, změna bydliště, narození sourozence, výkon trestu. Také v těchto případech se v případě rozvinutí poruchy chování zajímáme o příčiny, které u dítěte vytvořily „nezdravý“ hodnotový žebříček, zvnitřněné normy jdoucí proti normám společnosti a neschopnost navázat vztahy nebo adekvátně reagovat na situace. (in Dunovský, 1986)

Zjistili jsme, že dítě, které prochází krizovými situacemi, je při uložení ochranné nebo nařízení ústavní výchovy vystaveno dalšímu krizovému okamžiku jeho života, což zvládá v rámci svých schopností a typu osobnosti. Krizová situace představuje zátěž a dítě se dostává do situace, kdy je vyjmuto z přirozeného rodinného prostředí a i když „nefunguje“ i jeho okolí, ono samo se ocitá v prostředí, které má má pomoci zvnitřnit si nové normy a hodnoty.

V případě, že je nutné, jak uvádí zákon 359/1999 Sb., o sociálně – právní ochraně dítěte především hájit zájmy dítěte a umístit dítě do ústavní péče, rodina zaujímá velmi důležité stanovisko a jejich spolupráce a ochota pomáhat se promítá do změn chování jedince a jeho resocializace. (in Bechyňová, Konvičková, 2011)

Metodologie

Vymezení zkoumaného souboru

Šetření bylo prováděno se skupinou sedmi dětmi (tři chlapci a čtyři dívky) toho času na pobytu v diagnostickém ústavu ve věku od 15 do 17 let. Ve většině případů jsem se nejčastěji setkala se zkušenostmi s alkoholem, agesivním chováním, nezájmem o školu a narušeným rodinným prostředím (smrt v rodině, rozpad rodiny). Jedinci všichni spolupracovali a dokázali se otevřeně vyjádřit k danému tématu.

Metoda výzkumu

Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda šetření, forma rozhovoru. Gavora (2000) uvádí, že cílem kvalitativního výzkumu je porozumět lidem a jejich zkušenostem. Tato metoda zaručuje zjištění subjektivního pohledu samotných respondentů na uvedenou problematiku. Cílem bylo seznámit se s jejich názory, postoji a vnímání. K výsledkům napomáhá také osobní setkání a interakce, jelikož už samotný postoj k tématu a schopnost komunikace a spolupráce, naznačuje potřebná zjištění. (srov. Gavora, 2000., Strauss, Corbinová, 1999)
Použit byl polostrukturovaný rozhovor, jelikož dává dostatečný prostor pro vlastní otázky, myšlenky a vyjádření se k tématu. Participantům byl předkládán okruh otázek, který by pomohl k bližšímu pochopení jejich životních událostí, ale byl poskytnut prostor volnému vyprávění, aby mohlo být docíleno otevřených odpovědí, které povedou k dosažení cíle práce.
Předem byly stanoveny kódy, ke kterým byly odpovědi tématicky řazeny, jelikož rozhovory nemohly být nahrávany. Zaznamenávány byly také emoční projevy, mimika, gesta a celkové prožívání, což napomohlo k závěrečnému pochopení analýzy dat.

Výsledky výzkumu

Krizová situace a rodinné zázemí

Pro šest ze sedmi dětí byl diagnostický ústav první zařízením ústavní výchovy, což byl také často první kontakt rodičů s ústavním zařízením a dle zaměstnanců je to nelehký úkol, jelikož se potýkají s nedůvěrou, demotivací a neochotou spolupracovat. Těchto šest dětí „přišlo“ z rodinného prostředí. Důvody k pobytu byly velmi rozmanité (drogová zkušenost, agrese, zanedbávání školních povinností, útěky z domova), avšak zvládání těchto stresových situací bylo znesnadněno právě nepodnětným rodinným prostředím. Participanti byli zpočátku ve většině případů uzavření a nespolupracovali. Po krátké době se ale ukázalo, že jim pocit sdílení chybí a rozhovory se staly velmi otevřenými.
Kdybychom chtěli uvést příklad krizové situace přímo od jedinců, bylo to často velmi obtížné. Nevnímají často situace jako ohrožující, jen popisují své emoce a vztah k dané problematice. Nejčastěji byl z chování informantů znát vztek, smutek a touha po pochopení.

> *Jedna z dívek napsala o svém životě příběh. Žila s matkou a nevlastním otcem, který byl vůči ní agresivní, u matky nenašla zastání. Měla problémy ve škole a s dodržováním pravidel v rodině (chodila pozdě domů, neplnila úkoly ve škole). Nevlastní otec řešil konflikty často pomocí bití. Dívka však nechápala, proč jí ubližuje za věci, které nemohla ovlivnit. Připadala si bezbraná a v příběhu samu sebe označila za „očarovanou“ a doufala, že když jí v DÚ pomohou od tohoto zakletí, tak se bude moci vrátit domů a vše bude v pořádku. (uvědomovala si, že agrese otce není „normální“, ale chtěla změnit sebe tak, aby se to nestávalo)*

Ve všech případech byly však pocity spojeny s touhou po rodině, po zázemí a to i po rodině, kdy dítě nebylo spokojené s jejím fungováním, což uvádí výpověď jedné dívky:
„ ….já vím, že něco není v pořádku, ale je to moje rodina“.

Setkala jsem se s velmi značnou sebekritikou u dětí. Vztek rodičů, jejich agresivní chování často vztahovali příliš k sobě a mnohem hůře se vyrovnávali s nedostatkem zájmu, sdílení a pochopení. Jedna z participantek uvedla: „*Největší radost by mi udělalo, kdyby se zajímali o můj volný čas.“* Jedinci často trpěli pocity, že své rodiče nezajímají a tuto prázdnotu vyplňovali útěky za partou, experimentováním s drogou, nezájmem o školu. Často jsem měla pocit, že právě tento „vzdor“ měl přitáhnout zmiňovanou chybějící pozornost.

Z pohledu zaměstnanců bylo nahlíženo na problémy chování dítěte jako na vyústění rodinného prostředí. Rizikové rodinné prostředí a krizové situace se staly rizikem pro vývoj poruchy

chování. Jejich spolupráce s rodinou byla úspěšná, ale omezena dobrovolností jejich zapojení se do „formování“ nových zkušeností pro dítě.

Klíčová osoba zcela chyběla pouze v jednom případě. U ostatních však velmi značně v důsledku jejího nesprávného fungování k natušení citové vazby, což také pracovnící diagnostického ústavu vnímali jako ohrožující kvalitu života. Děti snadněji tíhnou k partám, vytváří nahodilé a ploché vztahy.

Zvládání situace
Běžně se v rodině dítě obrací právě na rodiče, pokud chce pomoci nebo vyžaduje radu.
U participantů jsem se však setkala s vyhledáváním jiných „zdrojů“ pomoci. Z jejich slov bylo znát, jak velkou důležitost rodinnému prostředí kladou a jak více než vztek cítí nepochopení k chování rodičů. V rodině informantů se jako v každé rodině vytvářely vztahy, budovaly normy. Jejich nahlížení na vztahy k okolí bylo však ovlivněno právě prožitými zkušenostmi z minulosti. Jejich postoj k okolí je nedůvěřivý, ale slovy speciálních pedagogů, kteří se vyjádřili k postoji dítěte k ostatním:„*Vždyť oni se ke mně taky nechovají hezky*“, což můžeme vnímat jako odezvu na chování – chování dítěte je často odrazem chování jeho okolí.

Děti a budoucnost
Všichni, bez ohledu na problém a délku pobytu, si uvědomovali důvody umístění do diagnostického ústavu a chtěli se vrátit zpět do rodiny. Jejich názory se shodovaly, jejich rodina je pro ně důležitá ač si uvědomují možná rizika, která se mohou opakovat, pokud se vrátí.
„*Je přece normální, že dítě není v děcáku.“*
Participanti vnímali svůj pobyt v diagnostickém ústavu jako „přestupek“, jako odchylku od normy. Už však nechápali, proč je jejich chování, které jim pomáhalo zvládat situace v rodině, „odsouzeno“ a vnímali sami sebe odpovědné za vzniklou situaci.

> *„Drogy jsem brala, protože jsem sama chtěla, naši mě nenutili. Nechci, aby si mysleli, že porodili feťáka.“ Výpověď dívky, která byla také na pobytu pro drogově závislé, žila v rodině, kde otec trávil většinu času na služebních cestách a matka se dětem příliš nevěnovala. Dívka nejméně ze všech participantů viděla odpovědnost za její pobyt v DÚ také v rodině.*
> *U chlapců více než u dívek jsem se setkával se snahou najít „výmluvu“ a obhajobu za své chování. Vnímali jej jako výústění situace: „….tak když si o to někdo řekne, tak mu jednu natáhnu.“ Dívky dopady svého chování vztahovaly nejvíce k sobě.*

Celkově lze říci, že si všichni informanti uvědomovali důvody jejich umístění do diagnostického ústavu. Často až s přehnanou sebekritičností mluvili o příčinách jejich odloučení od rodiny. Nejčastěji se vyskytují problémy spojené s neúplnou rodinou a novým partnerem jednoho z rodičů, s agresivním chováním, s užíváním drog a alkoholu, s útěky z domova a se sociálními problémy rodiny.

Rodina a její „postavení“ v očích dítěte bylo zjišťováno také z pohledů zaměstnanců diagnostického ústavu (učitelé, speciální pedagogové). Ve svých názorech se shodovali, že u dětí, se kterými jsou v kontaktu, je nejvíce zastoupeno narušení citové vazby, absence klíčové osoby a vytváření nefunkčních modelů chování. U dětí dochází k jinému pojmenování daného problému a často tyto problémy vnímají, ale nepřisuzují jim tak značnou váhu, jako dospělí. Pobyt v diagnostickém ústavu je profesionály vnímán jako prospěšný ve chvíli, kdy si dítě i rodiče uvědomí důležitost spolupráce a vytvoří si nový náhled na situaci. Dítě mnohem častěji vnímá pouze své chyby a nepřipouští si pochybení rodičů, jelikož jsou pro ně symbolem dokonalosti. Ve výpovědích je rozpor v zodpovědnosti za umístění do diagnostického ústavu – děti jsou velmi sebekritické, ale zaměstnanci často vnímají také „vinu“, kterou pociťují rodiče, kteří často DÚ

vnímají jako vlastní selhání v pozici rodiče a díky tomu, také mnohdy pomoc odmítají, jelikož by to tomuto „selhání“ museli čelit tváří v tvář.
Z rozhovorů také vyplynulo, že profesionálově stejně jako děti vidí velké strádání v kontaktu, sdílení a zájmu o volný čas dítěte a o dítě jako osobnost. V rodinách jsou často pouze nastaveny pravidla a za porušení následuje trest, není prostor pro komunikaci a budování vztahu.
Pedagogové více než děti chtějí změnu budovat od rodiny. Vytváří pro dítě nové zkušenosti, hodnoty a normy, ale mnohem více by ocenili spolupráci rodiny. Děti chtějí změnit své chování a v důsledku toho doufají v „nápravu“ celé rodiny.

Závěr

Problémem během výzkumo mohl být fakt, že otázky v rozhovoru byly zaměřeny na citlivé téma a není pro děti v diagnostickém ústavu jednoduché se k němu vajádřit.

Z výsledků však vyplynulo několik doporučení pro praxi.
- První z nich se týká motivace rodiny ke spolupráci se zařízením a podílení se na zvnitřnění nových hodnot a norem nejen u dítěte, ale právě i u jeho okolí. U dítěte by mohlo dojít k potlačení zvýšené sebekritičnosti a odpovědnosti za situaci.
- Dále bych doporučila věnovat větší pozornost právě motivům, které dítě k jeho chování vedly. Jejich chování může být často jen „běh za splněním potřeby“.

Uspokojování potřeb je náplní života každého z nás. U dětí v diagnostickém ústavu jsem se setkala s nenaplněnými základními potřebami. Jejich pojmenování dané situace neodpovídalo terminologii, kterou známe, ale z výpovědí byla jasně čitelná touha po blízkosti, bezpečí a sounáležitosti i důležitosti. Vztah k rodině byl velmi silný, i když si uvědomovaly problémy spojené s fungováním rodinného prostředí (alkohol, agrese, neúplná rodina). V přístupu ke svému chování byly velmi sebekritické. Očekávaly, že jejich změna chování, ke které by měl napomoci pobyt v diagnostickém ústavu, vyústí ve „funkční“ rodinu. Z rozhovorů s pedagogy vyplynulo, že podílení se rodiny na změnách je značné žádoucí, jelikož „změněné“ dítě v „nezměněném“ prostředí nebude „fungovat správně“.

Použitá literatúra

BANDURA, A., Social Learning Theory. Prentice – Hall: Englewood Cliffs, NJ, 1977
BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M., Sanace rodiny. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-262-0031-4
DUNOVSKÝ, J., Dítě a poruchy rodiny. Praha: Avicenum, 1986.
DUNOVSKÝ, J., Rodina a její poruchy ve vztahu k dítěti. Praha: MPSV, 1986.
MATĚJČEK, Z., Dítě a rodina v psychologickém poradenství. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. ISBN 80-04-25236-2
VOJTOVÁ,V., ČERVENKA, K., et al., Edukační potřeby dětí v riziku a s poruchami chování. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-6134-7

PROGRAM SPOLUPRÁCE RODINY A REEDUKAČNÉHO CENTRA

ŠPERNOGOVÁ Janka
Reedukačné centrum, Košice – Bankov, e-mail – jankaspernogova@gmail.com

Reedukačné centrum (RC) je špeciálne výchovné zariadenie, ktoré zabezpečuje komplexnú odbornú starostlivosť o deti a mládež so závažnými poruchami správania, asociálnym vývinom a trestnou činnosťou, ktoré boli na základe rozhodnutia štátneho orgánu vyňaté z rodiny a umiestnené do inštitucionálnej výchovy. RC v Košiciach je koedukované zariadenie internátneho typu s celoslovenskou pôsobnosťou a nepretržitou prevádzkou, v ktorom sa realizuje ústavná starostlivosť (a iné opatrenia a rozhodnutia súdu) detí spravidla vo veku od 12 rokov do ukončenia povinnej školskej dochádzky a mládeže po ukončení školskej dochádzky na základnom stupni.

Cieľom práce reedukačného centra je prevýchova (reedukácia) a resocializácia detí a mládeže. V reedukácii ide o korekciu následkov nevhodnej výchovy v nepriaznivom sociálnom prostredí v prípadoch, keď bežné výchovné postupy nie sú účinné a je nutná internácia dieťaťa alebo mladistvého v špeciálnom výchovnom zariadení. Resocializácia dieťaťa je postavená na pomoci a snahe opätovne začleniť dieťa do spoločnosti, do jeho prirodzeného prostredia bez recidívy. Jednou z kľúčových podmienok úspešnej resocializácie detí s poruchami správania je aktívna spolupráca a participácia rodičov.

Rodinné prostredie detí umiestnených v reedukačnom centre

V rodinnej anamnéze detí nachádzame multifaktoriálnu sociálnu a výchovnú podmienenosť porúch správania, z čoho vyplýva, že rodiny detí v inštitucionálnej starostlivosti sú mnohoproblémové a majú špeciálne potreby. Rodiny detí a mladých ľudí umiestnených v reedukačnom centre možno považovať za rizikové – patria k najnižším vrstvám spoločnosti, v ktorých je najväčšia chudoba a najvyššia nezamestnanosť. Medzi rodičmi detí v ústavnej starostlivosti je pomerne vysoké zastúpenie nekvalifikovaných alebo nízko kvalifikovaných ľudí, mnohé rodiny zlyhávajú v plnení úloh voči svojim členom i spoločnosti, v dôsledku čoho dochádza k poruchám rodinného prostredia a k adaptačným ťažkostiam detí. Aktuálne až 45 % detí umiestnených v reedukačnom centre pochádza z chudobných marginalizovaných rómskych rodín. Približne 55% detí bolo v období detstva a dospievania konfrontovaných so sociálnou patológiou rodiča.

Väčšina detí v ústavnej starostlivosti pochádza z úplných mnohopočetných rodín, v ktorých rodičovské role plnia biologickí rodičia žijúci v legálne inštitucionalizovanom vzťahu. Prítomnosť oboch rodičovských postáv by mohla byť zárukou stabilných vzťahov v rodine. Na základe skúseností z praxe je však možné predpokladať, že rodičia zlyhávajú vo svojich rodičovských kompetenciách, zanedbávajú fyzickú, výchovnú, emocionálnu a zdravotnú starostlivosť, nezabezpečujú primeraný monitoring a záujem o deti, vykazujú problémy v oblasti rodičovského správania a tieto zlyhania sa následne uplatňujú ako determinanty rizikového vývinu dieťaťa.

Sociálne znevýhodnená rodina asi úplne prirodzene rieši ako prioritné existenčné problémy a v tomto kontexte necíti ako dôležitú potrebu venovať sa problémovému dieťaťu. Inými slovami, najskôr musí naplniť primárne potreby rodiny a potom sa môže venovať výchove.

Samozrejme, medzi rodičmi detí v inštitucionálnej starostlivosti sú aj takí, ktorí sa riadne starajú o svoje dieťa/deti, iba nezvládajú zvýšené nároky detí so špecifickými poruchami a „kalamity“ v období dospievania. Sú to rodičia, ktorí majú záujem riešiť problémy svojho dieťaťa, ale nevedia ako.

Nefunkčné, problémové rodinné prostredie je vo veľkej väčšine prípadov neprispôsobivých detí iniciačným faktorom ich sociálnych a emocionálnych porúch. Zároveň je však rodina aj najvýznamnejším prvkom v procese ich odstraňovania a zlepšenia dieťaťa.

Nariadenie ústavnej starostlivosti a umiestnenie sociálne a spoločensky neprispôsobivého dieťaťa do reedukačného centra je jedným zo spôsobov intervencie, v ktorej sa však úplne „stráca“ najdôležitejší článok, a to rodina. Umiestnením dieťaťa do inštitúcie sa iba izoluje problémový jednotlivec od sociálneho prostredia, v ktorom zlyháva, ale v ktorom naďalej pretrvávajú príčiny jeho zlyhaní. Preto sa často stáva, že „náprava“ problémových detí, ich príprava na „normálny“ život je vymedzená iba územím inštitúcie, kde prežije dieťa a dospievajúci aj niekoľko rokov a napriek tomu sa „normálne“ žiť nenaučí.

Vychádzajúc z predpokladu, že zdroj rizikového správania dieťaťa je najčastejšie prítomný v rodine a rodina svojim fungovaním prispieva k rizikového vývinu, požiadavka spolupráce s rodinou a ovplyvňovania systému jej fungovania sa stáva naliehavou potrebou nápravy problémového dieťaťa. Zmena rodinného systému má v procese prevýchovy dieťaťa zásadný význam. Ak sa dieťa vráti do rovnakého prostredia, z akého vyšlo, je vysoká pravdepodobnosť, že dosiahnuté zmeny budú mať iba krátkodobé trvanie, a tak aj úsilie a prostriedky, ktoré sa vynaložia na prevýchovu problémového dieťaťa izolovaného od prirodzeného sociálneho prostredia, budú investované bezvýsledne.

Potreba, požiadavka, povinnosť rodičov osobne sa angažovať na prevýchovnom procese dieťaťa umiestneného v inštitúcii nie je jednoznačne legislatívne vymedzená. Rodičia detí nie sú nastavení na spoluprácu, zodpovednosť za riešenie problémov dieťaťa presúvajú na súd a na inštitúciu. V prevýchovnom procese zastávajú skôr marginálnu pozíciu – splnia si svoju formálnu povinnosť – súhlasia s pobytom dieťaťa doma - a tým obvykle ich starostlivosť, angažovanosť a záujem končí. Dieťa je opäť mimo ich aj akejkoľvek inej kontroly a znova sa dostáva do pôvodných stereotypov, vzťahov a problémov. Absentuje aj ten najobyčajnejší a najzákladnejší záujem zo strany rodičov.

V reedukačnom centre sa dlhé roky venovala iba okrajová pozornosť budovaniu vzťahov medzi rodinou klienta a inštitúciou. O možnostiach spolupráce s rodičmi a ich participácie na prevýchove detí sa hovorilo iba „v teoretickej“ rovine a realizovali sa (a naďalej sa realizujú) opatrenia smerujúce k udržaniu kontaktu a existujúcich vzťahov dieťaťa s prirodzeným prostredím:

- pobyty detí v rodinnom prostredí iniciované inštitúciou, a to vo forme žiadosti zaslanej rodičom, ktorú majú vyplniť a potvrdiť na príslušnom ÚPSVaR-e. Súčasťou žiadosti je aj poučenie o sankciách pre rodičov v prípade, že nezabezpečia návrat dieťaťa do inštitúcie v stanovenom termíne;
- pobyt dieťaťa v domácom prostredí je podmienený jeho spoluprácou a kvalitným plnením úloh v procese vzdelávania a výchovy. Nie je teda automatickou samozrejmosťou a v prevýchovnej práci je využívaný ako motivačný prvok;
- deti pri návšteve rodiny sú povinné zabezpečiť písomné vyjadrenie rodiča k priebehu pobytu v domácom prostredí. Spoľahlivosť detí pri plnení tejto povinnosti je asi 50-percentná, informácie od rodičov veľmi stručné a často bez výpovednej hodnoty. Iba výnimočne (náhodne) sa dozvedáme o problémoch a ťažkostiach, ale aj o pozitívnych zmenách na oboch stranách, ktoré pobyty dieťaťa doma sprevádzajú. O pobyte dieťaťa v domácom prostredí rodičia poskytujú iba zriedkavo objektívne správy, väčšinou skreslené, idealizované informácie, prípadne ústav neinformujú, nezabezpečia návrat dieťaťa do zariadenia v stanovenom termíne, kryjú ho počas útekov apod.;
- podmienkou odchodu detí do domáceho prostredia je aktívny záujem rodiča a jeho pravidelný kontakt s dieťaťom v ústave – kontakt s rodičmi udržiavajú skôr deti na základe vlastného záujmu a iniciatívy, záujem rodičov možno hodnotiť ako nedostatočný, nepatrný je záujem rodičov o priebeh pobytu dieťaťa v inštitúcii;
- Deň otvorených dverí – jednorázovo uskutočnená akcia, ktorej sa zúčastnili rodičia a iní príbuzní či blízke osoby 60 % detí umiestnených v zariadení v termíne konania podujatia;
- neobmedzené možnosti telefonického a osobného kontaktu rodičov s dieťaťom - s deťmi umiestnenými v reedukačnom centre sa pravidelne kontaktuje iba jedna tretina rodičov,

v nepravidelnom kontakte je 25 % rodičov, až 30 % detí je v telefonickom kontakte s rodičmi alebo inými príbuznými iba na základe vlastnej iniciatívy, alebo snahy pedagógov, či odborných zamestnancov; 20 % detí nie je v kontakte s nikým z rodiny v priebehu celého pobytu v ústavnej starostlivosti;

- individuálne rozhovory s pedagogickými zamestnancami počas osobnej návštevy rodiča v zariadení;
- poradenská pomoc rodičom – psychológ zariadenia ponúkol možnosť rodičom s pobytom v Košiciach zúčastňovať sa konzultácií (v školskom roku 2010/2011). Po úvodnom rozhovore však väčšina rodičov nejavila záujem o opakovaný, resp. dlhodobý poradenský servis.

Vyššie uvedené opatrenia rodičom vymedzujú skôr okrajovú pozíciu v reedukačnom procese. Účasť rodičov je využívaná ako pomocná motivačná aktivita pre deti a ako vhodný doplnok systému prevýchovnej práce.

V rokoch 2010 – 2013 sa Reedukačné centrum v Košiciach zapojilo do projektu spolufinancovaného zo zdrojov EÚ **„Moderné vzdelávanie pre vedomostnú spoločnosť“** pod názvom **„Staňme sa lepšími“**, v rámci ktorého bola jedna odborná aktivita zameraná na tvorbu a realizáciu komplexného programu spolupráce rodiny a reedukačného centra s cieľom:

- dosiahnuť aktívnu participáciu rodičov na procese nápravy a pozitívnej zmeny ich problémového dieťaťa a na skvalitnení rodinných interakcií;
- aktivizovať rodičov k pozitívnemu a partnerskému vzťahu k školskému zariadeniu a k priamej výchovnej spolupráci;
- posilniť kompetentné kontakty rodičov s dieťaťom v čase jeho umiestnenia v inštitúcii, dosiahnuť, aby členovia rodiny porozumeli situácii dieťaťa v ústave.

Účelom komplexného programu spolupráce rodiny a reedukačného centra bolo:

- zvýšiť informovanosť rodičov o zariadení, v ktorom je ich dieťa umiestnené – informácie o materiálnom vybavení zariadenia, o prostredí, v ktorom dieťa žije, o organizácii života v ústave, o vnútornom poriadku zariadenie a požiadavke na dodržiavanie jeho ustanovení rodičmi, o možnostiach styku s dieťaťom a možnostiach jeho pobytu v domácom prostredí;
- podporiť vybudovanie dobrých vzťahov rodičov a školského zariadenia prostredníctvom informačných materiálov (informácie o možnostiach kontaktov s dieťaťom, o najvšeobecnejších cieľoch práce s dieťaťom v inštitúcii, o režime dňa apod., kontaktné telefónne čísla), dní otvorených dverí, skupinových stretnutí odborných a pedagogických zamestnancov venovaných otázkam, námetom a starostiam rodičov a najmä pozitívnym aspektom v správaní a výkonoch dieťaťa;
- zlepšiť rodičovské zručnosti a posilniť rodičovské kompetencie formou špeciálnych vzdelávacích, tréningových a zážitkových programov pre rodičov detí s poruchami správania, pre rodičov detí zo znevýhodneného prostredia.

PRÍPRAVNÁ FÁZA TVORBY A REALIZÁCIE PROGRAMU SPOLUPRÁCE RODINY A REEDUKAČNÉHO CENTRA

V prípravnej fáze sme v decembri 2011 uskutočnili „Deň otvorených dverí pre rodičov“ – informatívne stretnutie pedagógov a rodičov spojené s praktickou ukážkou tvorby detí (hudobno-dramatické vystúpenie detí v programe celoústavnej komunity). Účelom stretnutia bolo poskytnúť rodičom komplexnejšiu informáciu o poslaní a úlohách reedukačného centra, o živote detí v zariadení, o potrebách detí s poruchami správania a o plánovaných aktivitách pre rodičov a ich deti so zdôraznením požiadavky na ich spoluprácu a účasť na nich (multimediálna prezentácia „Čo robíme a čo by sme chceli robiť pre deti a ich rodičov“).

V rámci stretnutia sme zisťovali záujem rodičov o účasť na ***vzdelávacom programe*** a ***víkendových pobytoch pre rodičov a deti***. Každý účastník stretnutia mal možnosť vyjadriť sa k obsahu pripravovaného odborného programu pre rodičov, a to voľbou témy prednášky z ponúkaných 10 okruhov (Hygiena domácnosti. Zdravý životný štýl. Rodina a praktická domácnosť. Režim domácnosti, práva a povinnosti členov rodiny. Výchovné štýly v rodine.

Rodinná súdržnosť. Efektívna komunikácia. Riešenie konfliktov. Vymedzovanie hraníc a narábanie s mocou. Výchova problémového dieťaťa.), prípadne konkrétnym návrhom predmetu vzdelávania.

Informatívneho stretnutia sa zúčastnili rodičia 13 detí (40%) – pozvánky boli zaslané rodičom 33 detí. Okrem nich bolo v termíne zasielania pozvánok v zariadení prítomných ešte 12 detí, o ktoré sa rodičia dlhodobo nezaujímali (od predškolského veku), ktoré boli v zariadení na dočasnom pobyte z iného zariadenia náhradnej starostlivosti (DeD) alebo boli na dlhodobom úteku. Z 13 prítomných rodičov prejavilo záujem o vzdelávací program 7, účasť na víkendových výcvikových pobytoch potvrdili iba 5 rodičia.

V rámci prípravy zamestnancov na plánovanie a realizovanie výcvikových pobytov pre rodičov a deti a na prácu s rodičovskou skupinou absolvovali dve vychovávateľky stáž v Diagnostickom centre v Bratislave - Trnávke, ktoré má dlhoročné skúsenosti s prácou s rodinami klientov umiestnených v zariadení. Krátky „študijný pobyt“ prebiehal počas terapeuticko-výchovného víkendového pobytu detí s poruchami správania a ich rodičov. Bol zameraný na pozorovanie odborníkov pri vedení rodičovskej skupiny, získanie informácií o štruktúre, režime a obsahovej náplni víkendového stretnutia. Nadobudnuté poznatky sa stali východiskom k tvorbe a realizácii výcvikového programu pre rodičov a deti v RC Košice.

TVORBA PREDNÁŠKOVO-PRAKTICKEJ ČASTI PROGRAMU SPOLUPRÁCE RODINY A REEDUKAČNÉHO CENTRA

Na základe preferencií a návrhov účastníkov stretnutia vytvorili odborní zamestnanci zapojení do aktivity programovú príručku **Vzdelávací program pre rodičov** určenú na vzdelávanie rodičov detí s poruchami správania a rodičov detí zo znevýhodneného prostredia. Vzdelávací program pre rodičov pozostáva zo súboru prednášok tematicky orientovaných na problémy rodinného života, ktoré sú najčastejšie identifikované ako iniciačné faktory neprispôsobivosti a porúch správania u dospievajúcich detí. Vzdelávacie aktivity – prednášky, doplnené o tematické multimediálne prezentácie a na ne nadväzujúce úlohy a cvičenia - využívajú rôzne metódy a metodiky s cieľom, aby sa rodičia pomocou vlastných skúseností a znalostí dopracovali k výstupom, ktoré sú pre nich užitočné a využiteľné v ich ďalšom rodinnom živote pri plnení rodičovských úloh**.** Zameriavajú sa na poskytnutie podpory a pomoci rodičom prostredníctvom návodov na riešenie najčastejších problémových situácií, na zlepšenie rodičovských zručností a posilnenie rodičovských kompetencií v oblasti:

- prevádzky domácnosti a jej vedenia - osvojenie si hygienických zásad pri udržiavaní domácnosti;
- zdravotnej starostlivosti o deti – zvýšenie informovanosti rodičov o prevencii chorôb a preventívnych zdravotníckych opatreniach, ako aj zodpovednosti za vlastné zdravie a zdravie detí;
- filozofie výchovy v rodine – identifikácia vlastných výchovných štýlov, uvedomenie si formatívneho vplyvu rodiny na osobnosť dieťaťa;
- rodinnej súdržnosti – zlepšenie atmosféry v rodine, pozitívneho prežívania príslušnosti k rodine, podpora rodičovských schopností hrať sa s deťmi;
- riešenia konfliktov – oboznámenie sa s bezpečnými a konštruktívnymi metódami riešenia konfliktov – otvorenosť bez manipulácií a útokov, konštruktívny dialóg pri riešení konfliktu, využívanie asertivity;
- výchovy detí so špecifickými ťažkosťami – osvojenie si zásad výchovného prístupu k hyperaktívnym deťom, posilnenie sebakompetencie rodičov pri zvládaní záťažových situácií bežného života, výchovy detí v období dospievania a detí so špecifickými potrebami, zvýšenie pedagogických schopností rodičov;
- výchovnej starostlivosti o deti v krízových štádiách života rodiny (pred rozvodom, počas rozvodu, pri zakladaní novej rodiny) – oboznámenie sa zo zásadami výchovnej starostlivosti a pomoci deťom pri zvládaní zásadných životných zmien;

- výchovnej starostlivosti o deti – uvedomenie si nevyhnutnosti aktívnej angažovanosti rodičov na vzdelávaní detí, posilnenie ich povedomia o dôležitosti vzdelania, zvýšenie miery zodpovednosti rodičov za výchovu a vzdelanie svojich detí, skvalitnenie výchovnej práce rodičov.

TVORBA VÝCVIKOVÉHO PROGRAMU PRE RODIČOV A DETI

Výcvikový program pre rodičov a deti je príručka k praktickej realizácii štyroch dvojdňových zážitkovo vedených víkendových stretnutí skupiny rodičov a ich detí. Poskytuje kompletný repertoár techník, cvičení, hier, postupov a metodík zoradených do scenárov jednotlivých víkendových stretnutí, ktorých program začína vždy v piatok večer úvodnou komunitou, pokračuje celodenným odborným programom v sobotu a končí záverečnou komunitou v nedeľu predpoludním. Program výcvikového pobytu sa realizuje v štruktúre inšpirovanej tradičným výcvikovým modelom – jeho súčasťou sú komunity, terapeutické skupiny pre rodičov a pre deti, spoločné terapeutické a relaxačné činnosti pre rodičov a deti, klubové aktivity.

Výcvikový program pre rodičov a deti tematicky a obsahovo nadväzuje na vzdelávací program pre rodičov. Cieľom výcvikového programu pre rodičov a deti je posilnenie spolupráce rodičov (resp. iných príbuzných) s inštitúciou pri riešení a odstraňovaní problémov dieťaťa. Výcvikový program je projekt využívajúci metodiky sociálno-psychologického tréningu orientované na:

- sebapoznávanie rodičov, posilnenie sebaúcty, sebadôvery, sebaistoty a sebahodnoty;
- prehĺbenie vzájomného poznania a porozumenia medzi členmi rodiny;
- skvalitňovanie komunikačných a interpersonálnych zručností účastníkov – schopnosti aktívne počúvať, prejavovať lásku, priateľstvo, schopnosti odmeňovať, oceňovať, chváliť, stručne a efektívne verbalizovať svoje pocity, jednať otvorene bez manipulácií a útokov;
- posilnenie vzájomnej súdržnosti a spolupatričnosti členov rodiny;
- zmenu negatívnych postojov k dieťaťu;
- hľadanie nových alternatív správania, postojov, hodnôt, cieľov, osvojovanie si nových sociálnych zručností;
- iniciovanie schopnosti rodičov hrať sa deťmi a tráviť s nimi voľný čas, inšpirovanie rodičov k rozvíjaniu spoločných záujmov a aktivít s deťmi;
- hľadanie spôsobov riešenia problémov v rodine;
- poskytovanie podpory.

REALIZÁCIA PREDNÁŠKOVO-PRAKTICKEJ ČASTI PROGRAMU SPOLUPRÁCE RODINY A REEDUKAČNÉHO CENTRA

Uskutočnili sme 3 vzdelávacie bloky pre rodičov:

- **1. stretnutie** (marec 2013) pre rodičov všetkých detí umiestnených v zariadení – pozvaní boli rodičia 35 detí (neboli pozvaní rodičia detí, ktorí sa dlhodobo zdržiavajú na neznámom mieste) – zúčastnili sa rodičia 13 detí (37% účasť); celkový počet účastníkov 18 (vzdelávania sa zúčastnili obaja rodičia, príp. dospelí súrodenci dieťaťa);
- **2. stretnutie** (apríl 2013) pre prvú skupinu rodičov (boli pozvaní rodičia detí, ktorí sa nezúčastnili úvodného informatívneho stretnutia) – pozvaní rodičia 26 detí – zúčastnili sa rodičia 15 detí (58% účasť); celkový počet účastníkov 22 (vzdelávania sa zúčastnili obaja rodičia, príp. dospelí súrodenci dieťaťa);
- **3. stretnutie** (apríl 2013) pre druhú skupinu rodičov (boli pozvaní rodičia detí, ktorí sa zúčastnili iba druhého alebo ani jedného stretnutia a rodičia, ktorí prejavili záujem o výcvikový pobyt nadväzujúci na prednáškový blok) – pozvaní rodičia 31 detí – zúčastnili sa rodičia 21 detí (68% účasť); celkový počet účastníkov 24 (vzdelávania sa zúčastnili obaja rodičia, príp. dospelí súrodenci dieťaťa);
- počet detí rodičov – možných účastníkov vzdelávacieho programu: 35;

- počet detí, ktorých rodičia sa vôbec nezúčastnili vzdelávacieho programu: 12 (34 %);
- počet detí, ktorých rodičia sa zúčastnili iba jedného vzdelávacieho bloku: 3 (9 %);
- počet detí, ktorých rodičia sa zúčastnili dvoch vzdelávacích blokov: 20 (57 %);
- celkový počet účastníkov vzdelávacieho programu: 35.

Program prvého prednáškového bloku:

- ČO ROBÍME A ČO BY SME CHCELI ROBIŤ PRE DETI A ICH RODIČOV – multimediálna prezentácia o cieľoch a práci prevýchovného zariadenia, o konkrétnych očakávaniach na spoluprácu s rodičmi, o obsahu, cieľoch a formách plánovanej spolupráce zariadenia s rodičmi detí umiestnených v inštitúcii.
- VÝCHOVA PROBLÉMOVÉHO DIEŤAŤA (téma prednášky podľa výberu prítomných účastníkov) – multimediálna prednáška spojená s tematickou diskusiou, doplnená o praktické úlohy a cvičenia pre rodičov orientované na zamyslenie sa nad vlastnými výchovnými postupmi a nad pocitmi, ktoré rodič svojim prístupom vyvoláva u dieťaťa. Počas prednášky sa rodičia mohli oboznámiť s najčastejšími nevhodnými výchovnými postupmi a chybami vo výchove a v komunikácii s dieťaťom. Cieľom prednášky bolo poukázať na nezastupiteľné miesto rodiny v procese plynulej a zdravej socializácie dieťaťa a na najdôležitejšie aspekty rodinnej výchovy – rodinná súdržnosť a pozitívna atmosféra, vzájomná zhoda rodičov vo výchovnom prístupe k dieťaťu a pre dieťa uspokojivá pozícia v hierarchii rodinného systému. Rodičom boli ponúknuté konkrétne pravidlá a rady - ako a v ktorých oblastiach života byť správnym vzorom, zásady odmeňovania a trestania detí, kladenia primeraných požiadaviek na dieťa, využívania záujmových činností a hier ako metódy na ovplyvňovanie a formovanie detí, „Desať "zlatých" pravidiel správnej rodičovskej výchovy“.
- DOTAZNÍKY SPÄTNEJ VÄZBY: „Dotazník na hodnotenie činnosti reedukačného centra rodičmi“, „Dotazník na hodnotenie prednášky rodičmi“.

Program druhého prednáškového bloku:

- ZDRAVÝ ŽIVOTNÝ ŠTÝL - multimediálna prednáška spojená s diskusiou zameranou na zistenie poznatkov účastníkov v oblasti hygieny života a na doplnenie chýbajúcich vedomostí. Prednáška doplnená o autodiagnostický dotazník zvládania stresu.
- HYGIENA – 15 OTÁZOK A ODPOVEDÍ – multimediálna prednáška zameraná na osobnú hygienu, hygienu domácnosti, hygienické zásady stravovania a hygienické pravidlá pri starostlivosti o zvieracích miláčikov.
- ŠKOLSKÁ NEÚSPEŠNOSŤ DIEŤAŤA (téma prednášky podľa výberu prítomných účastníkov) – multimediálna prednáška spojená s tematickou diskusiou, zameranou na rizikové faktory rodinného prostredia, ktoré majú priamy vplyv na školskú úspešnosť dieťaťa.

Prednáškou sme poukázali na zložitosť psychosociálnej situácie dieťaťa neúspešného v oblasti školského vzdelávania, najmä pokiaľ sa školský neprospech vyskytuje v kombinácii s poruchami psychických funkcií, s poruchami učenia alebo s nevyhovujúcim rodinným prostredím. Účelom prednášky bolo zdôrazniť naliehavú potrebu pravidelnej domácej prípravy dieťaťa na vyučovanie, ako aj nutnosť pomoci pri nej a kontroly zo strany rodičov. Počas prednášky boli prezentované všeobecné rady a odporúčania pre rodičov k príprave dieťaťa na vyučovanie, tiež poskytnuté odporúčania, ako je možné motivovať deti k príprave na vyučovanie tak, aby ich školské výsledky dosahovali úroveň ich schopností a možností.

- DOTAZNÍK SPÄTNEJ VÄZBY: „Dotazník na hodnotenie prednášky rodičmi“.

Program tretieho prednáškového bloku:

- ZDRAVÝ ŽIVOTNÝ ŠTÝL - multimediálna prednáška spojená s diskusiou zameranou na zistenie poznatkov účastníkov v oblasti hygieny života a na doplnenie chýbajúcich vedomostí. Prednáška doplnená o autodiagnostický test stresu.

- HYGIENA – 15 OTÁZOK A ODPOVEDÍ – multimediálna prezentácia zameraná na hygienu rúk, zubnú hygienu, hygienu stravovania, hygienu domácnosti – domáce parazity, duševnú hygienu a prevenciu.
- ČO MÁME ROBIŤ, ABY SA NÁM DETI ZDÔVEROVALI (téma prednášky podľa výberu prítomných účastníkov) – multimediálna prednáška spojená s tematickou diskusiou zameranou na význam a dôležitosť tých aspektov vzťahu a komunikácie medzi rodičom a dieťaťom, ktoré sú nevyhnutné k vybudovaniu a udržaniu vzájomnej dôvery. Prednáškou sme sa snažili poukázať na potrebu akceptujúceho, bezvýhradne prijímajúceho prístupu k dieťaťu, ukázať spôsoby, ako dieťaťu prejavovať akceptovanie - „liečivou komunikáciou“ s dieťaťom, teda komunikáciou bez takých slovných reakcií, ktoré vyvolávajú strach, devastujú sebavedomie dieťaťa, prehlbujú nedôveru dieťaťa voči rodičovi a podnecujú vzdor a negativizmus - príkaz, nariadenie, výstraha, napomínanie, rady, poučovanie, kritizovanie, zosmiešňovanie, vyzvedanie apod. Počas prednášky sme rodičom ponúkli návod, ako reagovať na dieťa tak, aby mu rodič prejavil akceptovanie.
- DOTAZNÍK SPÄTNEJ VÄZBY: „Dotazník na hodnotenie kvality vzdelávania rodičmi“.

Hygienické balíčky

Každý účastník, ktorý sa zúčastnil dvoch blokov vzdelávacieho programu pre rodičov, dostal balíček s hygienickým a iným spotrebným materiálom pre praktické využitie získaných vedomostí vo svojej domácnosti. Obsah balíčka tvorili produkty zdravej výživy (trvanlivé potraviny, výživové doplnky), prostriedky hygieny domácnosti (čistiace prostriedky a hygienické potreby) a potreby prevencie infekcií pri poraneniach (základné vybavenie domácej lekárničky).

Spätná väzba účastníkov vzdelávacieho programu – hodnotenie činnosti reedukačného centra

- Podľa vyjadrení rodičov RC plní ich očakávania aj očakávania detí v plnom rozsahu.
- Podľa názoru rodičov sa ich deti na podmienky RC po určitom čase adaptovali veľmi dobre a ich správanie sa v priebehu pobytu v RC v porovnaní s obdobím pred umiestnením v inštitúcii pozitívne zmenilo.
- Rodičia na základe informácií od svojich detí usudzujú, že vzťah pedagógov k deťom je veľmi dobrý.
- Na základe doterajších skúseností rodičia hodnotia úroveň RC ako vynikajúcu.

Spätná väzba účastníkov vzdelávacieho programu – hodnotenie vzdelávania

- Rodičia boli s obsahom vzdelávania veľmi spokojní, celkový dojem majú výborný, prednáškové bloky sa im veľmi páčili, nadobudli veľa nových poznatkov, informácie, ktoré získali, považujú za veľmi užitočné, zaujímavé a poučné.
- Počas vzdelávania rodičov najviac zaujali témy „Čo máme robiť, aby sa nám deti zdôverovali“, „Výchova problémového dieťaťa“ a prezentácia o reedukačnom centre, pri ktorej získali informácie o zariadení, o metódach a postupoch pri výchove a prevýchove ich dieťaťa v inštitucionálnych podmienkach.
- V priebehu vzdelávania sa účastníkom najviac páčil prístup prednášajúcich, ktorí dokázali problematiku zrozumiteľne vysvetliť, poznatky podať zaujímavo a snažili sa rodičov naučiť čo najviac. Pozitívne hodnotili aj príležitosť k diskusii, k otvorenému rozhovoru o problémoch, ktoré majú rodičia výchovne zlyhávajúcich detí.

REALIZÁCIA VÝCVIKOVÉHO PROGRAMU PRE RODIČOV A DETI

Výcvikový program pre rodičov a deti sa uskutočnil ako experimentálny projekt netradičného vzdelávania rodičov a posilnenia a rozvoja spolupráce rodičov detí s nariadenou inštitucionálnou starostlivosťou s pracovníkmi reedukačného centra.

Výcvikový program bol koncipovaný na štyri dvojdňové víkendové stretnutia skupiny 9 rodičov a 9 detí. Podmienkou účasti dieťaťa v programe bol záujem rodiča. Víkendové pobyty sa uskutočňovali v Turistickej ubytovni v Krompachoch každé dva týždne v období dvoch mesiacov (máj – jún 2013). Výcvikový program v plnom rozsahu 4 víkendových stretnutí (58 výcvikových hodín) absolvovalo 5 detí so svojimi rodičmi, dve rodiny sa zúčastnili troch a dve rodiny dvoch víkendových pobytov. Tri deti celý alebo časť výcvikového programu absolvovali spolu s obidvomi rodičmi, do programu boli zapojení aj súrodenci dvoch detí. Za správanie detí mimo spoločného programu zodpovedali ich rodičia. Oni mali vedieť, čo a kde ich dieťa robí, zabezpečovali dodržiavanie režimu a účasť detí na odbornom programe (v skutočnosti skôr deti boli dochvíľnejšie a „dozerali" na dodržiavanie dohodnutých pravidiel rodičmi). Odborný tím počas štyroch víkendových pobytov nemusel zasahovať ani raz, účastníci dodržiavali dohodnuté pravidlá, vyskytli sa iba problémy organizačno-technického charakteru.

Výcvikovými vedúcimi boli 5 pedagogickí pracovníci reedukačného centra – prevažne vychovávatelia – špeciálny pedagógovia. Rodičovskú skupinu viedla dvojica pedagógov (muž a žena), v ktorej aspoň jeden mal osobnú skúsenosť z dlhodobého sociálno-psychologického výcviku alebo tréningu experienciálneho typu. Vedúcou detskej skupiny bola absolventka dlhodobého výcviku psychoterapeutického typu a experienciálneho tréningu s niekoľkoročnými skúsenosťami s vedením sociálno-tréningových skupín pre deti.

Program výcvikových pobytov rodičov a detí v plnom rozsahu kopíroval osvedčený model organizácie víkendových zážitkových pobytov v Diagnostickom centre v Bratislave – Trnávke. Realizoval sa v pevne stanovenom režime, striedali sa v ňom odborné, terapeuticko-vzdelávacie aktivity s činnosťami relaxačnými, oddychovými. V programe víkendových stretnutí boli zastúpené činnosti, ktoré sú bežnou súčasťou výchovnej a terapeuticko-výchovnej práce s deťmi v reedukačnom centre – komunity, terapeutické skupiny, kluby, športovo-rekreačné hry a súťaže, hodnotenie správania.

Aktivity výcvikového pobytu

KOMUNITY

- v rámci víkendových pobytov sa realizovali tri komunitné stretnutia, ktorých sa zúčastňovali všetci účastníci;
- všetky tri komunity mali základnú štruktúru rovnakú – aktivity zamerané na mapovanie aktuálnych emócií, reflektovanie programu a diania počas výcviku, riešenie organizačných záležitostí apod. Program komunít dopĺňali metodiky na dosiahnutie aktivizujúcej atmosféry, uvoľnenie napätia, podporu otvorenosti, vzájomnej dôvery a poznania účastníkov, posilnenie emocionálnej vzájomnosti („Výmena miesta", „Honduraský prales, „Ruža" apod.);
- komunity na seba vzájomne nadväzovali, napríklad na prvom stretnutí dostali účastníci ako individuálnu úlohu naformulovať cieľ, ktorý chcú počas nastávajúceho víkendu dosiahnuť (napr. k akej zmene chcú dospieť) a na záverečnej komunite hodnotili, ako sa ich ciele naplnili/nenaplnili, vyjadrovali sa k tomu, čo bolo prekážkou v tom, aby sa ich cieľ naplnil alebo naopak, čo predovšetkým prispelo k dosiahnutiu cieľa.

TERAPEUTICKÉ SKUPINY PRE RODIČOV

- počas jedného víkendu sa rodičia zúčastnili troch terapeutických skupín;
- aktivity rodičovskej skupiny boli zamerané na prehĺbenie sebapoznania, vzájomného poznania účastníkov, na podporu otvorenej komunikácie, vzájomnej úprimnosti a priateľskej komunikácie. Metodiky rodičovských skupín vytvárali priestor na tvorbu podpornej sociálnej siete, na poskytovanie recipročnej pomoci, na vzájomnú výmenu skúseností, odovzdávanie a získavanie návodov k výchove detí, návrhov na riešenie problémových situácií a zvládanie starostí s deťmi;
- dôležitým aspektom rodičovských skupín bolo, že rodičia mohli otvorene hovoriť o svojich trápeniach, mali príležitosť vyrozprávať sa, našli „spriaznené duše", ktoré ich vypočuli. Každý

rodič mohol zažiť pocit, že je v skupine, kde všetci ostatní zdieľajú „jeho osud“ a rozumejú jeho prežívaniu;

- aktivity rodičovských skupín tematicky čiastočne nadväzovali na vzdelávací program pre rodičov – počas výcvikového programu sa uskutočnili 2 edukatívne okienka – „Výchovné štýly v rodine“, „Čo máme robiť, aby sa nám deti zdôverovali?“.

TERAPEUTICKÉ SKUPINY PRE DETI

- rovnako, ako rodičia, aj deti počas jedného víkendu absolvovali tri terapeutické skupiny;
- aktivity detskej skupiny boli zamerané podobne ako obsah rodičovskej skupiny - na proces sebapoznania, vzájomného poznávania účastníkov, rozvoj interpersonálnej komunikácie (nácvik počúvania druhých, poskytovania a prijímania pozitívnej a negatívnej spätnej väzby), na podporu otvorenej komunikácie, posilňovanie vzájomnej dôvery a tolerancie;
- detské skupiny mali ustálenú štruktúru – úvodná rozohrievacia hra, aktivita, diskusia k reálnym situáciám z výcvikového pobytu („Čo som spozoroval, zistil u seba a u iných?“), povzbudzujúci príbeh zo života na naladenie detí na tému hlavnej činnosti skupiny, nosná technika a záverečné zhodnotenie priebehu skupiny;
- niektoré aktivity rodičovských a detských skupín prebiehali paralelne, vyhodnocovali sa spoločne (na tematickej skupine alebo komunite) a slúžili na doplnenie informačného vákua rodičov o deťoch a opačne – „Test poznania dieťaťa“ (zisťovanie úrovne poznania dieťaťa svojim rodičom), „Test poznania rodiča“ (zisťovanie úrovne poznania rodiča dieťaťom), „Inzerát na dieťa“ (sebaprezentácia, predstavenie potrieb a očakávaní rodiča od dieťaťa), „Inzerát na rodiča“ (sebaprezentácia, predstavenie potrieb a očakávaní dieťaťa od rodiča), „Ideálne dieťa“ (prezentácia očakávaní a predstáv rodičov o ideálnom dieťati), „Ideálny rodič“ (prezentácia očakávaní a predstáv detí o ideálnych rodičoch).

TEMATICKÁ SKUPINA

- do programu víkendového stretnutia bola zaradená vždy v sobotu popoludní a trvala 90 minút;
- predmetom tematickej skupiny bola spoločná aktivita rodičov a detí s cieľom posilniť spoluprácu medzi členmi rodiny, umocniť rodinnú spolunáležitosť, sprostredkovať skúsenosť zo spoločnej práce na jednom „diele“, umocniť efektívnu komunikáciu medzi členmi rodiny, vytvoriť priestor k sebaprezentácii rodín;
- počas realizovaných aktivít bola nevyhnutná nielen spolupráca medzi členmi rodiny, ale aj vlastný vklad každého z nich. Obsah tematických skupín tvorili prevažne výtvarné techniky („Erb rodiny“, „Mapa ostrova rodiny“), pri ktorých výrazne vyššiu iniciatívnosť a aktivitu vykazovali deti. Príspevky rodičov boli iba slovné, alebo sa riadili inštrukciami svojich detí, či iba mlčky sa prizerali, ale rozhodne ten čas pasívne neprečkali ... pri tematickom kreslení prežívali svoj vlastný príbeh (ukázalo sa to napríklad na rozdieloch v interpretácii „Mapy ostrova rodiny“ matkou na rodičovskej skupine a jej synom na detskej skupine).

RELAXAČNÉ AKTIVITY

- predstavovali najpopulárnejšiu časť víkendových stretnutí. Realizovali sa pravidelne v sobotu popoludní, pričom počas jednotlivých víkendov sme obmieňali rôzne formy športovo-zábavných, vedomostných, poznávacích súťaží a rekreačných činností – hra „Vírusy“ – pohybovo-vedomostná súťaž dvoch náhodne vytvorených tímov, hra „Nápisy kráľa Ašóka“ – pátraco-riešiteľská súťaž rodín, spoločná vychádzka všetkých účastníkov do prírody, „Olympiáda netradičných športov“ – športová súťaž skupín tvorených dvomi rodinami;
- charakter súťaží si vyžadoval aktívne zapojenie každého člena rodiny (skupiny alebo tímu). Hry boli orientované na podporu a rozvoj kooperácie, efektívnej komunikácie a zdravej súťaživosti;

- cieľom relaxačných aktivít bolo umožniť rodinám prežiť príjemné chvíle pri spoločnej hre, zábavnej alebo oddychovej činnosti, spoločne riešiť úlohy a dosiahnuť výsledok (úspech) vzájomnou spoluprácou.

VEČERNÉ KLUBY

- reprezentovali najzábavnejšiu časť víkendových stretnutí. Realizovali sa vždy v piatok a v sobotu večer, pričom piatkový klub zabezpečoval odborný tím a sobotňajší klub pripravovali účastníci, čím sa mohli aktívne podieľať na obsahu víkendu;
- kluby boli tvorené pestrou mozaikou hrových aktivít zameraných na spoluprácu a pozitívne prežívanie;
- cieľom večerných klubov bolo odreagovanie napätia, emočné sebavyjadrenie, rozvoj sociálnych zručností, vytváranie pozitívnej sociálnej klímy v kolektíve, spoločné rozptýlenie, sebaprezentácia rodín.

CELOPOBYTOVÉ AKTIVITY

- prebiehali na pozadí výcvikového programu, dotvárali a obohacovali ho. Celopobytové techniky („Anjeli medzi nami“, „Obálka komplimentov“, „Tak jej/mu napíš, odkáž, že ...“) sme zaradili do programu troch víkendových stretnutí;
- cieľom metodík bolo podporiť záujem účastníkov o svoje okolie, napomôcť k prejavovaniu citov a uznaní, podnietiť empatiu a spätnú väzbu medzi účastníkmi, posilniť prosociálnu motiváciu ľudí a aktívne zapojiť účastníkov do pozitívnych zmien;
- techniky sa ukázali ako veľmi významné predovšetkým v podpore pozitívnych a úprimných vzťahov medzi účastníkmi. Pre deti a rodičov to bola jedinečná príležitosť (a bezpečná cesta) k vyjadreniu a pomenovaniu skutočných emócií, postojov a ocenení, k získaniu sebadôvery, k povedaniu toho všetkého, čo je dôležité, aby vedel aj niekto iný („Mám, ťa rád, mami ...“, „Paťka, si pre mňa to najcennejšie, čo mám.“, „Lydka, si skvelá mamina.“).

HODNOTENIE DETÍ

- dohľad nad deťmi mimo spoločného programu zabezpečovali rodičia, odborný tím preberal zodpovednosť za deti iba v čase detských skupín. Rodičia mali mať prehľad o tom, ako dieťa trávi čas voľna, dozerali na dodržiavanie dohodnutých pravidiel a deťom poskytovali spätnú väzbu v podobe hodnotenia správania;
- deti boli hodnotené svojimi rodičmi v piatok a v sobotu večer po skončení odborného programu a v nedeľu predpoludním na záverečnej komunite podľa systému hodnotenia uplatňovaného v reedukačnom centre.

Spätná väzba účastníkov výcvikového programu – vyjadrenia účastníkov k praktickému prínosu vzhľadom na zameranie programu

Pochopenie vlastných výchovných štýlov rodičmi:

„Zistila som, ako málo viem o správnej výchove.“
„Keby som sem neprišiel, ani by som nevedel, že aj vo mne je problém, že málo komunikujem so synom.“
„Až tu som prišla na to, čo všetko som doma zanedbala.“
„Získala som skúsenosti, ktoré môžem využiť vo svojom osobnom živote.“
„Naučila som sa tu veľa o výchove detí.“

Osvojenie si zručností efektívnej komunikácie – aktívne počúvanie, pomenovanie pocitov, prežívania, požiadaviek a očakávaní:

„Mojim úspechom bolo, že som dokázala hovoriť o svojich pocitoch.“
„Za úspech považujem, že sa zlepšila komunikácia medzi mnou a synom, že som sa zblížila so synom.“

„Vidím, že nám doma chýba viac komunikácie.“
„Predtým som bol na syna veľmi prísny. Teraz viem, že som sa s ním mal viac rozprávať.“
„Úspech som zažil, keď som sa dokázal dôverne pozhovárať so svojim synom.“
„Naučil som sa tu komunikovať, viac počúvať druhých a byť úprimný.“

Prehĺbenie sebapoznania, vzájomného poznania a porozumenia medzi členmi rodiny:

„Všetko, čo som tu zažila, mi pomohlo uvedomiť si, že aj vo mne je chyba.“
„Už po prvom stretnutí som videla zmenu v našom vzťahu.“
„Zistila som, aká je pri výchove dôležitá úprimnosť, schopnosť počúvať, tolerancia, otvorenosť a dôvera.“
„Cítila som sa tu dobre, pretože som mala príležitosť viac spoznať svoju dcéru.“
„Mojím najväčším úspechom bolo, že som si vybudoval lepší vzťah k rodičom.“

Spätná väzba účastníkov výcvikového programu – čo bolo pre účastníkov výcviku najzaujímavejšie

- Emócie.
- Sebapoznanie.
- Úprimnosť a otvorenosť.
- Budovanie vzťahu s dieťaťom.
- Poznanie kvality vzťahov s inými.
- Otvorená komunikácia rodič – dieťa.
- Rozbor výchovných problémov v rodinách.
- „Plavba po oceáne sveta“ – všetci na jednej lodi.
- Ľudia, ktorí bez zábran dokázali otvoriť svoje srdce.
- Rodinná pohoda, atmosféra priateľstva a porozumenia.
- Bezprostrednosť, aktivita a osobná angažovanosť rodičov pri „liečení“ vlastných problémov aj trápení ostatných.
- Obrovská snaha rodičov aj detí stať sa lepšími – pracovať na sebe, zlepšovať svoje správanie, meniť postoje a názory.

Záverečná bodka výcvikového programu

Všetci účastníci programu dostali v jeho závere „Knihu zázrakov“ s fotografiami z troch víkendových stretnutí, aby nezabudli ...
... že víkendy v Krompachoch boli plné nezvyčajných zmien, vzácnych okamihov a zázrakov
... zázrak bol, že sme spoločne mohli zdieľať naše neraz neľahké osudy
... zázrak bol, že sme dokázali počúvať, porozumieť a pomáhať
... zázrak bol, že sme našli to, čo sme dlho hľadali
... zázrak bol, že sme to nevzdali
... zázrak bol, že sme urobili to, čo sme predtým nedokázali

ZÁVER

Rodičia, ktorí sa zúčastnili spolu so svojimi deťmi výcvikového programu, boli veľmi vďační za to, že mohli absolvovať víkendové pobyty, že získali pomoc a podporu pri hľadaní cesty k svojmu dieťaťu a k riešeniu zdanlivo neriešiteľných problémov. My sme zasiali semienko, urobili sme malý dobrý skutok smerom k rodinám našich detí a veríme, že v budúcnosti budeme schopní robiť väčšie.

PROCES SANÁCIE AKO PRIMÁRNA METÓDA OZDRAVOVANIA RODINY

HUDÁKOVÁ Lenka, CHOLUJOVÁ Gréta, BALKOVÁ Helena
Detský domov Košická Nová Ves, Mliečna 20A, 040 14 Košice
socialne.dedknv@gmail.com

Abstrakt

Sanácia predstavuje možnosť priblíženia dôležitosti, jedinečnosti a podpory rodiny pri práci s dieťaťom žijúcim v detskom domove. Sanácia predstavuje pre sociálneho pracovníka možnosti spoznať lepšie nielen rodiča a rodinu, ale aj dieťa. Taktiež poukazuje na vplyv celospoločenských javov a aspektov na tento proces. Umožňuje zistiť vnímanie procesu sanácie sociálnymi pracovníkmi, možnosti zefektívnenia práce s dieťaťom a jeho rodinou, možné riziká pri sanácii, priemernú dĺžku sanácie rodiny a spolupráce detských domovov s inštitúciám.

Kľúčové slová: sociálny pracovník, detský domov, dieťa, rodina, sanácia

Abstract

Remediation is zooming importance, uniqueness and support families while working with a child living in an orphanage. Redevelopment is a social worker for opportunities to get to know better both parents and friends, but also the child. It also highlights the impact of societal phenomena and aspects of this process. Lets find out the perception of social workers remediation process, the possibility of streamlining work with the child and his family, and potential risks of the renovation, the average length of remediation families and orphanages cooperation with institutions.

Keywords: social worker, foster homes child, family, rehabilitation

ÚVOD

Každé dieťa potrebuje mať niekoho blízkeho – rodinu, otca, matku, blízkych, susedov, starkých, potrebu cítenia, že niekam patrí a je ľúbené.

Rodina je prvým a jedinečným miestom, v ktorom dieťa získava lásku a učí sa rešpektu a úcte. Rodina je pre dieťa malým svetom, kde sa dieťa učí a získava si návyky, schopnosti, ktoré mu neskôr budú nápomocnými pri začleňovaní sa v spoločnosti. Rodina pre každého z nás je akousi prioritou, hodnotou a istotou. Rodina sú korene. Bez rodiny každý z nás stráca istoty a dôveru v ľudí. Rodina zabezpečuje a chráni, nielen materiálne, sociálne, ale aj citovo. Mala by byť bezpečnou oázou, ktorá by nám mala rozumieť, tolerovať nás, naše neúspechy a pomáhať nám prekonávať zložité životné situácie. Niekedy však nie je možné, aby dieťa žilo v biologickej rodine z rôznych dôvodov, a nemôžu sa oň postarať ani blízki príbuzní. Vtedy je dieťa umiestnené do detského domova.

PRÍCHOD DIEŤAŤA DO DETSKÉHO DOMOVA

Medzi hlavné dôvody umiestnenia detí do ústavnej starostlivosti v Detskom domove v Košickej Novej Vsi patrí zanedbávanie výchovy dieťaťa, nezamestnanosť jedného z rodičov, alebo oboch rodičov, bezdomovectvo, ohrozenie zdravia a života dieťaťa, podozrenie z týrania, či zanedbanie povinnej školskej dochádzky dieťaťa.

Dieťa prichádza do detského domova v doprovode sociálneho pracovníka ÚPSVaR, alebo rodiča. Dieťa, ktoré prichádza do detského domova, či je menšie alebo väčšie, má za sebou časť

života, ktorú zamestnanci nepoznajú, preto je potrebné s každým dieťaťom jemne zaobchádzať, pretože sa ho aj neškodná otázka dobre mienená môže dotknúť.

Všetko, čo dieťa prežilo na ňom zanechalo následky, ktoré sa často prejavujú v jeho správaní. Medzi najčastejšie patria citová plachosť, klamstvo, neprimerané reakcie, ľahostajný postoj k potrebám druhých ľudí, strach, neistota, poruchy učenia a poruchy správania.

Najprv sa dieťa zoznámi so sociálnymi pracovníčkami a riaditeľkou, aby naraz na neho nebolo veľa cudzích ľudí, a až potom sa s dieťaťom zoznámi odborný tím. Na samostatnú skupinu dieťa odprevádza psychologička alebo sociálna pracovníčka. Potom sa dieťa zoznamuje s vychovávateľkou, ktorá má službu a deťmi na satelite. Spolu s dieťaťom prichádza aj jeho spisový materiál – sociálna správa, v ktorej sú zaznamenané jeho osobné údaje, údaje rodičov, súrodenci, právoplatný rozsudok, rodný list, vysvedčenia, osobné veci, oblečenie. Zdravotnú kartu si navzájom postúpia lekári.

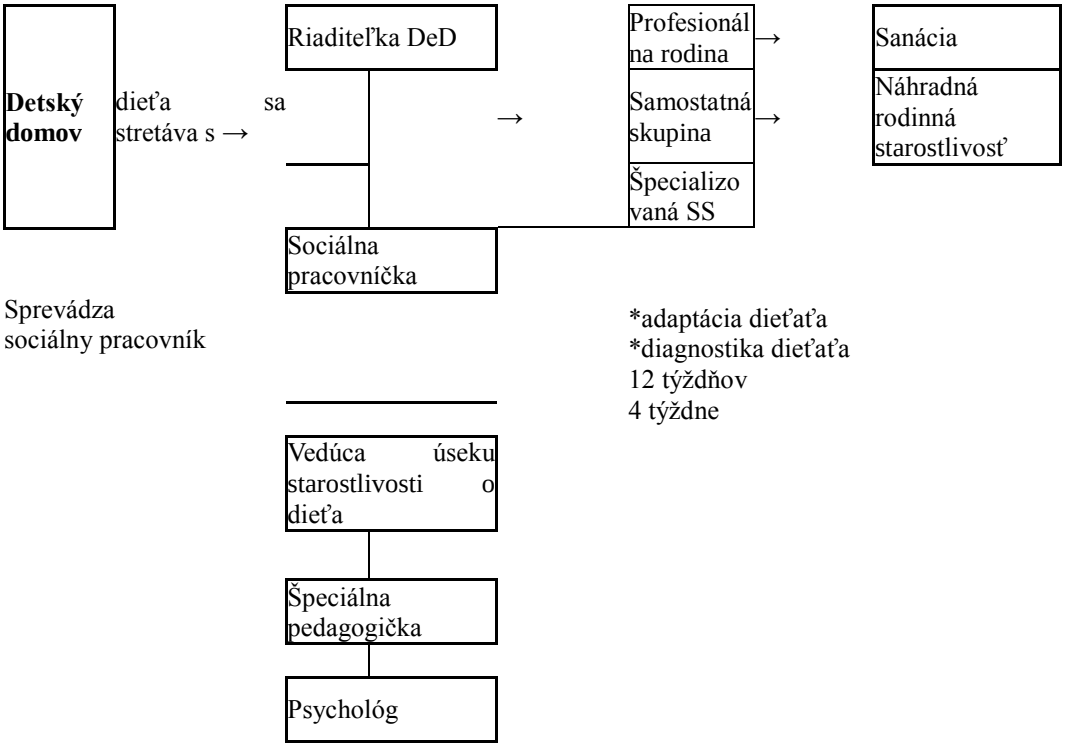


Schéma 1 Príchod dieťaťa do detského domova Zdroj: vlastné spracovanie

Od prijatia dieťaťa do detského domova pracuje s dieťaťom odborný tím detského domova, pozostávajúci zo sociálneho pracovníka, špeciálneho pedagóga, psychológa. Odborní zamestnanci detského domova dieťaťu po prijatí pripravujú odbornú diagnostiku. Odborná diagnostika trvá najviac 12 týždňov, v jej závere sú vyjadrené odborné odporúčania ďalšieho smerovania dieťaťa, a to buď: sanácia rodinného prostredia alebo nahlásenie dieťaťa do zoznamu detí vhodných do náhradnej rodinnej starostlivosti.

Sociálny pracovník pripravuje osobný záznam dieťaťa, ktorý odovzdá spolu s kópiou rodného listu a správ na samostatnú skupinu po príchode dieťaťa do zariadenia. Osobný záznam dieťaťa je dôverný a slúži na oboznámenie sa s pomermi a základnými údajmi o dieťati v prospech ďalšej práce s dieťaťom. Sociálny pracovník vedie spisovú dokumentáciu dieťaťa, ktorá obsahuje rozhodnutie súdu o nariadení ústavnej starostlivosti, predbežného opatrenia alebo výchovného opatrenia, rodný list dieťaťa, vysvedčenia, sociálnu správu o dieťati, diagnostickú správu o dieťati

a individuálny plán osobnosti dieťaťa.[14]

SANÁCIA BIOLOGICKÉHO PROSTREDIA

Na mieste je spomenúť citát Michela Quoista z diela Povídej mi o lásce: Neodsúdite tých neznámych, ktorí ma splodili, ale im poďakujete a mne pomôžete, aby som si ich vážilo. Musím sa ich totiž naučiť milovať v tieni, to viem, ak chcem, aby som raz mohlo milovať vo svetle.

Presne tak je potrebné viesť každé dieťa, ktoré žije v detskom domove, či náhradnej rodine, nie v nenávisti, ale odpustení rodičom, čo je nesmierne ťažké pre každé dieťa. Prioritou odborných zamestnancov detských domovov je sanácia, teda návrat dieťaťa domov. V detskom domove v Košickej Novej Vsi, sa to vykonáva nasledovne: podrobne si všetci členovia odborného tímu a výchovní pracovníci preštudujú spis dieťaťa, s ktorým prichádza a určia si smer v rámci diagnostiky. Každý odborník potom v rámci svojej odbornosti koná a jednotlivé kroky si spoločne prezentujú na porade odborného tímu v spolupráci s profesionálnymi matkami a koordinátorkami samostatných skupín.

Sociálne pracovníčky v rámci 4 - 12 týždňov navštívia bydlisko dieťaťa spolu s psychologičkou, spoznajú rodičov, poinformujú ich o možnostiach, ktoré majú, upozornia na rešpektovanie pravidiel DeD. Dôležitosť psychológa na takejto návšteve je veľmi pomocná(nápomocná), vie potom návštevu rozobrať s dieťaťom, vie hovoriť o niečom, čo dieťa dobré pozná, napr. o veži, ktorú majú položenú v obývačke, o súrodencoch, ktorých videli, o detailoch, ktoré sú pre dieťa dôležitou súčasťou.

Vykonanie návštevy v domácnosti však nie je vždy možné, pretože niektorí rodičia migrujú a nezdržiavajú sa na trvalom bydlisku, potom sa navštevujú príbuzní, aby sme si vytvorili rodinnú anamnézu. Z návštevy domácnosti spíšu záznam, ktorý je súčasťou spisovej dokumentácie, záznam je vypracovaný na tlačive, ktorý si vytvoril detský domov a obsahuje meno a adresu osoby, u ktorej sme návštevu realizovali, zhodnotenie pomerov a závery návštevy, nakoniec sa obe strany podpíšu (ak obe strany so spísaným záznamom súhlasia, potvrdia to svojim podpisom). Situáciu rodiny si vždy overujeme aj s pracovníčkami orgánu SPODaSK, na návštevy domácnosti chodievame často spolu, prípadne sa informujeme.

Sanácia je veľmi rozsiahly proces, ktorý je náročný na čas, ako aj na odborné skúsenosti sociálneho pracovníka. Pokiaľ sa rodina sanovať dá a rodičia alebo starí rodičia prejavia záujem pomôžeme im so spísaním návrhu na zrušenie ÚS, prípadne im odporučíme návštevu ich príslušného ÚPSVaR pokiaľ si niečo potrebujú vybaviť, poskytujeme rodine aj sprevádzanie.

Proces sanácie rodinného prostredia sa v čase trvania diagnostiky málo kedy podarí ukončiť. Dôležitým krokom je aj kooperácia s akreditovanými subjektami, ktoré sú hlavne nápomocné pri hľadaní bývania, či zamestnania a sú prizvané sú na jednotlivé pracovné stretnutia.

Je potrebné s rodičmi jednať ako s rovnocennými partnermi, vysvetliť im ich dôležitosť pre prácu s dieťaťom, motivovať ich k návštevám, pomoci pri príprave na vyučovanie. Postupne znova učiť rodičov ich rodičovským kompetenciám. Veľakrát potrebujú rodičia len vypočuť a poradiť. Počas celého procesu je potrebné ich sprevádzať, dávať im malé úlohy v súvislosti s ich deťmi a vedieť ich oceniť. Pokiaľ deti zistia, že s rodičmi sme v kontakte, že ich vnímame ako seberovných aj deti sa viac otvoria a postupne pustia do svojho vnútra. Pokiaľ sa rodičia vyjadria, že sa nevedia alebo nemôžu o svoje dieťa starať tak sa vzhľadom na vek dieťaťa a rozumové schopnosti ďalej koná. Psychologička pripravuje dieťa na náhradnú rodiny, s tým, že mu vysvetlí, čo je náhradná rodina, čo je pestúnska starostlivosť, a čo osvojenie, aké možnosti budú mať rodičia a podobne.

VYHODNOTENIE VÝSKUMU

Sociálne pracovníčky Detského domova Košická Nová Ves realizovali výskum, v ktorom

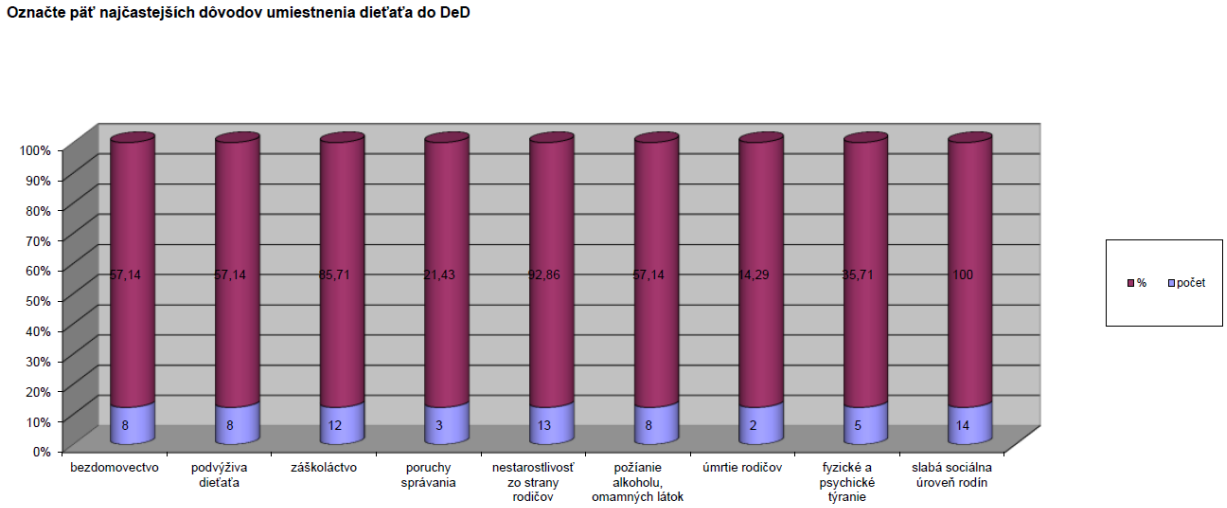
---

[14] Zákon č. 305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele, §60, ods. 1.

sa zamerali na proces sanácie v období marec až máj 2013 v 14 detských domovoch Košického kraja. Ťažisko výskumu tvorila empirická exploračná metóda, technika - dotazník. Vypracovaný dotazník pozostával zo 44 otázok, ktoré boli uzavretého, otvoreného a polootvoreného typu. Vyhodnotili sme iba odpovede na otázky, u ktorých návratnosť presiahla 75%.

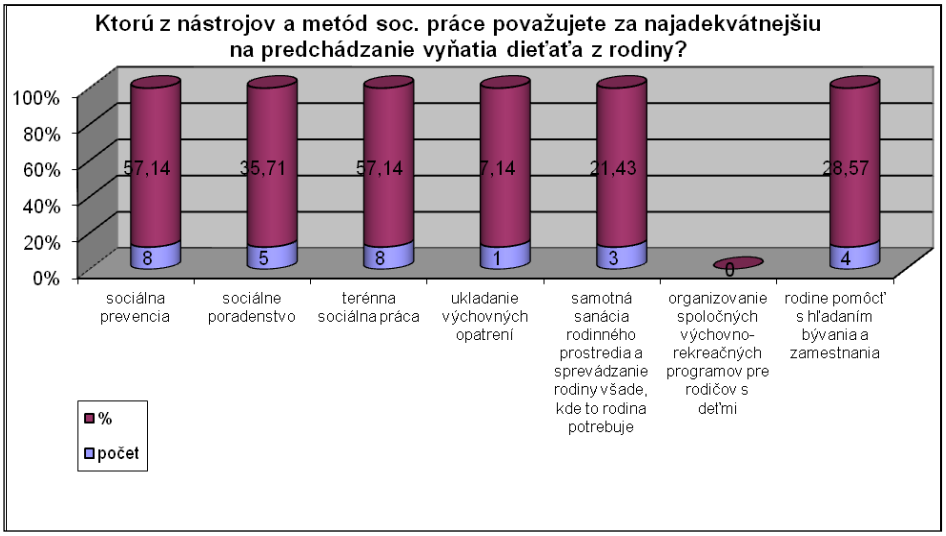
Cieľom výskumu bolo zistenie vnímania procesu sanácie sociálnymi pracovníkmi, možnosti zefektívnenia práce s dieťaťom a jeho rodinou, možné riziká pri sanácii, priemerná dĺžka sanácie rodiny a spolupráca detských domovov s inštitúciám.

V otázke č. 1 sme požiadali respondentov, aby označili 5 najčastejších dôvodov umiestnenia dieťaťa do detského domova. Ako najčastejšie dôvody uviedli slabú sociálnu úroveň rodín, zanedbanie starostlivosti zo strany rodiča, záškoláctvo, bezdomovectvo, požívanie alkoholických a omamných látok. Percentuálne rozvrstvenie dôvodov umiestnenia sumárne nie je 100%, nakoľko mali respondenti možnosť označiť viacero možností.



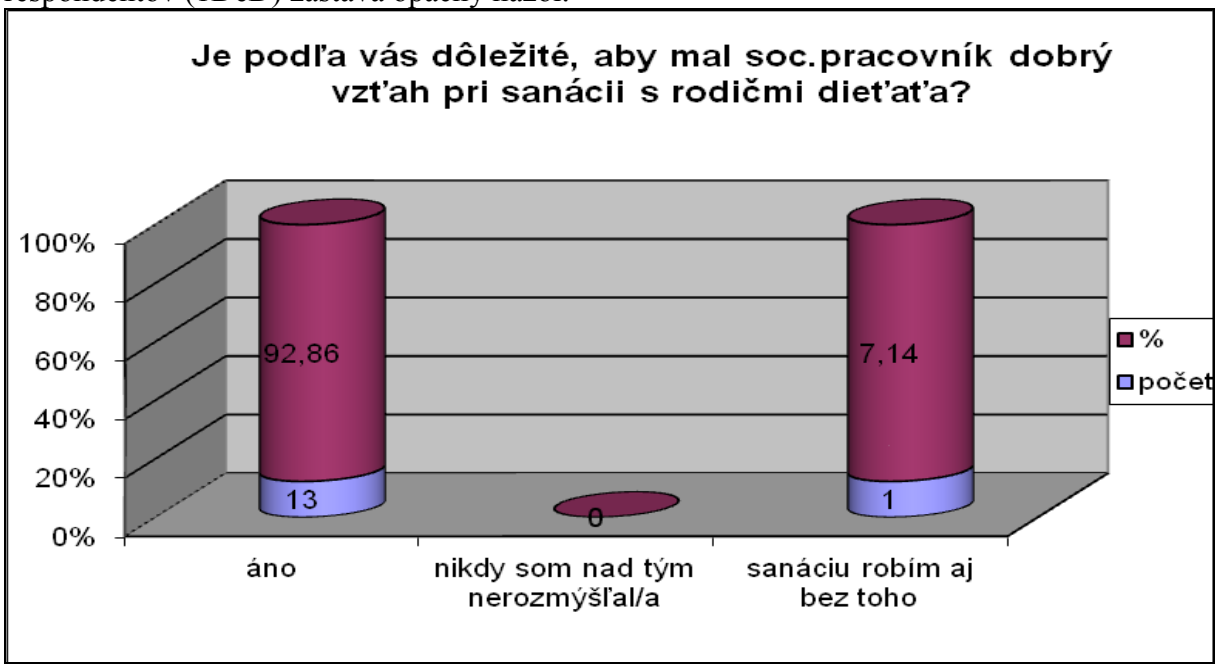
Graf 1: Dôvody umiestnenia dieťaťa do DeD Zdroj: vlastné spracovanie

Otázkou č. 2 sme zisťovali, ktorý z nástrojov a metód sociálnej práce považujú respondenti za najadekvátnejšiu na predchádzanie vyňatia dieťaťa z rodiny. Percentuálne rozvrstvenie určenia nástrojov a metód sociálnej práce sumárne nie je 100%, nakoľko mali respondenti možnosť označiť viacero možností. Za najadekvátnejšie nástroje a metódy sociálnej práce považujú respondenti sociálnu prevenciu, terénnu sociálnu prácu a sociálne poradenstvo.



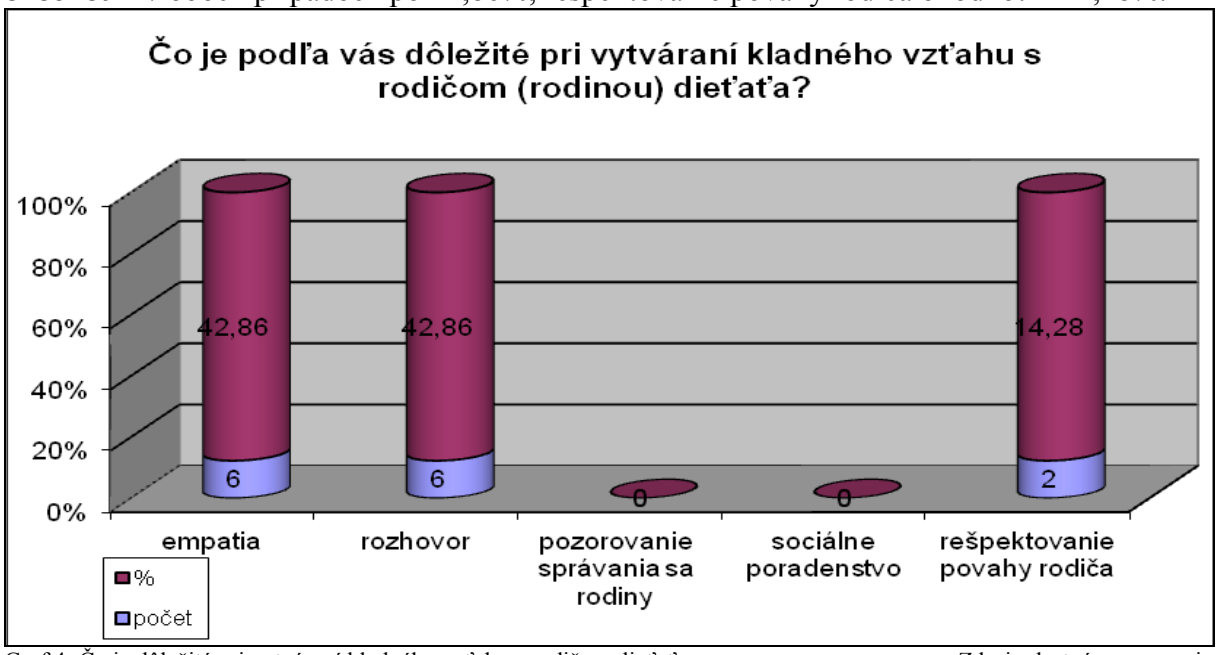
Graf 2: Nástroje a metódy SP považované za najefektívnejšie vyňatiu dieťaťa z rodiny Zdroj: vlastné spracovanie

Otázku č. 3 pod názvom Čím je podľa vás možné predchádzať vzniku krízovej situácie v rodine respondenti voľne dopĺňali a najviac sa zhodli na tom, že je možné predchádzať vzniku krízovej situácie v rodine prevenciou, ktorá je plnohodnotná, terénnou prácou, pomocou pri nájdení zamestnania, poradenstvom rodinám s deťmi a realizovaním rôznych výchovnovzdelávacích aktivít.
Otázkou č. 4 sme zisťovali, či je dôležité, aby mal sociálny pracovník pri sanácii dobrý vzťah s rodičmi dieťaťa. Až 92,86% respondentov (13DeD) uviedlo, že je to dôležité. 7,14% respondentov (1DeD) zastáva opačný názor.



Graf 3: Dôležitosť dobrého vzťahu medzi SP a rodičmi dieťaťa pri sanácii Zdroj: vlastné spracovanie

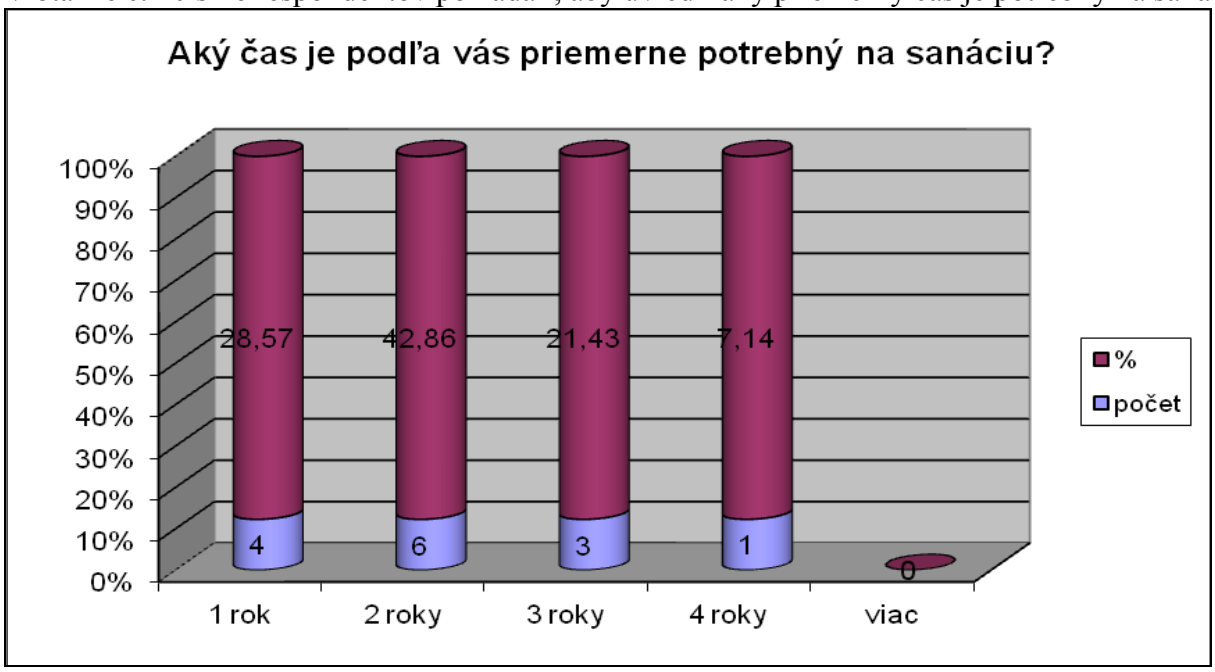
V otázke č. 5 sme zisťovali, čo vnímajú respondenti ako dôležité pri vytváraní kladného vzťahu s rodičom (rodinou) dieťaťa. Respondenti vnímajú ako dôležité empatiu a rozhovor, ktoré zhodne ohodnotili v oboch prípadoch po 42,86%, rešpektovanie povahy rodiča ohodnotili 14,28%.



Graf 4: Čo je dôležité pri vytváraní kladného vzťahu s rodičom dieťaťa Zdroj: vlastné spracovanie

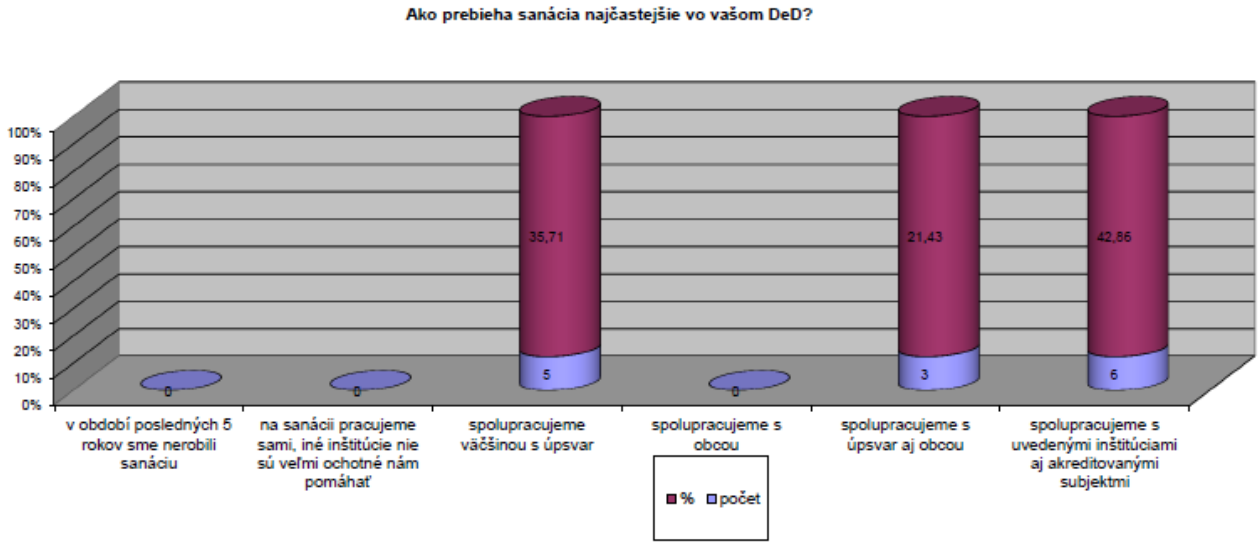
Otázka č. 6 poukazovala na metódy sociálnej práce, ktoré využívajú sociálni pracovníci pri v praxi

pri práci s rodičmi. Ako najčastejšie používané metódy používané v praxi uviedli rozhovor, poradenstvo, terénna sociálna práca, osobný kontakt s rodinou a pozorovanie.
Otázka č. 7 poukazovala na metódy sociálnej práce, ktoré využívajú sociálni pracovníci pri v praxi pri práci s rodičmi pri sanácii. Ako najčastejšie používané metódy používané v praxi uviedli návštevu v rodine, poradenstvo, rozhovor s rodičmi, umožňovanie pobytu dieťaťa v domácom prostredí, spoluprácu s inštitúciami, rodinnú konferenciu a prácu s rodinou, intervenciu, pomoc pri hľadaní práce, ubytovania a osobný kontakt.
V otázke č. 8 sme respondentov požiadali, aby uviedli, čo by im pomohlo ku skvalitneniu práce. Respondenti uviedli, že lepšia spolupráca s inštitúciami, menej administratívy a kvalitnejšie materiálno – technické zabezpečenie.
Otázkou č. 9 sme zisťovali možnosť realizácie sanácie rodinného prostredia do jedného roka. 64,29 % respondentov uviedlo, že je to možné, 35,71% respondentov uviedlo, že to nie je možné.
V otázke č. 10 sme respondentov požiadali, aby uviedli aký priemerný čas je potrebný na sanáciu.



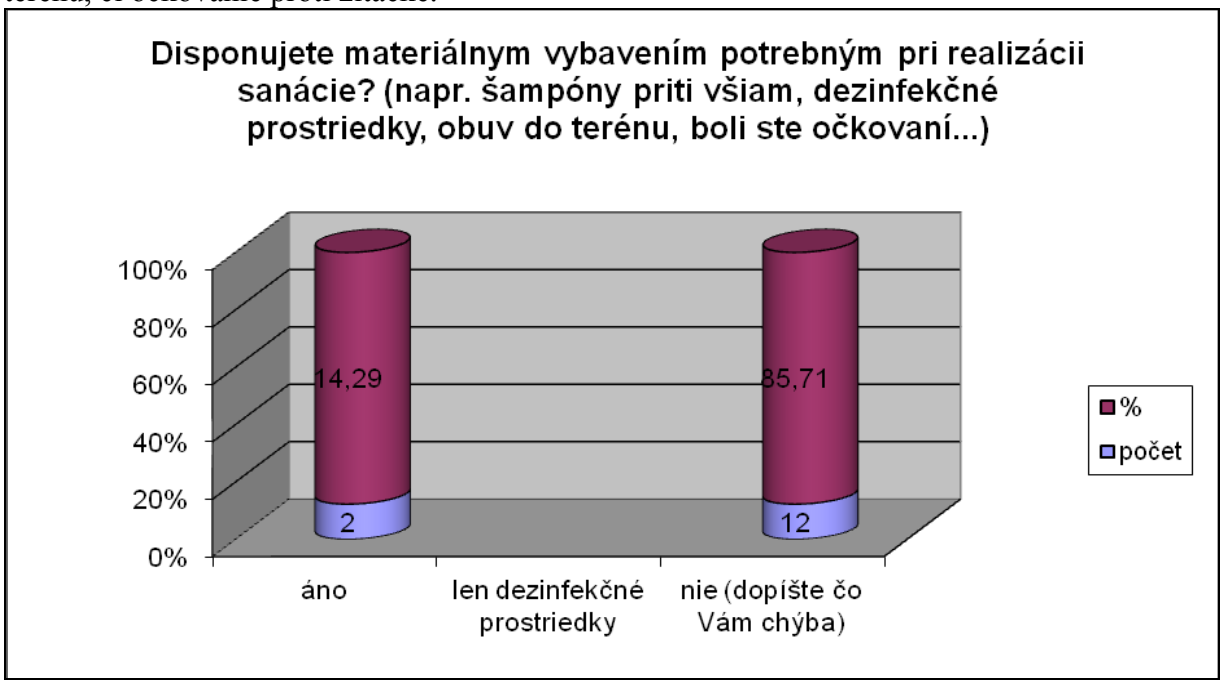
Graf 6: Priemerný čas potrebný na sanáciu Zdroj: vlastné spracovanie

V otázke č. 11 nás zaujímalo ako prebieha sanácia v jednotlivých zariadeniach, s kým najviac zariadenia kooperujú.



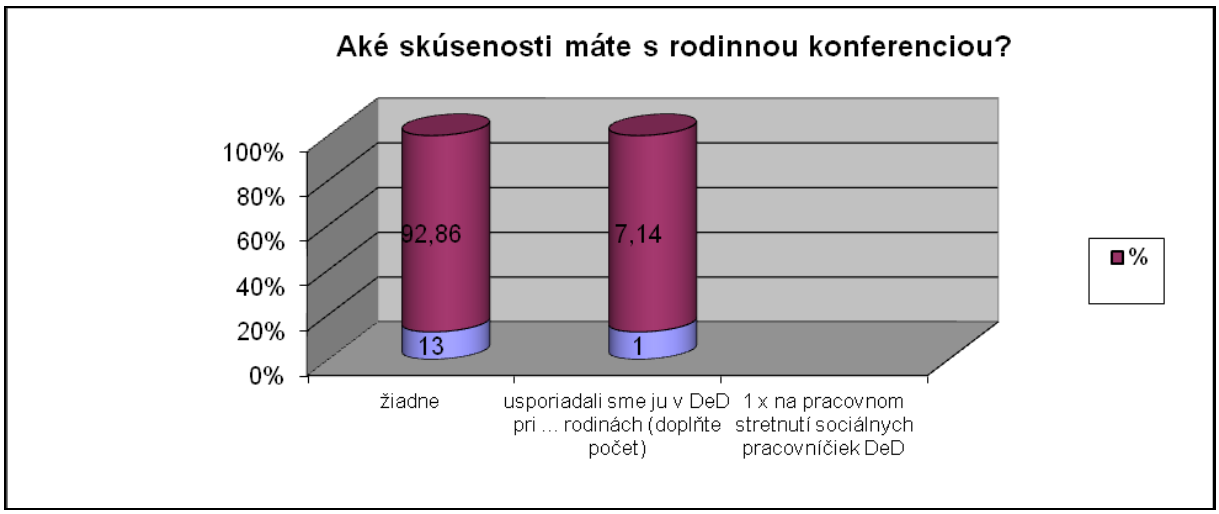
Graf 7: Ako prebieha sanácia najčastejšie vo vašom DeD Zdroj: vlastné spracovanie

Otázkou č. 12 sme zisťovali na čom najčastejšie rozbehnutá sanácia stroskotáva. Respondenti voľne dopĺňali a najviac sa zhodli v týchto odpovediach neochota a nezáujem rodičov s spoluprácu, bytové problémy rodičov, problémy so zamestnaním.
Otázkou č. 13 sme zisťovali, čo spomaľuje sanáciu. Respondenti sa zhodli na to, že najčastejšie je to slabá spolupráca inštitúcii, najmä súdov, ÚPSVaR-u a obce, ďalej neochota k spolupráci u rodičov, nezáujem rodiny a nezamestnanosť.
V otázke č. 14 sme respondentov požiadali, aby uviedli, čo naopak sanáciu môže urýchliť. Zhodli sa v tom, že lepšia spolupráca s inštitúciami, riešenie zamestnanosti rodičov a pomoc pri hľadaní bývania.
Otázkou č. 15 sme zisťovali, či by zo strany legislatívy pomohla nejaká zmena zákona. Respondenti voľne dopĺňali a uviedli, že by im to pomohlo, hoci legislatívnu zmenu nevnímajú ako jedinú cestu.
V otázke č. 16 sme zisťovali úspešnosť sanácie za posledných 5 rokov. Pričom Úspešnú sanáciu uviedlo 13 zariadení len 1 zariadenie uviedlo, že mali aj neúspešnú sanáciu.
V otázke č. 19 sme zisťovali, čo pomohlo, aby bola sanácia úspešná. Respondenti uviedli, že spolupráca a záujem rodičov, spolupráca inštitúcii, pobyty dieťaťa v rodine.
V otázke č. 20 nás zaujímalo, či disponujú sociálni pracovníci materiálnym vybavením potrebným pri realizácii sanácie, akým sú šampóny proti všiam, dezinfekčné prostriedky, obuv a odev do terénu, či očkovanie proti žltačke.



Graf 8: Materiálne vybavenie pri realizácii sanácie Zdroj: vlastné spracovanie

V otázke č. 21 nás zaujímalo, či majú detské domovy skúsenosť s rodinnou konferenciou.



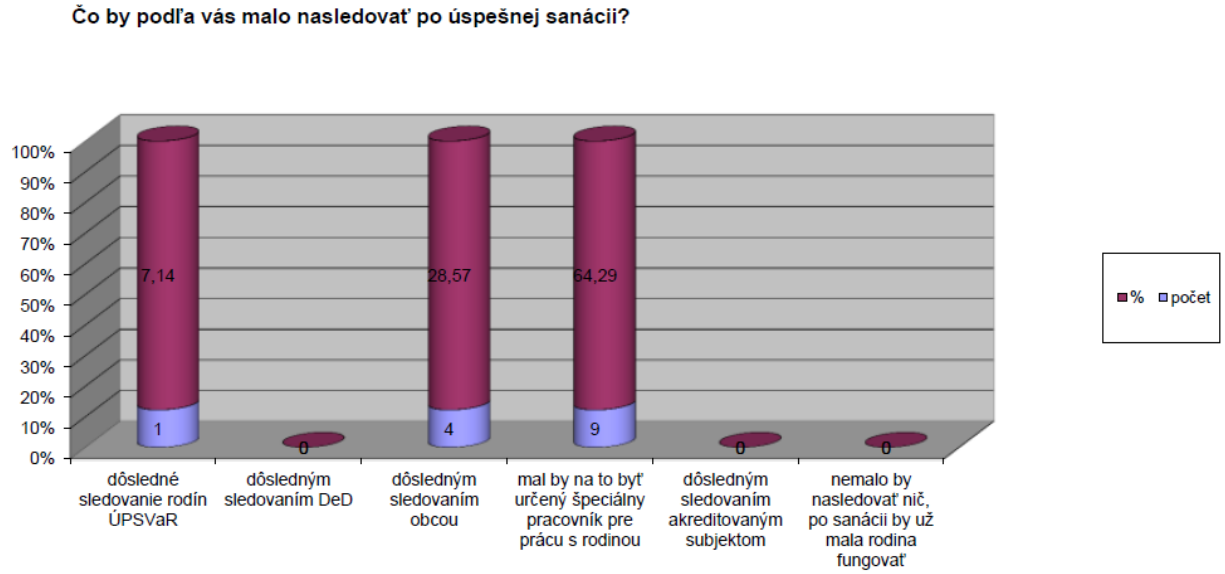
Graf 9: Skúsenosti s rodinnou konferenciou Zdroj: vlastné spracovanie

Otázka č. 22 nám ponúkla pohľad na počty detí v detských domovoch, kde sme zisťovali aj počty rómskych detí z dôvodu špecifikácie problematiky na Východnom Slovensku. V čase realizácie nášho výskumu bolo v detských domovoch 1066 detí z toho bolo 853 rómskych detí.

V otázke č. 23 nás zaujímalo, čo podľa sociálnych pracovníkov detských domovov aktivizuje biologickú rodinu, aby si vzala dieťa späť z detského domova. Respondenti sa zhodli na tom, že citová väzba k dieťaťu a finančné prostriedky.

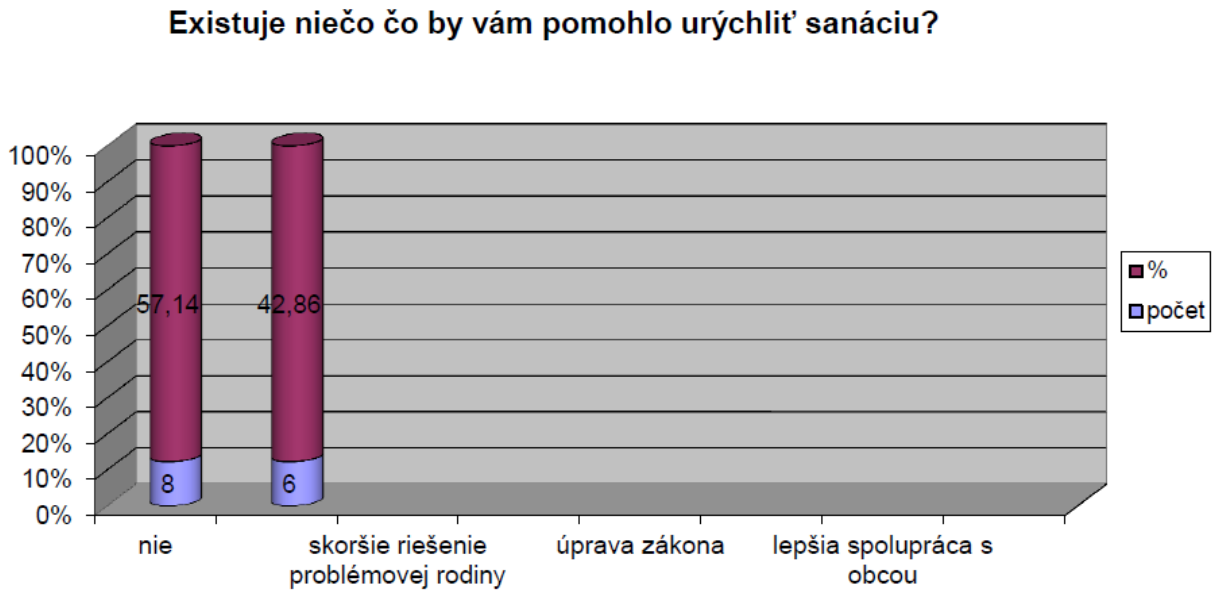
V otázke č. 24 sme zisťovali prečo si rodičia nezoberú dieťa z detského domova, aj keď majú vytvorené podmienky. Respondenti sa zhodli na tom, že je to z dôvodu nezáujmu rodičov o dieťa, zvykli si na bezstarostný život, chýba im citová väzba, rodičia si založili novú rodinu, nedokážu zabezpečiť starostlivosť o dieťa alebo nevedia zvládnuť výchovné problémy.

V otázke č. 25 nás zaujímalo, čo by malo nasledovať po úspešnej sanácii.



Graf 10: Čo by malo nasledovať po úspešnej sanácii. Zdroj: vlastné spracovanie

V otázke č. 26 sme zisťovali, či existuje niečo čo by pomohlo sanáciu urýchliť.



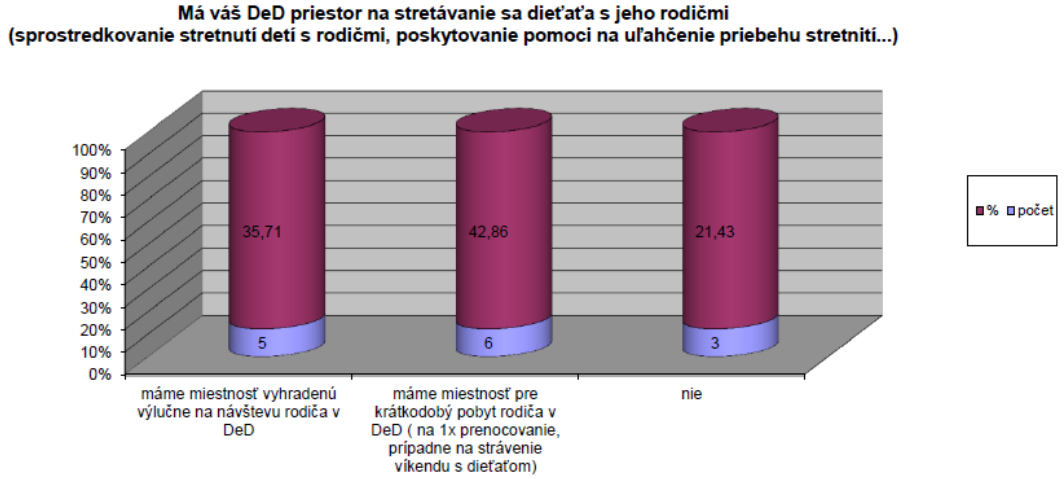
Graf 11: Čo by vám pomohlo urýchliť sanáciu Zdroj: vlastné spracovanie

V otázke č. 27 nás zaujímalo, či mali v detskom domove neúspešnú sanáciu, a ak áno aký bol dôvod neúspechu. V 4 detských domovoch nemali neúspešnú sanáciu, v 10 detských domovoch sa stalo, že priebeh sanácie skončil neúspešne, ako dôvody uviedli nezáujem rodiny a problémové správanie dieťaťa.

V otázke č. 28 nás zaujímala skúsenosť sociálnych pracovníkov s postupným znižovaním iniciatívy u rodičov detí umiestnených v detskom domove. Iniciatíva rodičov klesá tým, čim dlhšie je dieťa v detskom domove, odvyknú si od života s ním a nedostatok finančných prostriedkov.

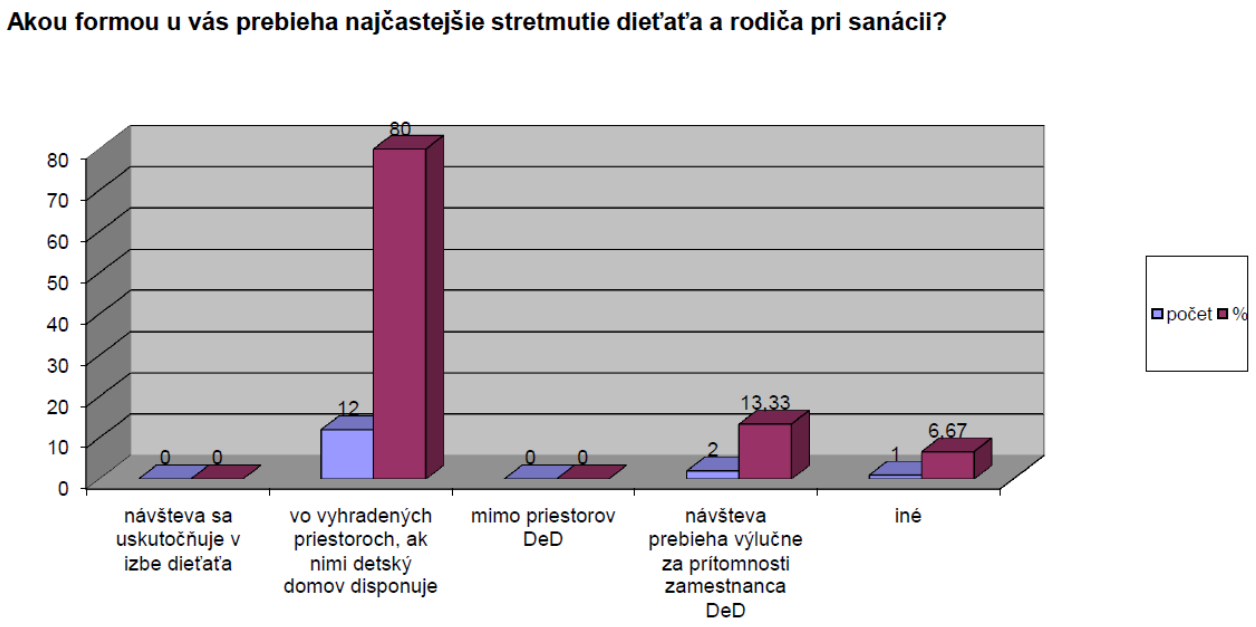
V otázke č. 29 sme zisťovali, či si myslia respondenti, že majú rodičia dostatočné rodičovské kompetencie. Sociálni pracovníci zo 7 detských domovov uviedli, že majú, zo 4 detských domovov uviedli, že nemajú a 3 detské domovy sa presne nevyjadrilo.

V otázke č. 30 sme žiadali respondentov, aby zhodnotili podľa čoho vedia, či je v danej rodine sanácia možná. Uviedli, že podľa intenzity návštev, záujmu rodičov, podľa vzťahu dieťaťa a rodičov. V otázke č. 31 sme zisťovali, či majú detské domovy vytvorený priestor na stretávanie sa dieťaťa s rodičmi.



Graf 12: Priestor na stretávanie sa rodičov s deťmi v DeD Zdroj: vlastné spracovanie

V otázke č. 32 sme zisťovali akou formou najčastejšie prebieha stretnutie dieťaťa a rodiča pri sanácii.



Graf 13: Stretnutia rodiča a dieťaťa v DeD pri sanácii Zdroj: vlastné spracovanie

V otázke č. 33 nás zaujímali aj iné možnosti ako návštevy v priestoroch detských domovov, respondenti uviedli, že prechádzky, alebo návštevy za prítomnosti psychológa DeD.

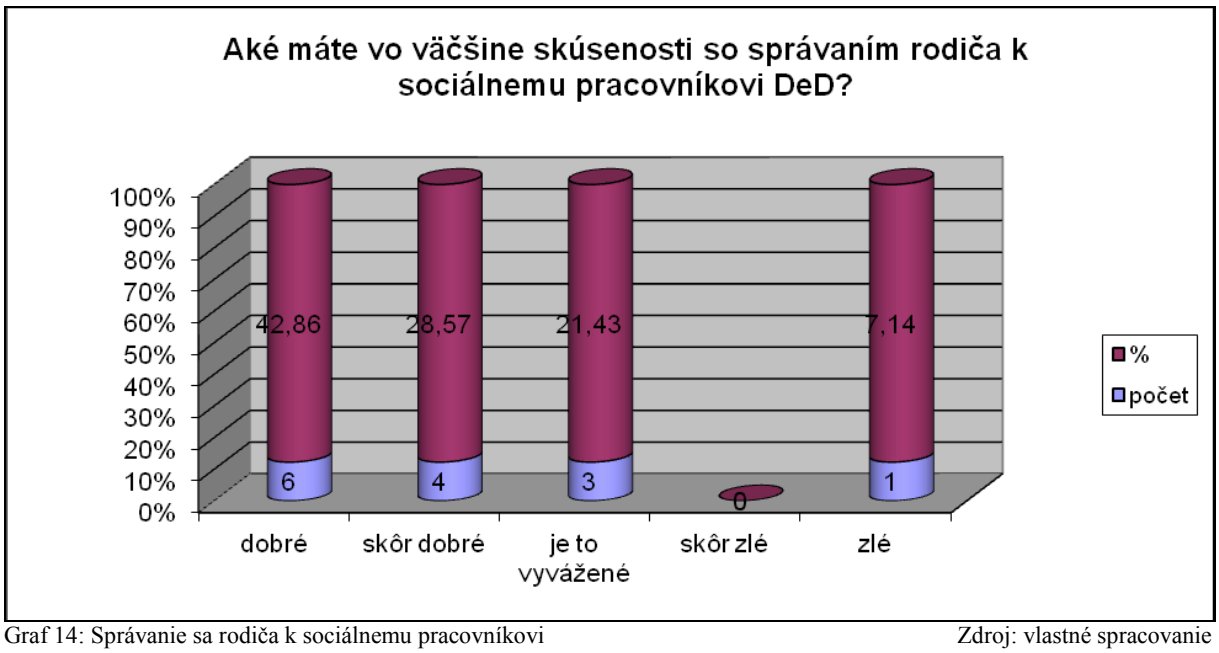
Otázkou č. 34 sme chceli zistiť ako si sociálni pracovníci predstavujú ideálnu sanáciu rodiny. Respondenti voľne odpovedali a zhodli sa na spolupráci všetkých zainteresovaných subjektov a rodiny a na skrátenom sanačnom období.

V otázke č. 35 sme zisťovali možné riziká, ktoré prináša sanácia. Za najčastejšie riziko respondenti uviedli opakované zlyhanie rodiny.

V otázke č. 37 nás zaujímalo, či si myslia respondenti, že je sociálny pracovník pri sanácii nejako ohrozený. 11 DeD uviedlo, že sú agresiou zo strany rodiča, ďalej to bolo ohrozenie zdravotné a fyzické. 3 DeD uviedli, že nepociťujú ohrozenie.

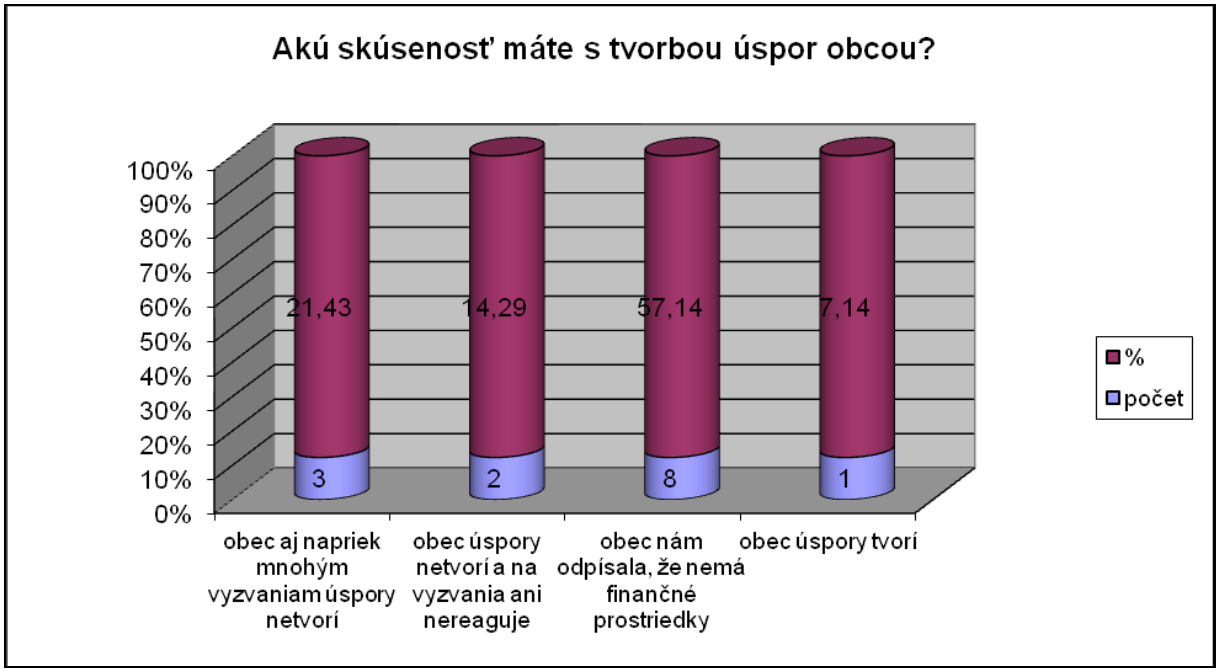
V otázke č. 38 nás zaujímala konkrétna skúsenosť s ohrozovaním života sociálneho pracovníka pri jeho práci. 9 DeD uviedlo, že nemalo pocit až ohrozenia života. 5 DeD uviedlo, že zažili vyhrážanie a agresiu zo strany rodičov.

V otázke č. 39 sme zisťovali skúsenosti sociálnych pracovníkov so správaním rodiča k sociálnemu pracovníkovi DeD. Skôr dobré označilo 42,86% respondentov, skôr zlé 28,57% respondentov, je to vyvážené uviedlo 21,43% respondentov a zlé 7,14% respondentov.



Graf 14: Správanie sa rodiča k sociálnemu pracovníkovi Zdroj: vlastné spracovanie

V otázke č. 40 sme respondentov požiadali, aby uviedli aké majú skúsenosti s tvorbou úspor obcou.

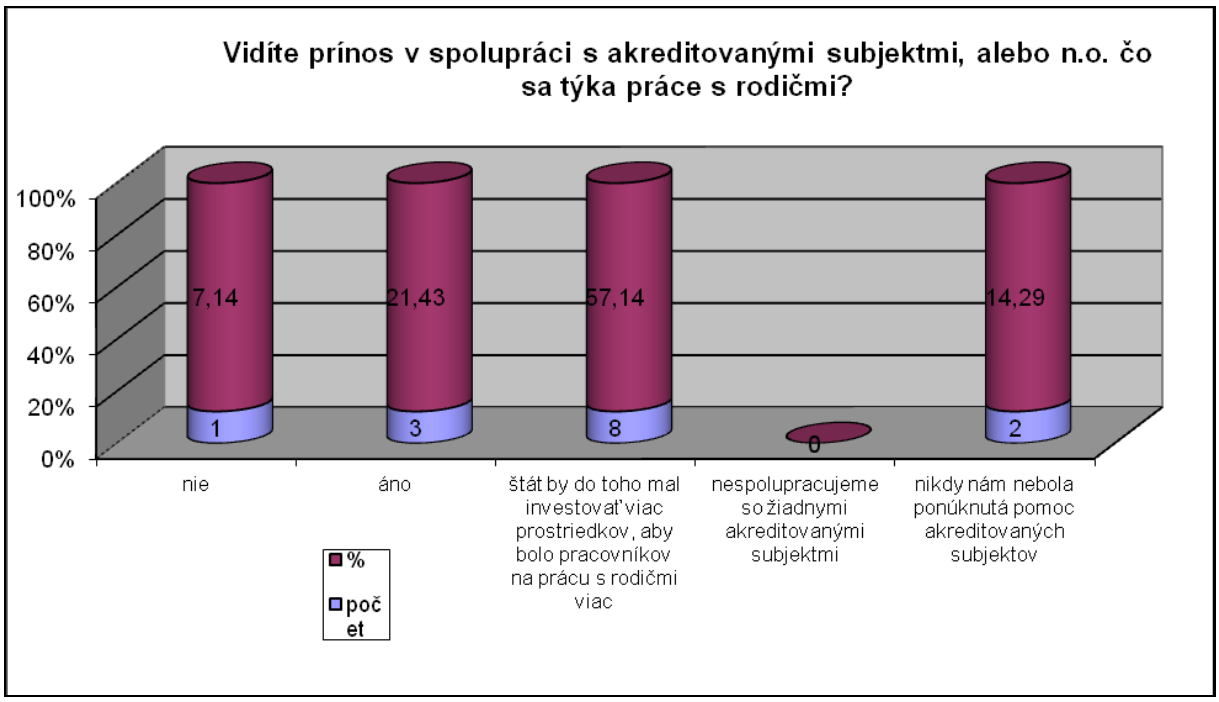


Graf 15: Tvorba úspor obcou Zdroj: vlastné spracovanie

V otázke č. 41 sme zisťovali koľkým deťom v DeD tvoria obce úspory a koľkým netvorí. Respondenti voľne dopĺňali prevažujú odpovede, že obce viac netvoria, ako tvoria úspory.

Otázkou č. 42 sme zisťovali skúsenosti spolupráce s ÚPSVaR. Dobré skúsenosti v rámci spolupráce s ÚPSVaR má až 11 DeD.

Otázkou č. 43 sme zisťovali skúsenosti spolupráce s obcami. Dobré skúsenosti uviedlo spolu 5 DeD, zlé skúsenosti uviedlo 7 DeD. V otázke č. 44 sme požiadali respondentov, aby uviedli, či vidia prínos v spolupráci s akreditovanými subjektmi alebo neziskovými organizáciami, čo sa týka práce s rodičmi.



Graf 16: Spolupráca s akreditovanými subjektmi a n.o. Zdroj: vlastné spracovanie

ZÁVER

Mnoho krát je potrebné znížiť sa na úroveň klienta, stať sa mu „rovnocenným“ partnerom, aby vedel, že nám môže veriť, že vie, že sa o nás môže oprieť, že mu z plných síl budeme ochotne a nezištne pomáhať a sprevádzať ho. V detskom domove je pre nás klientom dieťa, ale aj jeho rodina.

Ciele, ktoré sme si v našom výskume dali sa naplnili. Spoluprácu inštitúcii považujú detské domovy za významnú v procese sanácie. Riziká pri práci sociálnych pracovníkov je možné eliminovať za pomoci zamestnávateľov, ako aj zriaďovateľa.

Príchodom dieťaťa do zariadenia sme priblížili všetky kroky, ktoré musí sociálny pracovník vykonať spoločne s odbornými zamestnancami detského domova, ako aj úradníkmi úradov práce, sociálnych vecí a rodiny, aby zmiernili obavy, strach, neistotu dieťaťa pred a pri príchode do zariadenia, ako aj jednotlivé kroky, ktoré sociálny pracovník v prospech dieťaťa môže urobiť, ktorými sú sanácia alebo náhradná rodinná starostlivosť.

Práca v detskom domove nie je len prácou, ale aj poslaním, jej rozmer vychádza z ľudských hodnôt.

Zoznam použitej literatúry

Zákon č. 305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele.
Zákon č. 36/2005 Z.z. o rodine.

PRÁCA SOCIÁLNEHO KURÁTORA S DEŤMI S PORUCHAMI SPRÁVANIA V OKRESE ČADCA

ŠIMČISKOVÁ, B. – BEDNÁROVÁ, A.,
samostatné radkyne ÚPSVaR Čadca

ABSTRAKT

V posledných rokoch dochádza k nárastu problémov v oblasti mentálneho zdravia detí a mládeže tak na Slovensku ako aj v ostatných okolitých krajinách. Narastá počet detí, ktorých vývin sa odlišuje od normy a ktoré majú rôzne problémy v oblasti emocionálneho prežívania, v oblasti osobnostného vývinu i v oblasti správania.

Cieľom príspevku je priblížiť odbornej verejnosti problematiku vybraných výchovných problémov, príp. porúch správania u detí a mládeže v rodinách a náhradných rodinách, v súvislosti s príčinami ich vzniku. Zároveň článok poukazuje na dôležitosť postavenia sociálneho kurátora v riešení uvedenej problematiky, rozoberá činnosti a aktivity, týkajúce sa práce s deťmi s poruchami správania. V závere príspevku sa zaoberáme štatistickými údajmi, ktoré poukazujú na narastajúce počty detí s poruchami správania v okrese Čadca.

Kľúčové slová: náhradná rodinná starostlivosť, poruchy správania, rodina, výchovné opatrenia, ústavná starostlivosť

PRÍČINY PORÚCH SPRÁVANIA DETÍ A MLÁDEŽE

Podľa názoru sociológov je rodina najdôležitejšou spoločenskou inštitúciou. Stotožňujeme sa s tvrdením, že rodina je nielen miestom formovania charakteru človeka, ale aj miestom, kde si dieťa osvojuje hodnoty, ktoré sú prínosom pre jeho ďalší život. Je miestom, ktoré ovplyvňuje vývoj dieťaťa, kde sa učí, ktoré správanie je prijateľné a ktoré nevhodné práve prostredníctvom svojich rodičov.

Spočiatku ho korigujú rodičia, neskôr svoje správanie dieťa koriguje samo. Signálom dosiahnutia tohto štádia socializácie je schopnosť reagovať pocitom viny, keď dieťa urobí niečo, o čom vie, že je to zlé. Schopnosť dodržovať normy je spojená s rozvojom psychických kompetencií. Ak sú v rodine výrazné problémy, môžu mať vplyv na vznik poruchy správania. (Vágnerová, 2004).

„Pokiaľ skúsenosti ranného veku nepodporili zdravý emočný vývoj dieťaťa, či naopak jeho vývoj ohrozili (v prípade deprivácie, pohlavného zneužívania či týrania), má táto okolnosť veľmi významný vplyv na jeho ďalší vývoj, ktorý môže byť týmito zážitkami determinovaný, Dieťa si môže pomocou napodobňovania alebo identifikácie s rodičmi osvojiť poruchové správanie.“ (Pilař, 2004, s.319 In: Jedlička a kol., 2004).

V odbornej literatúre sa môžeme stretnúť s mnohými pojmami, ktoré takéto správanie popisujú, napr. výchovne problémové správanie, sociálna patológia, poruchy správania, delikvencia, predelikventné správanie, antisociálne správanie, rizikové správanie a pod. Ide o termíny široké, predstavujúce značne heterogénnu kategóriu rôznych typov správania. V rozličných vedných disciplínach sa používajú k popisu podobného správania, preto sa často prekrývajú.

„Pojem výchovne problémové správanie sa spája skôr s pedagogickými problémami, t.j. ťažkou vychovateľnosťou, ktorá sa prejavuje spoločensky negatívne hodnotenými spôsobmi správania a prežívania. K najčastejším formám patria: nesústredenosť, nepozornosť, klamstvá,

výhovorky, podvádzanie, neposednosť, nezodpovednosť, neplnenie sľubov a príkazov, fajčenie.“ (Gecková, 1998, In: Kariková, 2005, s. 320).

„Poruchy správania možno diferencovať podľa ich závažnosti, miery kontinuity alebo charakteru poruchového správania. Závažnosť a dlhodobé pretrvávanie problémov v oblasti správania a medziľudských vzťahov, resp. jeho citlivosť ku korektívnym výchovným zásadám možno chápať ako prognosticky negatívny znak. Tieto problémy môžu signalizovať zvýšenú pravdepodobnosť neskoršieho rozvoja osobnostnej poruchy, najčastejšie disociálneho typu.“ (Vágnerová, 2004, s.792).

Na vzniku sociálno-patologických javov a porúch detí v správaní sa podieľajú vonkajšie činitele (rodina, škola, partia, médiá) a vnútorné činitele (biologické faktory – dedičné, poruchy centrálneho nervového systému, dispozície k neurózam a psychózam, psychické poruchy rôznej etiológie, ktoré na základe vonkajších podnetov môžu vyvolať poruchy správania rôznej závažnosti, pričom je podstatná ich vzájomná interakcia). (Hroncová, 2004).

Presne určiť, čo spôsobuje poruchové správanie sa nedá. „Zhoda obvykle existuje v tom, že diskusia, či má väčší vplyv dedičnosť alebo výchova, nemá dodnes riešenie, pretože obidva tieto faktory úzko korelujú a nemožno ich od seba oddeliť.“ (Koťa, 2004, s.20 In: Jedlička a kol., 2004).

Deti s poruchami správania predstavujú pre štát vysoké finančné náklady, pretože poruchy správania následne ústia do vážnejších problémov v učení, do zvýšenej kriminality mladistvých a práve títo mladí ľudia častejšie absolvujú pobyty v liečebných, diagnostických a reedukačných zariadeniach. Poruchy správania majú dopad na výkon dieťaťa, na jeho učebné výsledky aj na sociálne vzťahy vo svojom okolí. Práve negatívny postoj ľudí z blízkeho okolia dieťaťa často vyústi do odsúdenia dieťaťa spoločnosťou.

V príspevku sa budeme zaoberať rodinne podmienenými poruchami správania, ktoré súvisia priamo s rodinným prostredím, v ktorom dieťa vyrastá. V tejto súvislosti uvedieme niekoľko najčastejších modelov takzvaných dysfunkčných rodín.

- Rodičia sami majú nedostatočne osvojené morálne normy a sú pre dieťa modelom, keď dávajú otvorene najavo svoje uspokojenie aj z drobných vydarených podvodov.
- Dieťa s poruchou správania ako „obetný baránok“ v rodine. Porucha správania u jedného z detí pomáha v udržaní rodinnej rovnováhy. Prostredníctvom nej je možné vysvetliť všetky problémy v rodine bez nutnosti riešiť chronické skryté konflikty.
- V poslednom období stúpa stále častejšie počet poruchového správania aj u takých detí a mladistvých, ktorí žijú v úplnej a zdanlivo funkčnej rodine. V týchto prípadoch môže ísť o takzvaný subdeprivačný syndróm. Tento vzniká ako dôsledok takej atmosféry v rodinnom prostredí, ktoré neposkytuje dieťaťu dôležité podnety pre jeho rozvoj, nedokáže mu dať emocionálnu istotu a nedokáže mu vymedziť potrebné hodnoty a normy správania, podľa ktorých by sa malo riadiť.
- Zvýšené riziko pre vznik poruchového správania predstavuje aj neúplná rodina, nakoľko rola osamelého rodiča je z hľadiska výchovy náročnejšia. V popredí je často aj nedostatok otcovskej autority a mužského vzoru správania.
- Zvláštnu kategóriu predstavujú aj rodiny, ktoré týrajú, zanedbávajú a zneužívajú deti. Práve takéto vzorce disociálneho správania vedú k ich napodobňovaniu a dôsledky sa prejavujú aj v poruchovom správaní u detí mladšieho veku a v období dospievania.
- Do tejto kategórie zaraďujeme aj výchovne podmienené poruchy správania, ktoré vznikajú ako dôsledok nevhodných alebo neprimeraných výchovných postupov v rodine. Najčastejšie ide o extrémne autoritatívnu a prísnu výchovu, ale tiež extrémne liberálnu výchovu. (Kariková 2005).

➢

Okrem psychologicky a rodinne podmienených porúch správania existujú i spoločensky podmienené poruchy, ktoré vznikajú najmä z dôvodu vplyvu závadových skupín na páchanie trestnej činnosti, ktorý je závažný, pretože väčšina trestných činov u mládeže má skupinový charakter. Vplyv závadových skupín je veľmi významný najmä pre deti pochádzajúce z dysfunkčného rodinného prostredia, kde je potreba kladného prijatia skupinou silnejšia než u detí s dobrým rodinným zázemím. Spáchanie trestnej činnosti je často vstupenkou pre prijatie do skupiny. (Hroncová, Kraus, 2006).

Príčiny páchania kriminality mládeže sú takmer nemenné a spočívajú v nesprávnom využívaní voľného času, v rodinnej výchove, v absencii kladných motivačných činiteľov, v koncentrácii mládeže ako i samotných podmienok k páchaniu trestnej činnosti.

Od počiatku 20. storočia sa do súvislosti s rizikovým správaním dospievajúcich dával socioekonomický status rodiny, pretože väčšina mladých delikventov pochádzala z najchudobnejších a najmenej vzdelaných rodín. V súčasnosti nárast kriminálnych činov mládeže z najlepšie situovaných vrstiev ukazuje, že vzťah socioekonomického statusu a problémov v správaní je výrazne slabší ako sa predpokladalo. Viac ako vzdelanie a ekonomické možnosti rodiny je dôležitá kvalita vzťahu medzi rodičmi a ich deťmi (Matoušek, 2003). V štúdii Hroncovej (2004) opisujú mladí delikventi svoje rodinné prostredie ako chladné, s minimom rodičovského záujmu, rodičov charakterizujú ako pasívnych, odmietavých, či nezainteresovaných. Podľa Maceka (2003) dieťa potrebuje vnímať záujem rodičov, no musí to byť záujem pozitívny. Záujem spojený s odmietaním chápe ako dirigovanie, špehovanie, či obmedzovanie. Vzťah k rizikovému správaniu má nepochybne i neprítomnosť rodičovskej postavy v rodine. Podľa Hroncovej (2004) v rodine mladistvých delikventov často chýba otec a deti tak nemajú druhý zdroj opory a druhú autoritu. Matka detí je viac zaťažovaná nárokmi na výchovu a často ju nezvláda efektívne. Zhoršenie kvality výchovy, ktorá môže súvisieť s väčšou depresivitou rodičov po rozvode, zvyšuje riziko zapojenia adolescentov do rizikového správania.

Tabuľka 1: Počet novovzniknutých prípadov detí riešených na úseku sociálnej kurately v okrese Čadca za obdobie rokov 2010-2013

Novovzniknuté prípady na úseku sociálnej kurately	Počet detí vo veku do 14 rokov	Počet detí vo veku od 14 do 18 rokov
rok 2010	15	157
rok 2011	22	112
rok 2012	25	130
rok 2013 (do 30.09.2013)	25	118

Zdroj: Štatistiky ÚPSVaR Čadca – interný materiál

V mnohých prípadoch, ktoré sú riešené na oddelení sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately sa stretávame s neplnením povinnej školskej dochádzky. Problém záškoláctva je jedným z najzávažnejších sociálnych problémov jednak z dôvodu vonkajších príčin záškoláctva (finančné problémy rodiny, sociálne problémy rodiny spojené s rozvodom), jednak z dôvodu, že jeho dôsledky zasahujú nielen do života samotného jednotlivca, záškoláka, ale pôsobia i na jeho okolie (napríklad rodičia).

Niektorí možno budú namietať, že nejde o veľmi závažný problém a je potrebné sa venovať oveľa závažnejším. Musíme si ale uvedomiť, že často ruka v ruke so záškoláctvom ide u detí a mládeže o výskyt ďalších porúch správania až sociálno-patologických javov. Pri probléme záškoláctva nejde vždy o samotné vymeškávanie školy, čím vznikajú u detí po ukončení školskej dochádzky problémy so zaradením do zamestnania, avšak často dochádza k ďalším sociálno-patologickým javom a poruchám správania, ako sú krádeže, závislosti a iné, ktoré sú závažnejšie

a majú podstatne väčšie následky ako záškoláctvo. Môžeme len predpokladať, čo vlastne deti robia počas neprítomnosti v škole. V lepšom prípade sa stretávajú na ulici, kde sa potulujú. V tom horšom prípade sa stretnú pri páchaní priestupkovej a trestnej činnosti alebo pri požívaní omamných a psychotropných látok. Jednou z možností ako predchádzať týmto problémom je, aby v rodinnom prostredí došlo k zmene postojov rodičov, ktorí by sa mali zaujímať o svoje deti, vedieť o nich, kde sú, ako prežívajú svoj voľný čas a uvedomiť si, že deti potrebujú pociťovať dôveru voči rodičom, mali by mať stanovené pevné, jasné a spravodlivé pravidlá, ktoré sú vymáhané, presadzované a rešpektované. Každý z nás by mal posilniť morálnu zodpovednosť nielen za seba a svoju rodinu, ale i za ďalšiu generáciu. V oblasti sociálnej práce by bolo vhodné posilniť kompetentných pracovníkov sociálnej kurately, za účelom vyhľadania klinických rodín, za účelom predchádzania vzniku sociálno-patologického správania u detí.

Ak rodina nemá zabezpečené základné fyziologické potreby, ak neposkytuje priestor pre tvorbu vrúcnych vzťahov spolupatričnosti a identity v takomto prípade je takáto rodina považovaná za rodinu dysfunkčnú a tu začína práca sociálneho pracovníka. (Mydlíková, 2010).

PRÁCA SOCIÁLNEHO KURÁTORA

Sociálny kurátor pre mládež je štátny úradník, ktorého úlohou je zaoberať sa deťmi a mladistvými z nefunkčných rodín, deťmi a mladistvými, ktorí vedú nemravný život, zanedbávajú školskú dochádzku, požívajú alkohol alebo iné návykové látky, tými, ktorí sa živia prostitúciou, ktorí utekajú z domova, i deťmi a mládežou, ktorí páchajú trestné činy, alebo bol na nich spáchaný trestný čin. (Matoušek, 2005).
Úloha spočíva predovšetkým v spolupôsobení s prirodzeným prostredím dieťaťa najmä rodinným a školským, pričom tie by mali byť schopné ovplyvniť budúce možné patologické správanie maloletého jedinca. Spolupráca sociálneho kurátora s rodinou detí, ktoré sú rizikové, nebýva jednoduchá. Veľa rodičov odmieta spoluprácu s odborníkmi a vyjadruje rozličnými spôsobmi nedôveru.

Matoušek, uvádza: „Skôr ako profesionál dôjde k názoru, čo je v rodine problém, mala by rodina sama dostať priestor na to, aby svoje problémy sformulovala. Riešenie problému definovaného rodinou by v situácii, kedy je to možné, malo prednosť pre riešením problému, ktorý v rodine vníma profesionál.“ (Matoušek, 2003, s. 193).

Okrem úloh v trestnom konaní, plnení povinností smerom k orgánom činným v trestnom konaní a súdu, poskytovaní súčinnosti orgánom činným v trestnom konaní a súčinnosti pri výkone probácie a mediácie poskytuje orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately i pomoc a ochranu mladistvému a plní úlohy v priestupkovom konaní, motivuje k liečbe drogových a iných závislostí, poskytuje pomoc dieťaťu po návrate zo zariadenia na liečbu alebo resocializáciu drogových a iných závislostí. (Andruchová, 2009).

Sociálna kuratela vykonáva predovšetkým pre maloletých a mladistvých, u ktorých sa prejavili poruchy v správaní, napr. opakovaným zanedbávaním povinnej školskej dochádzky alebo častými útekmi z domu. Klientmi sociálnej kurately sú mladí ľudia, ktorí z rôznych príčin šikanujú svojich kamarátov, sú členmi rôznych skupín, ktoré ich svojím negatívnym vplyvom ohrozujú, páchajú trestnú činnosť, požívajú alkoholické nápoje, sú závislí od hazardných hier, internetu, počítačových hier, drog a iných psychotropných látok alebo žijú skorým sexuálnym životom. Vo svojej práci sociálny kurátor spolupracuje predovšetkým s rodinou dieťaťa alebo mladistvého a so školou.

Prijatím Zákona číslo 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele sa s účinnosťou od 1. septembra 2005 upravuje sociálnoprávna ochrana detí a sociálna kuratela o zabezpečenie predchádzania vzniku krízových situácií v rodine, ochrany práv a právom

chránených záujmov detí, predchádzania prehlbovania alebo opakovania porúch psychického vývinu, fyzického vývinu a sociálneho vývinu detí a plnoletých fyzických osôb a na zamedzenie nárastu sociálno-patologických javov. Ide o opatrenia na predchádzanie vzniku krízových situácií v rodine, a to:

- organizovanie alebo sprostredkovanie účasti na programoch, tréningoch a aktivitách zameraných na podporu plnenia rodičovských práv a povinností, plnenia funkcií rodiny, na utváranie a upevňovanie vzťahov medzi manželmi, medzi rodičmi a deťmi, rozvoj schopností riešiť problémové situácie a adaptovať sa na nové situácie,
- organizovanie alebo sprostredkovanie účasti na programoch a aktivitách zameraných na predchádzanie sociálno-patologickým javom,
- sprostredkovanie kultúrnych, záujmových a iných aktivít zameraných na podporu vhodného využívania voľného času detí. (Oláh, Roháč, 2008).

Orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately pri pomoci dieťaťu s poruchami správania v závislosti od povahy a závažnosti poruchy správania dieťaťa a situácie, v ktorej sa dieťa nachádza:

- plní úlohy v trestnom konaní podľa Trestného zákona č. 300/2005 Z.z.,
- zisťuje a oznamuje orgánom činným v trestnom konaní a súdu dôležité skutočnosti o vývine mladistvého, životných udalostiach, ktoré ovplyvnili jeho správanie, o vzťahoch v rodine, v škole, o jeho rodinných pomeroch, o rodinnom prostredí a sociálnom prostredí,
- udržiava písomný kontakt a osobný kontakt s mladistvým počas výkonu trestu odňatia slobody, výkonu ochrannej výchovy a spolupôsobí pri jeho prevýchove a riešení jeho osobných problémov, rodinných problémov a sociálnych problémov,
- podieľa sa na príprave mladistvého na prepustenie z výkonu trestu odňatia slobody, z výkonu väzby a z výkonu ochrannej výchovy,
- pôsobí na rodinné prostredie mladistvého a pripravuje rodinu na návrat mladistvého do rodiny,
- pomáha mladistvému po prepustení z výkonu trestu odňatia slobody, z výkonu väzby a z výkonu ochrannej výchovy, najmä pri uľahčení návratu do rodiny, hľadaní možností pokračovať v ďalšej príprave na povolanie, pri hľadaní zamestnania, riešení osobných problémov a vzťahových problémov, poskytuje pomoc a ochranu mladistvému a plní úlohy v priestupkovom konaní,
- spolupracuje so zariadením, v ktorom dieťa vykonáva ústavnú starostlivosť, ochrannú výchovu alebo výchovné opatrenie podľa osobitného predpisu a udržiava osobný kontakt a písomný kontakt s dieťaťom umiestneným v tomto zariadení,
- motivuje k liečbe drogových závislostí a iných závislostí, udržiava kontakt s dieťaťom počas liečby a resocializácie a pomáha dieťaťu po návrate zo zariadenia na liečbu závislosti alebo z resocializačného strediska,
- vykonáva ďalšie opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately podľa zákona. (Zákon 305/2005 Z.z.).

Opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately na seba nadväzujú a vzájomne sa podmieňujú. Pri voľbe a uplatňovaní opatrení majú prednosť opatrenia na zabezpečenie výchovy a všestranného vývinu dieťaťa v jeho prirodzenom rodinnom prostredí alebo v náhradnom rodinnom prostredí. Významným právnym prostriedkom, ktorý pomáha riešiť nepriaznivú životnú situáciu detí rodičov, ktorí sa o deti nestarajú buď z objektívnych dôvodov alebo svoje rodičovské práva zneužívajú, je náhradná starostlivosť. V praxi sa najčastejšie využíva inštitút náhradnej osobnej starostlivosti, kedy sa o deti starajú najbližší príbuzní. V súčasnom období sa čoraz častejšie stáva klientom sociálneho pracovníka práve náhradná rodina, v ktorej sa vyskytujú výchovné problémy detí a mládeže. Predpokladom pre návrat dieťaťa do biologickej rodiny je sanácia rodinného prostredia. Minimálne rovnako dôležitá ako riešenie rodinných

problémov je prevencia vo forme systematickej podpory konkrétnych rodín ako aj rodiny ako inštitúcie.

V praxi sociálneho kurátora pre deti a mládež je nutné udržiavať a rozširovať spoluprácu, jedná sa najmä o tieto inštitúcie a orgány:

1. Psychologicko-pedagogické poradne vyšetrujú a hodnotia vlastnosti detí z hľadiska ich výchovných problémov pre účely rozhodnutí o ochrannej výchove, náhradnej rodinnej výchove, ústavnej starostlivosti.

2. Zariadenia poskytujúce psycho-technické vyšetrenia občanov spolupracujú pri voľbe vhodného povolania, prípadne pre vylúčenie tých povolaní, ktoré sú nevhodné.

3. Spolupráca so súdmi je najčastejšia pri starostlivosti o mládež. Vyplýva zo zákona o rodine a výkone sociálnoprávnej ochrany detí a mládež. Súdy pri svojom rozhodovaní vyžadujú posudky sociálnych pracovníkov alebo sa zaoberajú prípadmi na ich podnet. Sú stanovené podmienky, za akých je účasť sociálneho pracovníka na súde nevyhnutná, 4.Spolupráca s políciou je obojstranná a v niektorých prípadoch nevyhnutná. (starostlivosť po výkone trestu, pri odňatí dieťaťa rodičom proti ich vôli na základe rozhodnutia súdu). (Interný materiál Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny, 2009).

Ďalšou činnosťou kurátora je sledovať, ako tieto deti, využívajú voľný čas a s kým sa stretávajú. Má im vedieť ponúknuť kvalitné voľnočasové programy, spolupracovať so školami a ďalšími subjektmi, ktoré s deťmi pracujú. Zvláštnu pozornosť má venovať deťom, ktoré pochádzajú z rodín s nízkou sociálnou úrovňou.

Prvým krokom sociálneho kurátora s klientom je poskytnutie odborného sociálneho poradenstva a informácií o možnostiach ďalšej pomoci alebo sprostredkovanie pomoci. Každému klientovi a jeho rodine ponúka možnosť využiť odborné poradenstvo a intervenciu vo vybraných zariadeniach a inštitúciách. Poskytuje pomoc pri vybavovaní úradných záležitostí, zastupuje maloletých a mladistvých v priestupkovom a trestnom konaní, ponúka bezplatnú pomoc odborného psychológa, spolupracuje s Centrami výchovnej a psychologickej prevencie, s políciou, mestskými a obecnými úradmi, s akreditovanými subjektmi, s cirkevnými a náboženskými organizáciami. (Labáth et al. 2001). Na úrade práce, sociálnych vecí a rodiny sa realizujú v rámci sekundárnej a terciárnej prevencie výchovno-rekreačné tábory a iné aktivity v spolupráci s akreditovanými subjektmi. Cieľom je pozitívne ovplyvniť postoje a názory detí a dospievajúcej mládeže, a tým prispieť k zdravému sociálnemu fungovaniu dnešných mladých ľudí a k znižovaniu počtu detí s problémami. V prípade, ak zlyhajú všetky opatrenia zo strany úradu: pohovor, poradenstvo, spolupráca so školou a s rodinou, výchovné opatrenia nariadené ÚPSVaR (napomenutie, upozornenie, dohľad) príp. nariadené súdom a správanie dieťaťa sa neupravilo, z hľadiska jeho ďalšieho vývoja kurátor spravidla podá na príslušný súd návrh na nariadenie ústavnej starostlivosti, návrh na vydanie predbežného opatrenia. Cieľom v týchto prípadoch sa stáva odstránenie negatívneho správania, osvojenie si správnych návykov, príprava dieťaťa na svoje budúce povolanie. Na uvedenom cieli spolupracuje medzi sebou úrad, špeciálne výchovné zariadenia, rodina a obec za účelom pomôcť mladému človeku vyznať sa v sebe a odstrániť negatíva nielen v prospech jednotlivca ale v prospech celej spoločnosti.

Novela školského zákona pod číslom 245/2008 s platnosťou od 1.9.2008 rieši problematiku týchto zariadení. Špeciálnymi výchovnými zariadeniami podľa tohto zákona sú: diagnostické centrum, reedukačné centrum a liečebno-výchovné sanatórium. (Zákon 245/2008 Zbierky zákonov, § 120).

Diagnostické centrum poskytuje diagnostickú, psychologickú, psychoterapeutickú, výchovno-vzdelávaciu starostlivosť deťom na základe: žiadosti zákonného zástupcu dieťaťa, dohody so zariadením, v ktorom sa vykonáva rozhodnutie súdu, predbežného opatrenia súdu podľa osobitného predpisu a rozhodnutia súdu o uložení výchovného opatrenia.

Reedukačné centrum na základe výchovno-vzdelávacieho programu a individuálneho reedukačného programu poskytuje deťom do veku 18 rokov s možnosťou predĺženia o jeden rok výchovu a vzdelávanie vrátane prípravy na povolanie, s cieľom ich opätovného začlenenia do pôvodného sociálneho prostredia na žiadosť dieťaťa.

Liečebno-výchovné sanatórium poskytuje psychologickú, psychoterapeutickú starostlivosť a výchovu a vzdelávanie deťom s vývinovou poruchou učenia a deťom s poruchami aktivity a pozornosti, u ktorých ambulantná starostlivosť neviedla k náprave, na základe: žiadosti zákonného zástupcu dieťaťa, dohody so zariadením, v ktorom sa vykonáva rozhodnutie súdu, právoplatného rozhodnutia súdu o uložení výchovného opatrenia, právoplatného rozhodnutia súdu alebo príslušného orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately o uložení výchovného opatrenia, ak ide o denné zariadenie. Sanatórium poskytuje odborné služby a pomoc formou individuálnych alebo skupinových stretnutí aj zákonným zástupcom dieťaťa s cieľom aktívne ich zapojiť do liečebno-výchovného procesu.

Pomoc deťom s poruchami správania zo strany sociálneho kurátora a v podstate všetkých pracovníkov sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately tkvie predovšetkým vo využití všetkých dostupných prostriedkov a opatrení, ktoré majú zabrániť a predchádzať vyňatiu dieťaťa z biologickej rodiny do ústavnej starostlivosti.
Záverom chceme poukázať na prínosy a obmedzenia práce, s ktorými sa stretávajú pracovníci oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.

Tabuľka 2 Pozitíva a negatíva práce sociálneho kurátora

Práca sociálneho kurátora	
Pozitíva	**Negatíva**
Aktívna spolupráca rodičov	Nárast počtu prípadov
Efektívna spolupráca s inštitúciami	Administratívne zaťaženie
	Prepojenosť a spätná väzba
	Technické vybavenie s obmedzenou kapacitou
	Nezabezpečená pracovná obuv a odev
	Neskoré hlásenia výchovných problémov, porúch správania
	Nevhodné rodinné prostredie
	Absencia inštitútu na prácu s rodičmi
	Pretrvávajúce predsudky

Použitá literatúra

ANDRUCHOVÁ, J. 2009. *Manuál činností sociálnych pracovníkov k problematike sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.* Bratislava : SAP – Slovak Academic Press, 2009. 165 s. ISBN 978–80–89271–59–7.

HRONCOVÁ, J. a kol. 2004. *Sociálna patológia a jej prevencia.* Banská Bystrica : UMB, 2004. 191 s. ISBN 80-8055-926-0.

HRONCOVÁ, J. – KRAUS, B. 2006. *Sociálna patológia pre sociálnych pracovníkov a pedagógov.* Banská Bystrica : 2006, 251 s. ISBN 80-8083-223-4.

Interný materiál Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny, 2009.

KARIKOVÁ, S. 2005. *Základy patopsychológie detí a mládeže.* Žilina : IPV, 2005. 146 s. ISBN 80-8070-377-9.

LABÁTH, V. a kol. 2001. Riziková mládež. Možnosti potenciálnych zmien. Praha: Sociologické nakladatelství 2001, 157 s. ISBN 80-85850-66-4.
MACEK,P. 2003. *Adolescence.* Praha: Portál, 2003. 112 s. ISBN 80-7178-747-7.
MATOUŠEK, O. et al. 2003. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
MATOUŠEK, O. et al. 2005. Sociálni práce v praxi, specifiká rôznych cílových skupín a práce s nimi. Praha: Portál 2005. 325 s. ISBN 80-7367-002-X.
MYDLÍKOVÁ, E. 2010. Dysfunkčná rodina ako klient sociálneho pracovníka. In: Mosty k rodine. 2010, č. 1/2010, s. 16–18. ISSN 1338-2713.
OLÁH, M. – ROHÁČ, J. 2008. Sociálnoprávna ochrana detí a sociálna kuratela. Bratislava : VŠZa SP, 2008. 256 s. ISBN 978-80-89271-35-1.
VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
Zákon NR SR č. 36/2005 Z. z. o rodine v platnom znení.
Zákon NR SR č. č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon.
Zákon NR SR č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele
Zákon NR SR č. 245/2008 Z. z. (školský zákon)

e-mail: blanka.simciskova@gmail.com, bednrov.anna44@gmail.com

MOŽNOSTÍ PRÁCE PSYCHOLÓGA DETSKÉHO DOMOVA SO SKUPINOU MLADÝCH DOSPELÝCH

SENDERÁKOVÁ Anna

Detský domov Košická Nová Ves, Mliečna 20A, 040 14 Košice
e-mail: psycholog.dedknv@gmail.com

Abstrakt

Príspevok opisuje postup psychologičky detského domova pri organizovaní stretnutí so skupinou mladých dospelých. Ide o skupinu, ktorej cieľom je pripraviť dieťa na osamostatnenie sa spojené s odchodom z detského domova. Sumarizovaním zvolených postupov, referovaním o osobných skúsenostiach zo stretnutí, chceme poukázať na veľký priestor, v ktorom môže pôsobiť psychológ detského domova. Zároveň chceme upozorniť na potrebu ďalej pracovať na zefektívňovaní poskytovaných služieb.

Kľúčové slová: skupina mladých dospelých, skupinové aktivity,

Skupina mladých dospelých vznikla koncom roka 2008. Sú do nej zaraďované deti spravidla po dosiahnutí alebo tesne pred dosiahnutím plnoletosti. Vo svojej súčasnej podobe – bez vychovávateľov, koordinovaná sociálnou pracovníčkou - funguje od júla 2012. Počas tohto obdobia prešla procesom niekoľkých zásadných zmien a je veľmi pravdepodobné, že ďalšie zmeny ju čakajú v budúcnosti. Pravidlá, zmluvy s mladými dospelými, zásahy sociálneho pracovníka aj ďalších členov odborného tímu je potrebné neustále prehodnocovať tak, aby flexibilne reagovali na potreby mladých dospelých. Táto skupina poskytuje veľký priestor pre prácu psychológa detského domova. Z pohľadu sociálnej psychológie (in Výrost, 2008) sa skupina mladých dospelých dá považovať za malú sociálnu skupinu: jej členovia vnímajú seba ako súčasť skupiny, prebiehajú medzi nimi interakcie, ich vzťahy sú štruktúrované, majú spoločný cieľ, ktorý je vopred určený – spoločné prežitie. Skupina mladých dospelých vznikla vonkajším zásahom, je spravidla posledným štádiom pobytu dieťaťa v detskom domove, ktoré je nevyhnutne časovo ohraničené. Členovia skupiny prichádzajú a odchádzajú prevažne v závislosti od vonkajších faktorov (napríklad: práca, partnerské vzťahy), vďaka čomu je vývin skupiny málo predvídateľný. Spoločná identita „dieťaťa z detského domova“ výrazne ovplyvňuje všetky procesy v skupine. Príspevok zachytáva osobné skúsenosti psychologičky detského domova zo stretnutí so skupinou mladých dospelých. Opisuje proces, ktorým prešli stretnutia, kým nadobudli istú zaužívanú štruktúru a pravidelnosť. Ide o obdobie od januára 2012 do súčasnosti. Stretnutia sa konali dvakrát mesačne, okrem obdobia letných prázdnin, v spoločných priestoroch samostatnej skupiny. Išlo o štruktúrované sedenia - témy, aktivity aj organizácia sedení vyplývali prevažne z iniciatívy psychologičky.

Charakteristiky skupiny mladých dospelých

Pri opisovaní skupiny mladých dospelých (ďalej skupina MD) sa opierame o definície pojmu sociálna skupina. Zameriame sa najmä na tie charakteristiky, v ktorých je z nášho pohľadu táto skupina špecifická.

Zo sociologického hľadiska môžeme skupinu MD opísať ako malú, sekundárnu, formálnu skupinu, ktorá sa časom spravidla pretvára na neformálnu. Hoci sa vzťahy medzi jej členmi postupne prehlbujú, domnievame sa, že nedosiahnu kvalitu charakteristickú pre primárne skupiny. Väčšina jej členov sa aj v súčasnosti do istej miery identifikuje s pôvodnou skupinou, v ktorej vyrastali pred zaradením do skupiny MD. Prinášajú si z nej normy, zaužívané vzorce správania sa.

Skupinu MD vnímajú ako poslednú zastávku pred osamostatnením sa. Pred samotným odchodom sa potrebujú určitým spôsobom odpútať od väzieb na DeD. Práve toto rozpoloženie môže byť kontraproduktívne pri vytváraní bližších vzťahov v skupine MD.
Podľa Shawa (1976, in Výrost a Slaměník, 2008) členovia sociálnej skupiny vnímajú samých seba ako členov skupiny, majú spoločné ciele, skupina uspokojuje ich potreby – to ich motivuje k členstvu v nej, ich vzťahy sú štruktúrované, medzi členmi existuje istá závislosť a dochádza medzi nimi k interakciám.
Skupina MD vznikla vonkajším zásahom, je koordinovaná prostredníctvom sociálneho pracovníka. Pre niektorých MD ide o členstvo nedobrovoľné – najmä v úvodnom období. Aktuálni členovia skupiny sa v súčasnosti vyjadrujú o skupine pozitívne, napriek tomu u nich pretrváva vedomie, že boli na skupinu preradení, sami zmenu neiniciovali. Niektorí ani po dlhšom čase nie sú stotožnení so svojou príslušnosťou k skupine.
Ďalším sporným bodom je spoločný cieľ ako jedna z charakteristík skupiny. Cieľom skupiny MD z pohľadu DeD je pripraviť dieťa na osamostatnenie spojené s odchodom z DeD. Nazeranie samotných MD na ich zaradenie do skupiny MD je rôzne. Spája ich spoločná snaha zotrvať v skupine, kým sa sami nerozhodnú inak. Ich potreba prípravy na osamostatnenie je však odlišná. U niektorých zaznamenávame odpor voči témam o odchode z DeD a ich budúcom živote. Táto perspektíva ich desí, odmietajú sa konfrontovať s realitou. Iní sa k odchodu z DeD stavajú ako k méte, od ktorej ich delia napr. záverečné skúšky, cítia sa byť dostatočne pripravení. Takmer pre každého z nich predstavuje členstvo v skupine niečo iné, preto je pre nich ťažké stanoviť si jednotný cieľ.
Z hľadiska výberu členov je skupina MD pomerne homogénna v porovnaní s bežnou samostatnou skupinou DeD. Príprava na osamostatnenie, nutnosť prevziať zodpovednosť za seba (v podobe samostatného zabezpečovania stravy, hospodárenia s financiami a pod.), prijatie práv, povinností a pravidiel spolu s dôsledkami za ich nedodržiavanie, riziko vylúčenia zo skupiny resp. nepredĺženie dohody DeD s MD – to všetko skupinu spája a vyčleňuje spomedzi ostatných detí DeD. Interindividuálne rozdiely napr. v stupni dosiahnutého vzdelania sa javia nepodstatné. Výraznejším zdrojom heterogenity je bohatosť sociálnych kontaktov mimo DeD (rodinou, priatelia, rôzne spoločenstvá). Podľa vyjadrenia jedného člena skupiny sa rozdielne na skupinu MD pozerajú tí, čo po odchode z DeD nemajú kam ísť, ako tí, ktorým sa ponúka možnosť bývania a sociálnych kontaktov.
Skupina MD je uzavretou skupinou, ktorá sa musí v nepravidelných intervaloch vyrovnávať s odchodom starých a príchodom nových členov. Pozorujeme veľké rozdiely v procese prijímania nových členov z hľadiska ohrozenia kohézie skupiny. Skupina v jej terajšej fáze dokáže do istej miery efektívne prispieť k jeho adaptácii. Spravidla sa mu dostáva množstvo rád, podpory a pomoci v úvodnej fáze. Ak sa nový člen rozhodne pravidlá skupiny ignorovať, skupina sa od neho dištancuje. Okrem prijímania nových členov sa skupina v rámci svojej existencie musela viackrát vyrovnávať s príchodom dočasných členov. Išlo o zahraničných študentov v rámci výmenného pobytu alebo o kandidátov na trvalé umiestnenie do skupiny, ktorí mali príležitosť najskôr si tento spôsob života vyskúšať. V oboch prípadoch sme pozorovali pozitívne prijatie zo strany skupiny, čo považujeme za veľmi užitočnú skúsenosť pre ďalšiu prácu so skupinou.

Stretnutia MD s psychologičkou DeD

Úvodná fáza

Spusteniu pravidelných stretnutí so skupinou MD predchádzala diskusia. Ich zavedenie bolo odôvodnené potrebou sledovať adaptáciu nových členov skupiny, aby im mohla byť v prípade potreby poskytnutá pomoc. Členovia skupiny boli upozornení na bod v dohode o zotrvaní v detskom domove, v ktorom sa zaviazali zúčastňovať sa na aktivitách organizovaných detským domovom. Napriek tomu účasť na stretnutiach mala iba formu odporúčania, pričom absencia na stretnutí so sebou neniesla žiadne sankcie. MD bola poskytnutá možnosť vybrať si termín stretnutia a priebežne ho meniť podľa ich potreby. Frekvencia stretnutí (raz za dva týždne),

rovnako aj trvanie stretnutia (60 min) boli určené na základe kompromisu medzi predstavou psychologičky a ochotou MD.
Skupina spočiatku vnímala stretnutia s psychologičkou negatívne – ako niečo, čo „normálni" ľudia nepotrebujú. Po vysvetlení, v čom spočíva práca psychológa, a čo im môže ponúknuť, niektorí prejavili záujem o individuálne posúdenie svojich vlastností alebo intelektu.
Úvodné stretnutia boli náročné na aktivitu zo strany psychológa. Skupinu charakterizovala pasivita a odpor voči prijímaniu nových vecí, ktorý sa prejavoval vo forme ironizovania, ignorovania a negativizmu niektorých členov.

Ciele stretnutí

V prvom rade je potrebné povedať, že stretnutia so skupinou MD nemajú terapeutické ambície. Ich hlavným cieľom je podporiť fungovanie skupiny prostredníctvom rozvíjania sociálnych zručností, sprostredkovať sebapoznanie, a tak prispieť k vytváraniu sebaobrazu. Sekundárnym cieľom pri spúšťaní je udržať kontakt psychológa s členmi skupiny MD, a v prípade potreby im poskytnúť podporu, sprevádzanie alebo inú psychologickú intervenciu v závislosti od ich individuálnych potrieb.
Ambíciou do budúcnosti je vytvorenie podpornej skupiny, ktorá bude schopná poskytnúť jedincovi obohacujúce sociálne interakcie aj po jeho odchode z detského domova.

Štruktúra stretnutí

Stretnutia sa konajú spravidla dvakrát mesačne, trvajú cca 60 min. Pozostávajú z troch častí: úvodu, jadra venovaného téme stretnutia a záveru.
Stretnutie sa začína neformálnym rozhovorom o novinkách za uplynulé obdobie. V tejto fáze sa môže nastoliť aktuálny problém alebo téma, ktorej je potrebné sa venovať aj na úkor plánovaných aktivít. Nasleduje úvodná aktivizačná hra. Jadro stretnutia tvoria tematicky zamerané aktivity, po ktorých sú MD požiadaní, aby opísali svoje prežívanie alebo vyjadrili svoj názor k zvolenej téme. Zvyčajne je potrebné účastníkov individuálne povzbudzovať alebo vyzývať k sformulovaniu svojich dojmov. Účasť na aktivitách je dobrovoľná. Je tolerované, ak niekto nemá chuť zapojiť sa, prípadne sa mu aktivita nepáči. Osoba, ktorá sa nezapája, spravidla zostáva v miestnosti s ostatnými, pribežne je povzbudzovaná k aktivite. Často počas stretnutia dôjde k preladeniu a zapojeniu sa všetkých členov. V rámci záverečnej časti stretnutia sú MD vyzvaní, aby sa navzájom ocenili, prípadne si navzájom popriali to, čo je podľa nich pre druhých dôležité. Vyžaduje sa, aby išlo o konkrétne výroky opierajúce sa o fakty (napr. obdivujem, ako vieš variť, chcela by som vedieť urobiť takú dobrú ryžu). Vyhýbame sa vágnym, všeobecným alebo neosobným vyjadreniam. Tieto aktivity slúžia ako nácvik prosociálneho správania. Napriek tomu, že spočiatku boli prijímané s istou dávkou irónie, v súčasnosti je väčšina členov skupiny schopná poskytnúť ostatným pozitívnu spätnú väzbu bez ohľadu na ich aktuálne nezhody alebo existujúcu antipatiu. Stretnutie uzatvára psychológ zhrnutím témy, ocenením aktívnej účasti. MD sú vyzvaní, aby si zvolili tému ďalšieho sedenia, túto možnosť však využívajú len sporadicky.
Psychológ si vedie záznamy o účasti na stretnutiach spolu so závermi o reakciách jednotlivých účastníkov na jednotlivé aktivity.

Pravidlá skupiny

Skupina nemá vytvorené normy správania, ktoré by boli spísané a prezentované ako pravidlá skupiny. Tie pravidlá, ktoré môžeme v súčasnosti pozorovať, vyplynuli z interakcií účastníkov s psychológom alebo účastníkov medzi sebou. Keďže sú implicitné, vhodnejším pomenovaním pre ne by bolo: zaužívané spôsoby správania sa počas stretnutí. Rovnako tak nežiaduce prejavy narúšajúce dianie v skupine, nie sú sankcionované. Účastník je v prípade potreby upozornený, že jeho správanie nie je vhodné, pozornosť sa následne uberá iným smerom. U niektorých členov skupiny pozorujeme snahu vyjadrovať svoj názor na nevhodné správanie iných. Takéto momenty

zvyčajne vedú v k ostrejším konfrontáciám, ale vyskytli sa tiež situácie, pri ktorých došlo ku čiastočnej korekcii nevhodného správania, resp. k utlmeniu nežiaducich prejavov (napr. napomenutie druhého, aby nebol taký hlučný). Takejto iniciatívy sa zvyčajne ujme jednotlivec, a hoci sa zdá, že zvyšok skupiny s ním implicitne súhlasí, otvorene ho nepodporia, majú skôr tendenciu ironizovať jeho snahu nastoliť poriadok. Predpokladáme, že to súvisí s celkovým postojom detí z detských domovov k autoritám, voči ktorým sú zvyčajne apriórne v opozícii. Potvrdzuje sa to aj na bežných samostatných skupinách, keď má byť niektoré dieťa po porušení napr. interného poriadku sankcionované. Ostatní mu prejavujú silnú lojalitu a podporu, hoci sami by sa takého správania nedopustili, a za iných okolností ho vo svojich vyjadreniach priamo odsudzujú.

Rola psychológa v skupine MD

V rámci stretnutí so skupinou MD je psychológ v role trénera: poskytuje informácie, vyberá metódy, riadi dialógy a diskusie, je iniciatívny pri organizovaní stretnutí, poskytuje spätnú väzbu skupine aj jednotlivcom, podporuje motiváciu členov. Stotožňujeme sa s prístupom Cohnovej (1975, podľa: Belz a Siegrist, 2001), podľa ktorého zodpovednosťou vedúceho skupiny je nevystupovať zo svojej funkcie. Vystupuje ako autorita, nie je účastníkom aktivít. Takéto jasné vymedzenie role vedúceho skupiny považujeme za vhodnú ochranu pred stratou profesionálneho náhľadu, ktorá môže ohrozovať najmä odborníka s krátkou praxou v prostredí, ktoré nabáda k vytváraniu neformálnych kontaktov, kvôli častosti stretávania, domácemu prostrediu účastníkov. Skupinu MD charakterizujú vysoké nároky na iniciatívu zo strany psychológa. Miera aktivity a ochoty k spolupráci kolíše. Skupina pristupuje k aktivitám prevažne pasívne, je potrebné členov individuálne povzbudzovať, oceňovať, prejaviť im individuálne záujem a výlučnú pozornosť.

Náplň stretnutí

Cieľom úvodných aktivít bolo v prvom rade zaujať pozornosť skupiny, ukázať im, že takáto forma stretnutí môže byť pre nich obohacujúca aj zábavná. V súlade s predpokladanými fázami vývoja skupiny, sa v priebehu prvých stretnutí obracajú členovia skupiny najmä na vedúcu osobu skupinu (Belz a Siegrist, 2001). V skupine MD sme zaznamenali potrebu poznať názor psychologičky na ich vlastné správanie, dožadovali sa interpretácií a zdôvodnení. Prvotné aktivity boli preto zamerané prevažne na rozvoj sebapoznania. Obľúbenou formou boli krátke dotazníky týkajúce sa typológie temperamentov, miery asertivity, skupinových rol a pod. V tejto fáze sme narážali na deficity v oblasti komunikačných zručností. Bolo potrebné systematicky rozširovať adekvátnu slovnú zásobu pre popisovanie prežívania, vyjadrovanie názorov a ich nenásilné presadzovanie. Ako efektívny spôsob sa ukázali rôzne slovné hry bežne využívané v detských kolektívoch, pantomíma, aktivity inšpirované arteterapiou.
Do štruktúry sedení bol následne pridaný pravidelný nácvik pozitívnych vyjadrení o sebe aj o druhých. Zámerne sme sa v tejto fáze vyhýbali aktivitám podnecujúcim súťaživosť, vyjadrovaniu kritických názorov, konfrontáciám odlišných názorov, sebaodhaľovaniu. Postupovali sme tak kvôli obave, aby sme nevzbudili v účastníkoch pocit ohrozenia, ktorý by ich mohol odradiť od účasti na stretnutiach.
V ďalšom období boli postupne zaradzované aktivity zamerané na tímovú spoluprácu, rozvoj komunikačných zručností, nácvik zvládania konfliktov. Čerpali sme z podkladov pre sociálno-psychologický výcvik, tiež z postupov relaxačno-imaginatívnej terapie. Osvedčilo sa nám využívanie rolových hier. Hoci sa do nich zvyčajne nezapojili všetci členovia skupiny, poskytli bohatý materiál pre následnú diskusiu. Miera osobného prínosu členov skupiny prostredníctvom vyjadrovaním svojho prežívania, názorov a nápadov postupne rástla. V tomto smere sú medzi jednotlivými členmi skupiny veľké rozdiely, posun v pozitívnom smere však pozorujeme u všetkých.
Aktivita členov skupiny je v závere sedenia ocenená, pochvala je formulovaná konkrétne a adresne.

Posledných šesť mesiacov sa opierame pri tvorbe stretnutí o Belza a Siegrista (2001), ktorí vypracovali ucelený program pre prácu so skupinou. Aktivity sú následne upravované pre naše potreby, keďže autori sa orientovali na pracovné tímy.
V súčasnosti sa skupina dokáže dobre vyrovnať aj s aktivitami podporujúcimi súťaženie. Rovnako je možné pracovať s konštruktívnou kritikou s ohľadom na interindividuálne rozdiely. V období posledných dvoch mesiacov absolvovala skupina aj dve neštruktúrované stretnutia, v ktorých bola psychologičkou stanovená iba téma. Ukázalo sa, že skupina dokáže naplniť celý čas stretnutia diskusiou. Úlohu psychológa vidíme v usmerňovaní jej priebehu, povzbudzovaní k vyjadrovaniu vlastného názoru, v kladení doplňujúcich otázok. Domnievame sa, že stanovená téma poskytuje istý pocit bezpečia, keďže navodzuje atmosféru, že nie je potrebné hovoriť o sebe. Pozorujeme, že do všeobecných diskusií sa zapájajú aj členovia, ktorí sa od aktivít vyžadujúcich osobný prínos prevažne dištancujú alebo otvorene odmietajú svoju príslušnosť k skupine.

Priestor pre rozširovanie pôsobenia psychológa na skupine MD

Za kľúčové pri skvalitňovaní služieb psychológa, považujeme jeho vzdelávanie. Pre potreby práce so skupinou MD ide napr. o vzdelávanie v oblasti skupinovej dynamiky, rozvoja kľúčových kompetencií, zážitkového učenia. Veľkým prínosom by bolo obohatiť stretnutia o terapeutické intervencie napr. pod vedením skúsenejšieho kolegu.
MD sú často dlhodobo pripravovaní na osamostatnenie sa, ale samotnému odchodu sa nevenuje dostatočná pozornosť. Ide najmä o prípady náhlych rozhodnutí. Považujeme za potrebné skúmať príčiny takýchto impulzívnych rozhodnutí. MD často opúšťajú detský domov po vlastnom priestupku, ktorý by neviedol k vylúčeniu. Odchod sami iniciujú, aby sa napr. vyhli konfrontácii s autoritami. Nezriedka odchádzajú pod vplyvom partnera. Vo väčšine prípadov ide o rozhodnutie bez procesu zvažovania a diskusie o alternatívach. Považujeme za neprirodzené, ak dieťa strávi v DeD niekoľko rokov - často väčšiu časť svojho života - a odchádza odtiaľ náhle, v zlom psychickom rozpoložení. V tejto oblasti vidíme priestor pre skvalitnenie práce celého odborného tímu DeD z dlhodobého hľadiska, keďže ide o komplexný proces zmien od formálnych úprav niektorých interných pravidiel až po úpravu nazerania všetkých zúčastnených, tak aby boli schopní empaticky sprevádzať MD procesom osamostatňovania.
Odchod z DeD je zvyčajne ostrým prerušením kontinuity života mladého človeka. DeD nie je miestom, kam sa dá vracať a stretávať s blízkymi osobami. Myslíme si, že práve skupina MD by mohla poskytovať priestor pre stretnutia jej súčasných a bývalých členov. Štruktúra stretnutí by mohla byť zachovaná, konali by sa však v dlhších časových intervaloch. Ciele sedení by sa tým rozšírili o vytváranie reálneho obrazu o živote po odchode z DeD. Bývalým členom skupiny by bola zároveň ponúknutá možnosť získať podporu a prípadné poradenstvo zo strany odborného tímu DeD.

Práca so skupinou MD je oblasťou, v ktorá sa v súčasnosti prudko rozvíja, prechádza rôznymi úpravami. Len ťažko – ak vôbec – sa dá hovoriť o osvedčených postupoch a ich efekte v dlhšom časovom horizonte. Sme si vedomí, že spúšťanie nových aktivít metódou pokus – omyl prináša so sebou aj pomerne vysoké riziko zlyhania, preto sme otvorení novým podnetom, pripomienkam, návrhom aj kritike najmä zo strany odborníkov, ktorí pracujú v podobných podmienkach.

Použitá literatúra

BELZ, H., SIEGRIST, M. 2001. Klíčové kompetence. Praha: Portál. 375 s. ISBN 8071784796

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. 2008. Sociální psychologie. Praha: Grada. 404 s. ISBN 788024714288

PREVENTÍVNE AKCIE A PROGRAMY, CESTA K ZMIERNENIU PROBLÉMOVÉHO SPRÁVANIA

RIEČICOVÁ Eva
Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny
Vedúca oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately
eva.riecicova@upsvr.gov.sk, evariecicova@gmail.com

Už v 20. storočí, ale najmä v 21. storočí sa témy hodnôt, zmyslu a cieľa v živote každého jedinca stali čoraz naliehavejšími. Na jednej strane má človek veľa vymožeností, ktoré naši predkovia nepoznali a napriek tomu je so svojim životom často nespokojný, nestíha mnoho základných a bežných vecí a ako píše Frankl (1997) cíti sa osamotený, pretože nepozná zvieracie inštinkty, ktoré by mu hovorili, čo musí a zároveň sa zriekol tradícii, ktoré vymedzovali, čo je jeho povinnosťou.

V dnešnom svete sa deti môžu stretávať s rôznymi vymoženosťami, ktoré so sebou prinášajú nielen pozitíva, spojené s množstvom a rýchlosťou technických noviniek, rozmachom masmediálnej komunikácie, cez mobily, či internet. Ale aj negatíva spočívajúce v nedostatočnej osobnej komunikácii a obmedzených sociálnych zručnostiach, či preberaní vzorov. Mnohé dnešné deti vlastne ani vzory nemajú, a ak predsa, tak skôr tie negatívne. V médiách, a najmä deti lákajúcich počítačových hrách, je propagované násilie, ktoré sa na nich valí priam z každej strany. Tieto veci ich buď priamo alebo skryto ovplyvňujú a ich dôsledky si často ani neuvedomujeme. Vzniká obrovský labyrint možností, útočia na detskú vyvíjajúcu sa psychiku vo forme pokušení a nástrah. Medzi mladými ľuďmi prevláda názor, že život si treba „užívať“ a vyskúšať je potrebné všetko. Pri našej práci sa stretávame s tým, že deti to, že sú na svete považujú za samozrejmosť a domnievajú sa, že je naplnený len právami a nie povinnosťami. Slobodu si nepredstavujú ako zodpovednosť za svoje činy a rozhodnutia, ale v ich ponímaní je to skôr anarchia podľa zmyslu robiť si čo chcem a ako chcem, ničím neviazaný a neobmedzovaný. Sloboda pre nich znamená „všetko je dovolené alebo môžem si robiť čo chcem“. S takýmito alebo podobnými vyjadreniami sa sociálny pracovníci vykonávajúci sociálnu kuratelu pre maloletých stretávajú v dotazníku detí, ktorý sme na Úrade práce, sociálnych vecí a rodiny Topoľčany (ďalej ÚPSVaR) vytvorili pre ľahšie nadviazanie kontaktu s deťmi, ktoré skončili v evidencii orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (ďalej SPODaSK). Tieto deti sa snažia pracovníci priviesť k tomu, aby pochopili, že sloboda nie sú nesvedomité činy bez ohľadu na dôsledky, ale je to práve miera zodpovednosti dokázať znášať následky za akékoľvek svoje rozhodnutie. Stačí sa pozrieť len do nedávnej minulosti, keď sme deťom vštepovali zásadu, že slobodu majú vtedy, ak sa dokážu vzoprieť autorite, keď zabudnú na pravidlá, porušujú predpisy, zákony a nariadenia a prekročia všetky dané a všeobecne uznávané hranice. Lenže ako ďalej hovorí Frankl (1997) sloboda je, keď jedinec chce robiť to, či treba, a nie robiť to, čo sa mu chce. A práve tieto deti, ktorým sa toto vštepovalo teraz vychovávajú svoje deti.

Dramatický zvrat v správaní detí nastal po roku 1989, od kedy sa neúnosne takmer každoročne zvyšuje počet detí, ktoré sa dostali do rozporu so sociálnymi normami, často aj so zákonom - páchaním priestupkov, či trestných činov. Alarmujúce je, že postupne sa zvyšuje nielen kriminalita dospelých, ale zvýšil sa aj počet detí, ktoré sa do evidencie sociálneho kurátora pre maloletých dostávajú v čoraz nižšom veku. Aj Bíliková (2003) poukazuje na nárast problémového správania, ktorý pozorujeme priamo v praxi a stotožňujeme sa našimi zisteniami s jej názorom, že to možno pripísať charakteristikám tejto doby, v ktorej sú nadmieru uprednostňované materiálne hodnoty, agresivite, ktorá sa vo veľkej miere objavuje a prezentuje v médiách, zhoršujúcej sa sociálnej situácii v niektorých rodinách a zaneprázdnenosti mnohých rodičov. Rodina stráca súdržnosť, stagnuje komunikácia medzi jednotlivými členmi a vytvára sa priepasť vo vzťahoch rodiny, kde jej členovia o sebe často nevedia najzákladnejšie veci napr. rodičia to, čo ich dieťa trápi, akých má kamarátov, čo má rado. Dokonca nie je nezvyčajné, ak rodina komunikuje len

prostredníctvom internetu, či mobilných telefónov, ale v súkromní domova si na komunikáciu nenájdu čas. Deti nutne potrebujú niekoho, kto by ich pochopil a podporil. Komercionalizácia života neprospieva pozitívnym hodnotám a minimalizuje tradičné hodnoty rodiny. Odborná terminológia za problémové dieťa označuje dieťa vtedy, keď ide o problémy, ktoré sa neodstránia spontánne, ani bežnou, i keď koncentrovanou starostlivosť inak povedané výchovou.

ÚPSVaR Topoľčany za rok 2012 evidoval 120 detí s poruchami správania alebo problémovým správaním. Vo veku do 14 rokov bolo v evidencii orgánu SPODaSK 57 detí. Zvyšujúci sa je aj počet dievčat, ktorých bolo v oboch vekových kategóriách do 14 rokov a nad 14 rokov po dvadsať. Tieto prevažne páchajú priestupky formou drobných krádeží, či majú problémyv občianskom spolunažívaní v 17tich prípadoch, prípadne si neplnia povinnú školskú dochádzku v 21 prípadoch. Stúpajúcu tendenciu u detí majú narušené vzťahy, agresivita, uvoľnené sexuálne správanie a priam vyhľadávanie možností veľmi skoro získavať sexuálne skúsenosti so zvyšujúcim sa počtom partnerov. Pomoc v priestupkovom konaní potrebovalo 34 detí, povinnú školskú dochádzku zanedbávalo 37 detí. U 13 detí sme zaznamenali narušené vzťahy a u 2 detí sa preukázalo experimentovanie, či závislosť na drogách. Ich pokusy, či pravidelné užívanie ukončil pobyt v resocializačnom zariadení. Práve pri poslednom menovanom sme za roky 2012 a 2013 zaznamenali enormný nárast. Kým v predchádzajúcom období sme umiestnili do tohto typu zariadenia 1 maximálne 2 deti ročne, v súčasnosti sa ich tam na uložené výchovné opatrenie, či na základe uznesenia súdu o nariadení predbežného opatrenia nachádza šesť.

Príčiny vedúce k poruchám správania môžu byť rôzne, pričom vo všeobecnosti ich Bradová (2010 a Majzlanová In Končeková, 2005) členia na:

A) Vnútorné príčiny vzťahujúce sa k osobnostným charakteristikám jednotlivca, ktoré sú ovplyvnené labilitou nervovej sústavy, psychosociálnou nezrelosťou, zníženou adaptabilitou, emočnou labilitou, poruchami správania, zvýšenou agresivitou ... Tieto okolnosti môžu spôsobovať, že žiak hľadá náhradné riešenie a jedným z častých únikových ciest je ako píše Bradová (2010) záškoláctvo.

B) Vonkajšie príčiny sú ovplyvnené rodinným prostredím, školským prostredím, rovesníkmi. Sú determinované spoločenskými a rodinnými podmienkami, v ktorých dieťa vyrastá, pretože nie je dôležité len to, čo deti počujú o morálnych pravidlách a hodnotách, ale najdôležitejšie je aký vzor a obraz dostávajú k ich následnému správaniu. Dospelí si často ani neuvedomujú, že dieťa nemôže veriť ich slovám, keď ich skutky sú iné. Bradová (2010) medzi vonkajšie príčiny radí rodinu, kde čoraz častejšie absentuje jeden z rodičov, sú medzi rodičmi konflikty, vyskytuje sa narušené správanie rodičov, nevyvážené súrodenecké väzby, extrémne voľná alebo naopak prísna výchova, ktorá môže taktiež viesť k poruchám správania a ak primárna rodina nesaturuje potreby dieťaťa, to sa môže odraziť na absencii v škole, ktorá je ďalšou príčinou. „Sem môžeme zaradiť nedostatky v pedagogickom pôsobení učiteľa – nedostatok motivácie, nespravodlivé hodnotenie, nerešpektovanie individuálnych osobitostí žiakov, neschopnosť nadchnúť žiakov pre prácu, nezáujem žiaka o daný vyučovací predmet, narušený vzťah medzi učiteľom a žiakom, ale aj narušené vzťahy medzi žiakmi navzájom.“ (Bradová, 2010, s. 45) Ďalšie faktory zvyšujúce pravdepodobnosť vzniku porúch správania uvádzajú Sovák (1980), Vágnerová (2005), Fischer a Škoda (2008) a radia sem biologické faktory ako pohlavie, pretože jedinci mužského pohlavia majú väčšiu tendenciu k agresívnemu správaniu, pričom v evidencii orgánu SPODaSK ÚPSVaR Topoľčany sa skutočne nachádza väčší počet chlapcov, avšak z roku na rok narastá počet dievčat. Medzi ďalšie biologické faktory radia vek a podľa Fischera – Škodu (2008) vo väčšej miere sa poruchové správanie objavuje v období pubescencie a adolescencie. Tento faktor však v posledných 3 rokoch prestáva byť dostatočne presvedčivým, ako sme už uviedli, klesá vek detí, ktoré sa ocitajú v starostlivosti orgánu SPODaSK a potrebujú pomoc. Z celkového počtu detí podľa veku bolo 57 detí v evidencii ÚPSVaR Topoľčany za rok 2012 vo veku do 14 rokov a 63 detí bolo vo veku od 14 rokov do 18 rokov. Temperamentové zložky a úroveň mentálnych schopností radia spomínaní autori k biologickým faktorom medzi vrodené dispozície. Znížená úzkosť, zvýšená impulzivita a rezistencia voči výchovným opatreniam sa ukazujú ako najviac riziková kombinácia (Čírtková, 2004, In: Vágnerová, 2005). K ďalším faktorom okrem

biologických radia psychické a význam motivácie a s ňou súvisiace potreby, pretože nežiaduce správanie sa môže stať predmetom sebarealizácie napr. v partii, kedy jedinci chcú niekam patriť a hľadajú svojim činom ocenenie. Rodinu radia spomínaní autori k najdôležitejším sociálnym faktorom.

Domnievame sa, že nedostatočnou komunikáciou v rodine, nedostatočnými sociálnymi zručnosťami mnohých rodičov, ale mnohokrát aj sústredením školy skôr na vzdelávací proces, pričom menší akcent je kladený na proces výchovný, mohla vzniknúť situácia, ktorá má za následok nárast detí s problémovým správaním. Z tohto dôvodu sa ÚPSVaR Topoľčany ako orgán SPODaSK rozhodol zamerať svoju funkciu nielen na vnímanie role ako reštriktívneho orgánu, ale snaží sa vyplniť dieru v nedostatočnej primárnej prevencii sociálno-patologických javov u detí a mládeže. Spoločnosť prešla viacerými transformačnými zmenami, ktoré nám ukazujú svoje negatívne dôsledky. Životné priority sa sústredia na konzum, v iných prípadoch poklesla životná úroveň, v spoločnosti sú veľké majetkové priepasti medzi ľuďmi. Deti často tvoria priateľstvá a vytvárajú si sociálne väzby na základe povrchných znakov napr. v podobe značkového oblečenia, sociálneho alebo skôr materiálneho statusu rodičov, či vlastníctva technických noviniek. U detí sa stretávame s rôznymi prejavmi porúch správania alebo problémového správania, pričom k najčastejším a najvypuklejším radíme neplnenie povinnej školskej dochádzky, ale aj zanechanie školy po splnení si povinnej školskej dochádzky, rôzna delikvencia - konflikt so zákonom – krádeže menšieho, či väčšieho rozsahu, násilnosť, sexuálne delikty, tuláctvo, príživníctvo, ničenie majetku a vandalizmus, priestupky voči občianskemu spolunažívaniu, agresivita voči ľuďom i zvieratám, šikanovanie a zastrašovanie, požívanie alkoholických nápojov, požívanie omamných a psychotropných látok, úteky, narušené vzťahy s autoritami, podvádzanie a klamstvo, vzdorovitosť, nerešpektovanie a porušovanie pravidiel, problémy s disciplínou, hyperaktivita. V správach zo školského prostredia sa vyskytujú informácie o tom, že dieťa s ťažkosťami plní príkazy učiteľa, je nepozorné a ťažko sa sústredí, nedokáže sa dlho sústrediť na jednu činnosť, neobsedí dlho v lavici, mýli sa, nevie sa zorientovať, je roztržité, má záujem iba o témy jemu blízke, stráca veci a zabúda pomôcky do školy, upútava na seba neprimerane pozornosť, vzdoruje z rôznych dôvodov.

Z každej strany počúvame o prevencii, hoci pre mnohých je to len slovo v spojení najmä so zdravím ľudí, kriminalitou alebo pri výchove a starostlivosti o deti a k rečiam o nej sme mnohí imúnny a nič pre ňu nerobíme. Orgán SPODaSK zvyčajne nastupuje práve v momente, kedy by mal riešiť už skôr dôsledky, či následky, ale rovnako ako celá spoločnosť, ak pracovníci nebudú skúmať pôvod a príčinu akéhokoľvek problému, tak mladému človeku pomôcť nedokážu. Rodičia sa často domnievajú, že doma majú anjela a hľadajú imaginárneho vinníka, lebo označiť za vinníka samého seba najviac bolí.

ÚPSVaR Topoľčany sa rozhodol tiež svojim pôsobením vyplniť dieru v primárnej prevencii a prostredníctvom prednášok u starších žiakov základných škôl sa snažil rozšíriť informácie z oblasti sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Deti z piatich základných škôl v obciach okresu Topoľčany si overovali formou interaktívnej prednášky, do ktorej sa aktívne zapájali, vedomosti o svojich právach, ale aj povinnostiach a využívali možnosť diskutovať o rôznych témach, ktoré ich trápia. Spolu 209 detí na základných školách, v Solčanoch 34 detí, v Nitrianskej Blatnici 41 detí, v Radošine 34 detí, v Ludaniciach 52 detí a na Bojnej 43 detí si malo možnosť rozšíriť informácie o sociálno-patologických javoch. Medzi diskutovanými témami bolo záškoláctvo, šikanovanie, rôzne typy závislostí (alkohol, drogy, gambling, tabakizmus, ...), domáce násilie, týranie, zneužívanie a zanedbávanie detí. Medzi témami, ktoré dospievajúce deti zaujali patrila aj prostitúcia, predčasné sexuálne skúsenosti maloletých, ale aj obchodovanie s ľuďmi. Ďalšou diskutovanou oblasťou boli sociálne siete a šírenie informácii na nich, ale aj vandalizmus vrátane sprejerstva. Deti museli na základe poskytnutých indícii dospieť k tomu, kedy ide o kriminalitu – zločin a prečin a kedy o inú protispoločenskú činnosť – priestupok, či správny delikt ako nižšiu formu protispoločenského správania. Otázky detí boli naozaj rôzne a ich dovtedajšie skúsenosti ešte viac, časť z nich, resp. najmä pohľad na ich vnímanie slobody sme uviedli v úvode. Na základe doterajších skúseností môžeme vyhodnotiť, že uvedené preventívne

prednášky, či skôr besedy, ktoré nie sú len rozprávaním autority, ktorá príde na ich hodinu, ale je tvorivým procesom medzi sociálnym pracovníkom a deťmi, je vhodnejšie zapájať žiakov od 7. ročníka vyššie, ktorí majú záujem o diskusie a celá beseda sa venuje viac tej téme, ktorú prítomné deti pociťujú ako najhorúcejšiu. Akýmsi sparingpartnerom pri tejto činnosti bývajú niekedy aj príslušníci štátnej, či mestskej polície. ÚPSVaR prostredníctvom akreditovaného subjektu v zmysle § 73 ods. 2 zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele na základe schválenej priority realizoval aj Výchovný skupinový program, sociálny skupinový program a výchovno-rekreačný skupinový program vykonávaný ambulantnou, celodennou alebo pobytovou formou, zameraný na rozvoj sociálnych zručností a hygienických návykov pre deti, u ktorých sa vykonávajú opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately za účasti rodičov alebo osôb, ktoré sa osobne starajú o dieťa. Takéto formy programov prostredníctvom priorít organizujú ÚPSVaR už od roku 2006. Za ÚPSVaR Topoľčany sa v roku 2012 sa podobného programu zúčastnilo 24 detí a 15 rodín. V roku 2013 boli vytvorené dva varianty programu. Do variantu A bolo zapojených 15 detí a 11 rodín. Súčasťou tohto variantu bola zmiešaná skupina detí, ktoré absolvovali 7-dňový pobyt. Na 3-dňový víkendový pobyt sa k nim pridali aj rodičia, pričom týmto bolo poskytnuté individuálne i skupinové sociálne poradenstvo, podporná psychoterapia, zvyšovanie právneho povedomia i rodičovskej zodpovednosti a rodičovských kompetencií. Súčasťou programu je aj vstupné a záverečné stretnutie s rodičmi a návšteva v prirodzenom rodinnom stretnutí, ktorú subjekt zrealizoval pred nástupom detí a rodičov na pobyt, aby mali jeho pracovníci znalosť prirodzeného prostredia klientov a tiež ich motivovali k spolupráci. Do variantu B boli zaradené deti z oblasti, kde sa sústreďuje najmä minoritná časť obyvateľstva, ktorá je na sociálne i vzdelanostne nízkej úrovni a tým medzi najčastejšiu patológiu radíme delikventné správanie maloletých, zanedbávanie povinnej školskej dochádzky, experimentovanie s omamnými látkami najmä toulénom a nedostatočnú rodičovskú starostlivosť a z nej vyplývajúce kompetencie. Štvordňového pobytu, ktorému predchádzalo vstupné stretnutie pracovníka akreditovaného subjektu priamo v rodinách za prítomnosti sociálneho pracovníka úradu, sa zúčastnilo 27 detí s 5 rodičmi. Najväčšiu súrodenecku skupinu tvorili dvaja rodičia a ich 12 detí. Súčasťou projektu je poradenstvo vykonávané v prirodzenom rodinnom prostredí minimálne 1x mesačne a podľa potreby návšteva príslušného lekára a školského zariadenia. Spoločným menovateľom všetkých účastníkov je to, že sa nachádzajú v evidencii oddelenia SPODaSK a v rodine sa vyskytol väčší alebo menší problém, pre ktorý potrebujú pomoc pri jeho riešení. Cieľom bolo odborné pôsobenie na odstránenie alebo zmiernenie poruchy či porúch správania u detí, ale aj nesprávne fungovanie rodiny, upevňovanie spoločensky akceptovateľného správania v oblasti hygienických návykov a spoločenských pravidiel i noriem, podpora pozitívnych vlastností u detí, podpora aktívneho trávenia voľného času. Vzdelávanie striedalo sebarealizáciu a relaxáciu. Deti sa učili vysloviť svoj názor i rešpektovať názor iných, rodičom bolo nastavené zrkadlo a boli im vysvetlené nevhodné vzorce správania v ich výchovných postojoch a postupoch. Je škoda, že túto možnosť nevyužili všetci rodičia, pretože práve to bola ideálna hoci krátka možnosť ukázať rodičom ako korigovať neprimerané správanie ich detí a naučiť ich robiť veci v rodičovskej roli inak.

Pri realizácii tejto prevencie formou besied na školách, kontrolách v súčinnosti s mestskou a štátnou políciou na požívanie alkoholu u maloletých a mladistvých, kontrole detí počas vyučovania, ktoré by sa zdržiavali v rôznych typoch zariadení počas vyučovacieho procesu alebo účasť na výchovno-rekreačnom programe môžeme skonštatovať, že pomaly sa výsledky našej práce odrážajú na znížení počtu detí, ktoré páchajú trestnú činnosť, či neplnia si povinnú školskú dochádzku. Kde však konštatujeme opačný trend je požívanie omamných a psychotropných látok, ale napriek tomu, že to neznie práve preventívne, tak aj umiestnenie detí do resocializačných zariadení a práca s rodinou je pre iných mementom, že môže dôjsť k vyňatiu z rodinného prostredia. Či tento aspekt bude mať na maloleté deti a často aj ich rodičov, ktorí svojim deťom tolerujú mnohé veci a vyhovárajú sa často na „hormóny“, či vek dieťaťa, dopad a prinesie pozitívny výsledok dokážeme vyhodnotiť až s odstupom času. Napriek tomu práve v prevencii vidíme podstatný význam v našej práci.

Použitá literatúra

BÍLIKOVÁ, E. 2003. Problémy v správaní. In Rozumieť deťom je niekedy zložité. Spišská Nová Ves : Pedagogicko-psychologická poradňa a Centrum výchovnej a psychologickej prevencie, 2003. 109 s. ISBN 80-969054-7-3.

BRADOVÁ, K. 2010. Výskyt záškoláctva u stredoškolákov. In PREVENCIA. Bratislava : Ústav informácií a prognóz školstva, 2010, č.3, s. 44 - 50. ISSN 1336-3689.

FRANKL, V. 1996. Vůle ke smyslu. Vybrané prednášky o logoterapii. S příspěvkem Elisabeht Lukasové. Brno: Cesta, 1997, s. 216.

FISCHER. S. – ŠKODA, J. 2008. Speciální pedagogika. Praha : TRITON, 2008. 196 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

KONČEKOVÁ, Ľ. 2000. Poruchy psychického vývinu. Prešov : Grafotlač, s. r. o., 2000. 114 s. ISBN 80-88885-99-X.

SOVÁK, M. 1980. Nárys speciální pedagogiky. 4. upr. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1980. 231 s.

VÁGNEROVÁ, M. 2005. Školní poradenská psychologie pro pedagogy. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2005. 430 s. ISBN 80-2461-074-4.

VÝZNAM SOCIÁLNEJ PRÁCE V PREVENTÍVNOM PROGRAME PRE ŽIAKOV S PORUCHAMI SPRÁVANIA

Importance of social work in program for pupils with behavioral disorders.

ROSOVÁ Dana
UPJŠ, Košice
dana.rosova@upjs.sk

Abstrakt:

Príspevok upozorňuje na význam sociálnej práce a možné pole pôsobnosti sociálneho pracovníka na úrovni prevencie sociálnej patológie. Opisuje autorkou zostavený a v praxi realizovaný preventívny program pre žiakov 1.stupňa základnej školy s poruchami správania. Poukazuje na aktívnu spoluprácu s rodičmi týchto detí, zdôrazňuje význam skupinovej práce.
Hlavným podnetom tvorby programu sú skúsenosti z praxe sociálnej práce a zistenie, že pomoc potrebujú v rovnakej miere deti i rodičia. Príspevok zdôrazňuje nevyhnutnosť etablovania sociálnej práce v prevencii sociálno-patologických javov.

Kľúčové slová: sociálna práca, poruchy správania, preventívny program, skupinová práca, žiaci s poruchami správania

Abstract:

The article draws attention to the importance of social work and the potential practical realization of a social workder in field of prevention against social pathology. It describes a preventional program dedicated to 1st grade pupils at primary schools suffering from behavioral disorders which had been designed and alrealy practically tested by the author. It
points to an active cooperation with parents of such children, hence emphasizing the aspect of collective work.
A primary inspiration to develope this program were many years o practical skills in field o social work and discovery that external help is evenly needed on both parents and chidren side. The article un derlines the necessity to establish social work in pursuit of prevention from socially patolhogic symptoms.

Key words: Social work, behavioral disorders, preventive program, collective work,pupils with behavioral disordes.

V posledných rokoch sme zaznamenali prudký nárast problémového správania žiakov v základných aj stredných školách, pričom prvé problémy sa objavujú už v nižších vekových kategóriách. Okrem prevencie je nevyhnutné tieto poruchy správania riešiť. Preto sa ako vysoko aktuálna javí potreba sociálno-výchovnej pomoci jednotlivcom a rodinám v krízových životných situáciách. Len dostatočná znalosť problematiky môže prispieť k pozitívnym zmenám (Emmerová, 2009). Vždy je dôležité najskôr zistiť, či ide u dieťaťa o poruchu správania. Je potrebné získať informácie o sociálnom prostredí, v ktorom žiak vyrastá, o rodine, výchove rodičov, sociokultúrnom zázemí, o doterajšom priebehu výchovy i vzdelávania, školských výsledkoch a správaní žiaka na vyučovaní. Nevyhnutná je spolupráca triedneho učiteľa s rodičmi žiaka, spolu so sociálnym pracovníkom, psychológom, či špeciálnym pedagógom.

Systém prevencie sociálnej patológie detí a mládeže si možno predstaviť ako model, ktorého základňa znázorňuje populáciu detí a mládeže, ktorých správanie nie je ohrozené sociálnou

patológiou a nevydeľuje sa z rámca normy. Nad túto základnú rovinu vystupuje populácia detí, u ktorých sa môžu objaviť poruchy správania. Tieto poruchy sú však zvládnuteľné bežnými výchovnými prostriedkami v rodine alebo pedagogickými v škole (Matula, 2002). V takýchto prípadoch považujeme poruchy správania za epizodické, predpokladáme, že poruchy počas vývinu dieťaťa odoznejú spontánne, alebo pod vplyvom efektívneho pôsobenia rodiny, príslušníkov výchovných, zdravotných, či poradensko-psychologických inštitúcií, terénnej sociálnej práce alebo sociálneho kurátora (Kopányiová, 2008). D. Cullinan (2002) kladie dôraz na univerzálnu prevenciu, poradenstvo individuálne, skupinové, spoluprácu s rodičmi. Navrhuje, aby školy realizovali psychosociálne výcviky, výcviky v riešení konfliktov a komunikácii, tvorivé riešenie problémov, vrátane metódy brainstormingu. Podľa neho je dôležitá najmä včasná prevencia, zachytenie nevhodného správania čo najskôr.

V preventívnej sociálnej práci sa uplatňujú vysokokvalifikovaní sociálni pracovníci, ktorí sa zameriavajú na predchádzanie vzniku dysfunkčných sociálnych procesov v spoločenskom živote. Definovanie dominantného záberu sociálnej práce nie je jednoduché a vôbec nie jednoznačné. E. Žiaková, J. Čechová, J. Kredátus (2001) uvádzajú, že sociálna práca je disciplína, ktorej teória vychádza zo základov psychológie, sociológie, etiky, pedagogiky, lekárskych, právnických a ekonomických vied. Teoretické poznatky integruje a aplikuje do praktickej činnosti metódami a pracovnými postupmi. Špecifikum sociálnej práce je v komplexnom prístupe ku problémom sociálnych klientov, ktoré chápe v celom sociálnom kontexte. Sociálnu prácu v užšom slova zmysle charakterizuje Š. Strieženec (1999) ako priamy a pripravovaný kontakt sociálneho pracovníka s klientom, skupinou, komunitou, za účelom stanovenia sociálnej diagnózy a uskutočnenia sociálnej terapie. Ide o usmernenie klientov s cieľom zmeny ich postojov a ich aktivizáciu, aby dokázali riešiť svoje problémy.

Poruchy správania – rovnako ako primárne problémy, na pozadí ktorých vznikajú a neriešením sa zvýrazňujú, majú tendenciu k ďalšiemu rozširovaniu a prehlbovaniu. Práve táto tendencia je základom postupného vývinu delikvencie a drogových závislostí (Rosová, 2004, 2010).

Požiadavky a potreby poradenskej praxe ukázali, že absentuje ucelený preventívny program pre žiakov 1. stupňa s poruchami správania, ktorý by bol zameraný nielen na prácu so žiakom samotným, ale smeroval by k jeho najbližšiemu sociálnemu prostrediu - rodine a škole. Táto skutočnosť nás priviedla k myšlienke zostaviť takýto program, aplikovať ho v praxi skupinovou formou práce so žiakmi a na záver zistiť jeho efektivitu.

Členovia skupiny sa pravidelne stretávajú so zámerom pomáhať si navzájom a dosiahnuť zmenu smerujúcu k optimálnemu vývoju. Domnievame sa, že procesy prebiehajúce v skupine predstavujú mocné sily v úsilí o zmenu a ovplyvňovanie ľudského myslenia, emócií i správania. Skupina pomáha mladému jedincovi uspokojovať jeho potreby, v nej sa učí poznávať iných i seba samého, napĺňať sociálne role a riešiť rôzne životné situácie. Prax ukazuje, že práca so skupinou žiakov je najlepšou cestou a súčasne aj prevenciou ako predchádzať nežiadúcemu správaniu. Je to spôsob, ako sa môže žiak naučiť vhodným spôsobilostiam v sociálnych vzťahoch, ktorým je v kolektíve vystavený (Rosová, 2010).

Po skúsenostiach z praxe môžeme konštatovať, že skupinovú prácu ovplyvňujú tieto hlavné zásady:

1. Komunikačná stránka - aby mohla skupina fungovať, je dôležité vytvoriť určitú úroveň komunikácie, vhodnú verbalizáciu a jasné vyjadrovanie sa (Rosová, 2010).

2. Dynamika skupiny - je to, čo sa medzi členmi skupiny deje, aké sú ich vzťahy a vzájomné reakcie, ich zmeny v rámci skupiny a vývoj celej skupiny.

3. Osobnosť vedúceho skupiny - prítomnosť skúseného vedúceho je pri všetkých aktivitách dôležitá. Prispieva k vytvoreniu pocitu istoty, bezpečia. Vedúci sa v skupine stáva vzorom, obrazom dospelého, ku ktorému sa mladí chcú priblížiť (Rosová, 2010).

Za prostriedky výchovnej činnosti v skupinovej práci so žiakmi s poruchami správania považujeme:

1. Hru a jej výchovné použitie - je významným prostriedkom socializácie:

- je spontánnym skúšaním zručností,

- poskytuje potrebu činnosti, aj potrebu relaxácie a uvoľnenia,
- umožňuje kompenzáciu nepríjemných zážitkov, pocitov menejcennosti,
- je spôsobom odhaľovania súvislostí a vzťahov, urýchľuje spoznávanie sveta.

2. Ciele činnosti detí - spoločenské hry, šport, riešenie konkrétnych problémových situácií.

3. Rozhovor - pričom vedúci skupiny má byť profesionálom vo vedení rozhovoru, v komunikácii.

4. Umelecké činnosti - pasívne aj aktívne, napríklad ***muzikoterapia,*** ktorá, má v systéme komplexnej starostlivosti o ohrozených a narušených jedincov svoje špecifické poslanie. Jej cieľom je pomocou výrazových prostriedkov hudby objektívne zlepšiť ich stav.

5. Komunitný režim - poskytuje žiakom príležitosti aj pre ***aktívne sociálne učenie, využíva hrové a uvoľňovacie aktivity, skupinové hry, tématické diskusie, pohybové aktivity, arteterapeutické činnosti a relaxačné cvičeni*** (Rosová, 2013).

Obsahovú náplň preventívneho programu sme orientovali na 3 cieľové skupiny:

1/ žiaci s poruchami správania,
2/ rodičia žiakov s poruchami správania,
3/ triedni učitelia týchto žiakov.

Tématické okruhy skupinovej práce s deťmi sme zamerali sa na aktivity, ktoré podporujú :

- ***rozvoj sociálnych spôsobilostí*** (*zahŕňa utváranie sebaúcty, rozvoj sebavedomia, seba-poznávania, budovanie sebadôvery*), *zlepšovanie rovesníckych interakcií v smere prosociálnych a kooperujúcich vzťahov,*

Cieľom bolo ovplyvňovať kognitívne, motivačné aj behaviorálne črty prosociálneho správania detí. V záujme rozvoja prosociálneho správania sme sa snažili u detí rozvíjať spôsobilosti a vlastnosti ako napríklad úctu k sebe a k druhým, počúvanie, pozitívne hodnotenie správania druhých, empatiu.

- ***rozvoj empatie, emocionálnej inteligencie, emocionálnych kompetencií*** (*emocionálna sebadôvera, regulácia emócií, produktívne využívanie emócií*),
- ***rozvoj komunikačných spôsobilostí,***
- ***konštruktívne riešenie konfliktov,***

Pre dieťa môžu byť zdrojom neprimeraných záťaží rôzne situácie v rodine i v škole, predovšetkým tam, kde prevažujú dominantné vzťahy. Z nich pramení vzájomné odmietanie a rivalita. Takéto odmietané deti prenášajú frustráciu na celý školský život, na správanie i učenie, dôverujú si oveľa menej, ako by si mohli dôverovať na základe svojich schopností. Vzniká sklon k nebezpečným neurotickým symptómom, ktoré zapríčiňujú nielen poruchy učenia, ale aj poruchy emocionality a všeobecne poruchy správania. Jedným z cieľov našej práce so skupinou žiakov s poruchami správania bolo naučiť deti zvládať záťažové situácie, riešiť konflikty, dokázať sa adekvátne prispôsobiť a postaviť i k mimoriadnym udalostiam a problémom.

- ***redukciu nepozornosti, zvýšenie koncentrácie pozornosti,***

Aplikovanými technikami sme chceli dosiahnuť zvýšenie úmyselnej pozornosti, zvýšenie schopnosti zamerať pozornosť výberovo na podstatné podnety.

- ***redukciu prejavov motorickej hyperaktivity,***
- ***relaxáciu.***

Program jednotlivých skupinových stretnutí s deťmi bol zameraný na uskutočnenie zmien nežiadúcich foriem správania. Jeho efektívnosť sme zisťovali prieskumom. Predpokladali sme, že po absolvovaní preventívneho programu dôjde:

- ***k zvýšeniu prosociálnych prejavov v správaní u detí,***
- ***k eliminovaniu negatívnych prejavov v správaní u detí*** (***zníži sa úroveň hyperaktivity, impulzivity, miera porúch v sebaregulácii***),
- ***k zvýšeniu motivácie rodičov problémových detí o adekvátne postupy vo výchove,***
- ***predpokladali sme, že u väčšiny žiakov s poruchami správania budú po absolvovaní preventívneho programu prevažovať pozitívne zmeny v sledovaných indikátoroch, pri porovnávaní prvého a tretieho merania.***

- ***prostredníctvom individuálnych konzultácií a skupinových stretnutí s rodičmi, týkajúcich sa nácviku primeranej komunikácie v rodine dôjde k zlepšeniu ich starostlivosti o dieťa s poruchami správania a jeho disciplínu.***

Výsledky a skúsenosti z overovania preventívneho programu:

Prieskumu sa zúčastnili chlapci 1. stupňa základných škôl v Košiciach, vo veku 8 - 10 rokov. Zaradenie do skupiny odporučili psychológovia na základe diagnostikovaných porúch správania. Výsledný počet žiakov v skupine závisel od ochoty rodičov sprevádzať deti do CPPPaP v popoludňajších hodinách, pričom sme vychádzali aj z odporúčaní odbornej literatúry i skúseností z praxe skupinovej práce s deťmi s poruchami správania. Skupinové stretnutia s deťmi sa konali počas celého školského roka, s výnimkou prázdnin, jedenkrát týždenne po vyučovaní, v časovom rozsahu 90 minút. Deti ku nám doprevádzali rodičia, ktorých sme na úvodnom stretnutí oboznámili s programom a cieľmi skupinovej práce. Zároveň rodičia písomne vyjadrili súhlas s účasťou dieťaťa v skupine. Každý rodič individuálne vyplnil dotazníky z Testu rodinného zázemia a Connersovu ratingovu škálu. Pri zostavovaní programu sme vychádzali z vývinových osobitostí detí mladšieho školského veku, z osvedčených programov a nami vytvorených aktivít. Každé stretnutie bolo zamerané tématicky.

Práca v skupine a procesy v nej prebiehajúce, ponúkajú rôzne možnosti pre sebarealizáciu, uvedomenie si svojich emócií i hodnôt, podporujú vzájomnú akceptáciu. Skupina pomáha mladému jedincovi uspokojovať jeho potreby, v nej sa učí poznávať iných i seba samého, napĺňať sociálne role, poskytuje priestor pre nácvik sociálnych a komunikačných spôsobilostí. Vedenie skupiny bolo založené na dodržiavaní skupinových pravidiel, ktoré si členovia navrhli a kontrolovali ich dodržiavanie. To pomáhalo vytvárať atmosféru dôvery a pocit bezpečia. Deti dostali priestor, aby aj samé navrhli problém, ktorému by sa chceli venovať a riešiť ho. V skupinovej práci sme využili pohybové aktivity, rolové hry, komunikačné hry, aktívne sociálne učenie, arteterapiu, muzikoterapiu, relaxačné cvičenia, motivačno - stimulačné odmeny. Celkovo sa uskutočnilo 23 stretnutí, z toho boli aj tri spoločné skupinové stretnutie rodičov a detí zamerané na nácvik relaxácie a rozvoj komunikácie v rodine. Spolupráca s rodičmi bola dobrá, napriek pracovnej zaneprázdnenosti doprevádzali, alebo zabezpečili sprevádzanie detí do nášho zariadenia. Prostredníctvom individuálnych konzultácií a skupinových stretnutí s rodičmi týkajúcich sa nácviku primeranej komunikácie v rodine sme sledovali zlepšenie starostlivosti rodičov o dieťa s poruchami správania a jeho disciplínu. Za veľmi pozitívny prínos našej práce považujeme ochotu rodičov spolupracovať s triednymi učiteľmi svojich detí, keďže zo začiatku nebola takmer žiadna. Pracovali sme aj s triednymi učiteľmi žiakov navštevujúcich našu skupinu. S každým pedagógom sme individuálne vyplnili Connersovu ratingovu škálu, priblížili sme im pripravený program práce s našou skupinou. Dohodli sme sa na spoločných konzultáciach. Spomínané dotazníky rodičia aj učitelia opäť vyplnili na konci prvého polroka školského roka a aj na konci, tesne pred letnými prázdninami, za účelom získania spätnej väzby, týkajúcej sa efektívnosti práce so skupinou.

V prieskume bolo použité aj participujúce pozorovanie, ktorým sme sledovali prosociálne interakcie, agresívne prejavy, impulzivitu, pozornosť, motorickú hyperaktivitu.

Kvalitatívne spracovanie výsledkov participujúceho pozorovania detí v skupine poukázalo na pozitívne zmeny v týchto oblastiach:

1/ zvýšenie úrovne prosociálnych interakcií,
2/ zníženie úrovne impulzivity,
3/ eliminovanie agresívnych prejavov správania,
4/ zlepšenie starostlivosti rodičov o dieťa s poruchami správania a jeho disciplínu.

Kvantitatívne vyhodnotenie prieskumu naznačuje hlavne tieto pozitívne zmeny:

1/eliminovanie negatívnych prejavov v správaní detí a to znížením úrovne hyperaktivity hodnotenej učiteľmi,
2/ eliminovanie problémov v sebaregulácii, ktoré boli hodnotené rodičmi.

Predložené výsledky dovoľujú hovoriť o úspechu realizovaného preventívneho programu. Zároveň naznačujeme, aké je možné pole pôsobnosti sociálneho pracovníka, pracujúceho v tíme s ostatnými odborníkmi poradenského zariadenia. Poukazujeme na nevyhnutnosť realizácie preventívneho programu u žiakov 1. stupňa základnej školy s poruchami správania. Konštatujeme, že pri realizácii programu je potrebné orientovať sa okrem detí aj na rodinné prostredie a samotných pedagógov. Nevyhnutný je komplexný prístup k danej problematike.

Prax sociálnej práce potvrduje, že je nevyhnutné dlhodobé intenzívne vedenie žiakov s poruchami správania. Výsledky a skúsenosti z realizovaného preventívneho programu poukazujú na význam skupinovej práce s problémovými žiakmi, ktorý spočíva v tom, že sa učia:

- *poznávať iných i seba samých,*
- *primerane komunikovať (navzájom i s dospelým), lepšie vyjadrovať svoje názory,*
- *adekvátne riešiť sociálne situácie tak, že žiaci budú častejšie riešiť sociálny*
- *problém pozitívne, t.j. asertívne, prosociálne, kooperujúco, než výberom agresívnej*
- *odpovede,*
- *zažívajú korektívnu sociálnu skúsenosť s vrstovníkmi,*
- *učia sa schopnosti prijímať zodpovednosť za svoje správanie a rozhodovanie,*
- *získavajú nové informácie a pocit spolupatričnosti s ostatnými členmi skupiny,*
- *učia sa pomáhať si navzájom,*
- *dosiahnuť zmenu k optimálnemu vývoju.*

Použitá literatúra

CULLINAN, D. 2002. *Students with emotional and behavior disorders*. New Jersey,2002. ISBN 0-13-096967-8.

EMMEROVÁ, I. 2009. Triedny učiteľ a jeho úlohy v prevencii porúch správania žiakov. In: *Prevencia. Informačný bulletin zameraný na prevenciu sociálno- patologických javov v rezorte školstva*, Bratislava: ÚIaPŠ 2009, roč.VIII, č.2, s.19-24. ISSN 1336-3689.

KOPÁNYIOVÁ, A.2008.Terciárna/indikovaná prevencia v školstve. In: *Prevencia. Informačný bulletin zameraný na prevenciu sociálno-patologických javov v rezorte školstva.* Bratislava: ÚIaPŠ, 2008, roč.VII, č.1., s. 5-10. ISSN 1336-3689.

MATULA,Š. 2002. Psychologická prevencia a psychologická intervencia-fázy integrovanej starostlivosti o deti a mládež s poruchami správania. In: *Prevencia. Informačný bulletin zameraný na prevenciu sociálno-patologických javov v rezorte školstva.* Bratislava: ÚIaPŠ, 2002, roč. I., č.1, s.44-49. ISSN 1336-3689.

ROSOVÁ,D. 2004. Význam skupinovej práce s deťmi s poruchami správania. In: *Prevencia. Informačný bulletin zameraný na prevenciu sociálno-patologických javov v rezorte školstva.* Bratislava: ÚIaPŠ, 2004, roč. III, č. 1, s. 45 – 53. ISSN 1336-3689.

ROSOVÁ, D. 2004. Emocionálna inteligencia a jej rozvoj. In: *Prevencia. Informačný bulletin zameraný na prevenciu sociálno-patologických javov v rezorte školstva.* Bratislava: ÚIaPŠ, 2004, roč. III, č. 3, s. 3-10. ISSN 1336-3689.

ROSOVÁ,D. 2005. Prevencia šikanovania v základných školách. In: *Prevencia. Informačný bulletin zameraný na prevenciu sociálno-patologických javov v rezorte školstva.* Bratislava: ÚIaPŠ, 2005, roč. IV, č.3, s.13 – 18. ISSN 1336 -3689.

ROSOVÁ, D. 2009. Skúsenosti z aplikácie preventivného programu. In: *Prevencia. Informačný bulletin zameraný na prevenciu sociálno-patologických javov v rezorte školstva.* Bratislava: ÚIaPŠ, 2009, roč. VIII, č. 3, s. 53-57. ISSN 1336-3689.

ROSOVÁ,D.2010.Skupinová práca s deťmi s poruchami správania a jej význam. In: *Prevencia. Informačný bulletin zameraný na prevenciu sociálno-patologických javov v rezorte školstva.* Bratislava: ÚIaPŠ, 2010, roč. IX, č.1/2, s.63 – 67. ISSN 1336-3689.

ROSOVÁ,D.2013. Možnosti sociálneho pracovníka v práci s deťmi s poruchami správania. In:*DISPUTATIONES SCIENTIFICAE UNIVERSITATIS CATHOLICAE IN RUŽOMBEROK*. Ružomberok: VERBUM, 2013, roč. XIII, č.3., s.74-81. ISSN 1335-9185.
STRIEŽENEC,Š. 1999. *Úvod do sociálnej práce.*Trnava: AD, 215 s. ISBN 80-967589-6-9.
TRAIN, A. 2001. *Nejčastejší poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 200 s. ISBN 80-7178-503-2.
TRAIN, A. 1997. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál,168 s. ISBN 80-7178-131-2.
VÁGNEROVÁ,M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál,872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
ŽIAKOVÁ, E., ČECHOVÁ, J., KREDÁTUS, J.2001. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce.* Prešov: FFPU, 192 s. ISBN 80-8068-060-4.

Autorka:
PhDr. Dana Rosová, PhD.
odborná asistentka
Katedra sociálnej práce, FF UPJŠ, Košice, dana.rosova@upjs.sk

TRANZITNÍ PROGRAM DIAGNOSTICKÉHO ÚSTAVU PRE MLÁDEŽ PRAHA 2

SOUČKOVÁ Lucie
DÚM Lublaňská, Praha

Diagnostický ústav pro mládež plní diagnostické úkoly pro chlapce po ukončení povinné školní docházky umístěné na základě soudního rozhodnutí a preventivně výchovnou péči na základě žádosti zákonných zástupců dítěte. Naše pracoviště pracuje se třemi skupinami dětí maximálně po osmi dětech v budově v Lublaňské ulici a jednou výchovnou skupinu na odloučeném pracovišti v ulici Vratislavova.

I když těžiště naší práce spočívá v diagnostických úkolech, kterým se věnuje tým v budově v Lublaňské ulici, patří již k tradici také práce se skupinou na dislokovaném pracovišti. Jedná se o odlišný typ práce a jejím hlavním cílem je resocializace dětí, u nichž se vyskytly závažné výchovné problémy a kteří v mnoha případech již překročili hranici společensky přijatelného chování.

Hlavním cílem tohoto pracoviště je usnadnit výkon ústavní výchovy klientům se specifické potřeby. Malá skupina umožňuje maximální flexibilitu a tím zvyšuje naše možnosti cíleně reagovat na klientovy potřeby. Pro některé klienty je důležitým kritériem možnost studovat specifický obor, který je v zařízeních naší sítě nedostupný, pro jiné je indikací přijetí kombinace problémů nebo onemocnění, která by jejich pobyt v běžném zařízení znesnadňovala.

Důvodem, proč jsme v roce 2010 začali se změnou dosavadní práce, byl fakt, že dospívání je v současné době velmi složitým procesem, a děti, které odcházejí z této formy ústavní výchovy, potřebují velkou podoporu a pomoc i po dosažení zletilosti.

V prostorách domu ve Vratislavově ulici sídlí skupina již od roku 1985 a za podpory společnosti Ahold se nám zde podařilo zrekonstruovat dva byty. V takzvaném "horním" bytě se osm klientů připravuje na samostatný život, který je čeká, až budou muset brány ústavu opustit. Klienti studují na běžných středních školách v Praze. Dokončení studijní přípravy je jedním z primárních cílů, ke kterým směřuje naše výchovné úsilí. V roce 2010 jsme výrazným způsobem přepracovali vnitřní řád tak, aby více vyhovoval současným nárokům, a vytvořili jsme koncept resocializačního programu. I když musíme nadále zohledňovat specifické potřeby našich klientů, snažíme se maximálně přiblížit jejich pobyt běžnému životu a najít společně cestu návratu do běžného života. Systém je založen na třech úrovních samostatného bydlení.

Prvním je byt ve Vratislavově ulici, který pracovně nazýváme "horní". Sem chlapci přichází po diagnostickém pobytu. Je zde stále přítomen vychovatel (střídá se zde skupina tří vychovatelů), v adaptační fázi klient musí prokázat, že je schopen dodržovat řád, plnit své povinnosti a nezneužívá poměrně benevolentních pravidel pobytu. Po měsíci klienti skupiny spolu s vychovateli rozhodují o tom, zda je klient připraven zůstat.

Pakliže klient prokáže vyšší míru samostatnosti a zodpovědnosti, může se přestěhovat do tranzitního bydlení, které se nám podařilo zřídit v takzvaném "dolním bytě". Jedná se o samostatnou bytovou jednotku s třemi pokoji a kuchyní. Ideálně zde bydlí chlapci, kteří ve skupině zůstávají po dosažení zletilosti na základě smlouvy o prodlouženém pobytu, nebo klienti půl roku před dosažením zletilosti. V tomto typu ubytování vychovatel vykonává dohled spíše namátkově, chlapci si zajišťují chod domácnosti v podstatě sami – nakupují, vaří, perou, uklízí. Pokud klient selže buď v dodržování domácího řádu nebo profesní přípravě, může se při menším prohřešku vrátit zpět do "horního bytu" a zkusit samostatné bydlení později.

Třetí byt jsme získali do vlastnictví od Úřadu pro zastupování státu ve věcech majetkových. Jedná se o byt 1+1 ve Věšínově ulici ve Strašnicích. Toto bydlení funguje zcela samostatně, hlavním cílem je poskytnout podporu klientům, kteří již prokázali, že dokaží žít samostatně. Chceme jim pomoci překlenout složité období po dosažení zletilosti, kdy nemají ještě dokončené studium (především na maturitním oboru) a je vysoce pravděpodobné, že bez podpory rodiny nebudou schopni se o sebe postarat a dostudovat.

HLAVNÍ CÍLE RESOCIALIZAČNÍHO PROGRAMU

PRACOVNÍ REHABILITACE

Klienti potřebují více než kdy jindy osvojit si pracovní návyky. Již po dobu diagnostického pobytu probíhá pracovní diagnostika, kdy pracovní skupině zajišťujeme brigádnickou činnost (vyklízení bytů, práce pro městskou firmu zajišťující úklidové práce apod.). Po přechodu do dislokované skupiny, mají klienti povinnost aktivně hledat zaměstnání. Po dobu mnoha let se nám dařilo zajišťovat pro naše klienty brigádnickou činnost ve spolupráci se společností AHOLD. Podle našeho názoru, však tento typ podpory nestačí. Jedním z hlavních problémů, se kterým se chlapci po dosažení zletilosti budou muset vypořádat, je hledání zaměstnání, které je v současné době stále složitější. Vypracovali jsme tedy program, v jehož rámci se klienti naučí napsat si životopis, aktivně hledat inzeráty, zvládnout výběrové řízení, zaregistrovat se na úřadu práce. Toto se nám dařilo ve spolupráci s pracovní agenturou a Úřadem práce Praha 2. Pro chlapce je důležité zvládnout celý tento proces, protože nelze předpokládat, že najdou okamžitě stabilní zaměstnání, musí se naučit vypořádat s řadou nezdarů, zvyknout si, že je potřeba projít mnoho pohovorů, než získají práci.

Dalším úkolem pracovní rehabilitace je udržení zaměstnání. Vzhledem k současnému stavu českého učňovského školství, kde děti zcela běžně absentují, aniž by to pro ně znamenalo větší postih, je udržet si stabilní místo velkým problémem.
Finanční prostředky získané prací jsou základem pro to, abychom naučili chlapce rozumně hospodařit. Naším cílem je, aby klient po skončení pobytu znal hodnotu peněz, měl aspoň malou finanční rezervu pro začátek samostatného života a měl pracovní zkušenost, kterou může použít ve svém pracovním portfoliu.

Hlavní naší snahou je, aby klienti pocítili respekt dospělých k tomu, že jsou schopni udržet si práci a vydělat si poctivě finanční prostředky.

FINANČNÍ GRAMOTNOST

Klienti se musí naučit zacházet se svými finančními prostředky, proto v rámci naší dislokované skupiny sami nakupují, aby viděli sami hodnotu peněz. V rámci programu finanční gramotnosti vypracují vlastní rozpočet. V “dolním bytě” brzy klienti prakticky zjistí, že je podstatně úspornější, pokud jich společně bydlí více a sami usilují o to, aby byla kapacita plná.
Všichni klienti si při nástupu do bytu zřizují bankovní účet a učí se s ním zacházet a jednat s bankou.
Vlastní finanční prostředky jim poskytují větší svobodu v nakládání s nimi. Snažíme se klienty přesvědčit, aby vytvářeli rezervu, realisticky plánovali svou budocnost.
Ve spolupráci s Člověkem v tísni se velmi pečlivě věnujeme dluhové problematice, snažíme se také vyřešit dluhy klientů, které vznikly před umístěním do DÚM.

BYTOVÁ PROBLEMATIKA

Mnoho našich klientů nemá po dosažení zletilosti podporu své rodiny, někteří se domů ze

vztahových důvodů vrátit nechtějí. Půl roku před dosažením zletilosti s klienty aktivně řešíme otázku jejich budoucího bydlení. Shánějí si sami kontakty na azylové domy, různé typy chráněného bydlení. Hledáme společně sdílené bydlení, snažíme se, aby měli přehled o tom, jaké budou jejich povinnosti v nájemním bydlení.

Hlavním příspěvkem k jejich osamostatnění je však každodenní praxe ze samostatného bydlení v našich tranzitních bytech.

SANACE RODINY

Rodinné vztahy našich klientů bývají velmi vážně narušeny. Po dobu pobytu se snažíme maximálně podpořit fungující a perspektivní vazby tak, aby klient měl vytvořenu aspoň základní sociální síť a nevznikala závislost na ústavu a jeho pracovnících.

Klient má povinnost pozvat své rodinné příslušníky do bytu ve Vratislavově ulici, aby si mohli udělat obrázek o tom, kde a s kým tráví čas. Vychovatelé navštíví v rámci možností rodinu v jejich bydlišti. To se ukázalo jako klíčové pro práci s klientem zvláště v případě, kdy se chce vrátit domů. Intenzivnější práce s rodinou jako systémem bohužel naráží na vzdálenost dojíždění, nicméně z praxe vyplývá, že návrat klienta domů je velmi náročný pro obě strany a změna pouze na straně klienta nestačí, je potřeba, aby změnou prošlo také prostředí a toho je velmi obtížné dosáhnout.

STRUKTURACE A TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU

Jedním z velkých problémů našich klientů je jejich neschopnost trávit smysluplně volný čas. Inklinují jednoznačně k pasivitě, nebo se věnují nevhodným aktivitám (např. sprejerství). Našim cílem je nabídnout chlapcům co nejširší nabídku aktivit nejen v rámci skupiny, ale především podporovat jejich osobní zájmy. Naši klienti díky podpoře Aholdu navštěvovali například kurzy zpěvu, jazyků, lezeckou stěnu, posilovnu apod. Velkou příležitostí je nabídka příspěvku na získání řidičského oprávnění. Třem našim klietům se podařilo složit úspěšně zkoušky, což značně zvýšilo jejich potenciál na trhu práce.

ZÁŽITKOVÁ PEDAGOGIKA

Změna prostředí z ústavního na volnější a těsnější soužití v náročných podmínkách umožňuje širší možnosti práce na změně postojů a chování. K vytvoření stuktur aktivit v rámci projektu využíváme především metod zážitkové pedagogiky se zaměřením na outdoorové činosti a skupinově dynamické prvky. Pro naše klienty je to možnost prožít zcela jedinečný typ zážitku. Projekt propojuje poradenskou, psychoterapeutickou a sociální pomoc a volnočasové aktivity.
Vzhledem k tomu, že klienti spolu tráví několik měsíců i let, je velmi důležité, abychom pracovali na přijetí jednotlivých členů, abychom věnovali dostatek pozornosti skupinové dynamice. Pro chlapce této věkové skupiny jsou metody zážitkové pedagogiky jedním z nejlepších prostředků, jak toho dosáhnout.

Chlapci jsou zvyklí zábavu a zážitek konzumovat, ale naše zkušenosti ukazují, jak důležitý je pro ně aktivní prožitek. V rámci výjezdu lze pracovat nejen se skupinou, ale pracovat i s jednotlivými klienty. Protože organizace takových akcí je finančně velmi nákladná, podařilo se nám získat podporu Nadace Terezy Maxové.

SHRNUTÍ DOSAVADNÍCH ZKUŠENOSTÍ

Přes veškeré obavy se ukázalo, že i naši klienti jsou schopni vzít na sebe značnou míru samostatnosti. Nesetkali jsme se po dobu fungování tranzitního bydlení se závažnými porušeními řádu.

Celý projekt je umožněn právě provázaností s Diagnostickým ústavem, jehož pracovníci poskytují podporu jak chlapcům, tak týmu tranzitního programu. Personální zajištění tvoří kromě vychovatelů také dva etopedi, dvě psycholožky, sociální pracovnice a vedoucí vychovatel. Nicméně na chodu tranzitního bydlení se podílí všichni zaměstnanci DÚM.

PSYCHOSOCIÁLNY TRÉNING PRE KLIENTOV DIAGNOSTOCKÉHO CENTRA ZÁHORSKÁ BYSTRICA 2012 – 2013

HUDEČKOVÁ Viera, BOHUMEL Anton

Diagnostické centrum Záhorská Bystrica
Trstínska 2
Bratislava
vhudeckova@gmail.com, abohumel@gmail.com

Do Diagnostického centra Záhorská Bystrica (DC) a zariadení podobného zamerania sú umiestňovaní adolescenti, ktorí vykazujú celú škálu porúch správania, s nerozvinutou osobnostnou štruktúrou, jedinci s nedostatočne rozvinutými sociálnymi a komunikačnými zručnosťami, s nízkym sebavedomím, často s málo pozitívnym sebaobrazom. Okrem toho títo adolescenti nevedia odolávať sociálnemu tlaku a ťažko sa vyrovnávajú zo záťažovými situáciami, pretože sa doteraz nenaučili, ako im porozumieť a ako ich konštruktívne riešiť.

Zámery psychosociálneho tréningu

Pri tradičnom spôsobe učenia sa a výchovy detí a mládeže kladieme dôraz na získanie vedomostí a zručností aktívnym učením a riešením úloh v škole, výchovným pôsobením pedagógov, rodičov, v zariadeniach náhradnej výchovy vo výchovnom a vzdelávacom procese aj výchovným príkladom, využitím sociálnej situácie, vzájomnej prevýchovnej interakcie pedagóg – klient, skupina. Napriek tomu výsledný výchovnovzdelávací, resp. prevýchovný efekt v uvedených príkladoch nie je vždy uspokojivý, máme tým na mysli najmä odstránenie nedostatkov v korektnej komunikácii, v schopnosti predchádzať konfliktom a riešiť ich. Pre tieto deti a mládež je typické, že majú neadekvátne mechanizmy zvládania záťažových situácií a nie sú schopní sociálne primerane fungovať vo svojom sociálnom prostredí – v rodine, škole, ale aj širšom sociálnom prostredí (Pazaratz, 2009).

Nácvikom konkrétnych sociálnych situácií, v ktorých majú účastníci problémy s ich zvládnutím, cielene vedenou diskusiou a rozborom dosiahneme **naučenie sa efektívnym komunikačným, behaviorálnym, príp. operačným zručnostiam,** príp. môžeme dosiahnuť aj **pozitívnu zmenu sociálneho správania spojeného s určitým náhľadom na seba a partnera** (Labáth, Bohumel, 2008).

Je predpoklad, že aktívnym učením a tréningom v skupine, za pomoci zážitkového učenia, dosiahneme v týchto oblastiach lepšie výsledky ako pri tradičnom ýchovnovzdelávacom prístupe.

V psychosociálnom tréningu pre klientov DC sme kládli dôraz na aktívne učenie sa a vzdelávanie formou interakcie, usmerňovanej viacsmernej komunikácie a participácie na dianí v skupine účastníkov. Postupne sa učili a osvojovali si zručnosti z oblasti verbálnej, neverbálnej komunikácie, asertivity, predchádzania a riešenia konfliktov tak, aby boli schopní používať tieto zručnosti v konkrétnych sociálnych situáciách.

Ciele tréningu

- spoznanie a osvojenie si pravidiel efektívnej verbálnej komunikácie a jej používanie,
- porozumenie svojej a partnerovej neverbálnej komunikácii a schopnosť použiť tieto skúsenosti v praxi,
- naučenie sa zručnostiam z oblasti asertívnej komunikácie a asertívneho správania,

- rozšírenie svojho portfólia komunikačných zručností v oblasti predchádzania a riešenia konfliktov,
- aktívny tréning a nácvik s využitím aktuálnych sociálnych situácií s cieľom využiť ich ako skúsenosť do budúcnosti,
- rozvoj praktických zručností pri predchádzaní a riešení konfliktov v modelových situáciách s cieľom vedieť ich využiť v budúcich situáciách,
- rozšírenie obzoru vlastného osobnostného sebapoznania,
- rozvoj vlastnej protistresovej kapacity a reziliencie,
- zakomponovanie získaných komunikačných zručností do svojej osobnostnej výbavy a zvýšenie vlastných sociálnych kompetencií,
- rozvoj zdravého sebapresadenia sa, zvýšenie spôsobilosti rozhodovať o svojom živote, tvoriť ho, mať vlastné názory a pocity, naučiť sa objektívne posudzovať svoje správanie a byť za seba zodpovedný,
- význam v oblasti prevencie - rozšírenie osobnostného repertoáru klientov v oblasti iných foriem rizikového správania.

Realizácia

Pripravili a realizovali sme 29 stretnutí tréningového charakteru v čase od 16.10.2012 - 18.6. 2013.

Psychosociálneho tréningu sa zúčastnilo 26 klientov. Absolvovali 2 – 10 stretnutí, (priemerne 7 - 8, podľa dĺžky pobytu v DC). Skupina bola homogénna a otvorená, početnosť účastí jednotlivých klientov záležala od dĺžky pobytu v DC a od príchodu nových klientov.

Zabezpečili sme párové vedenie muž – žena, s cieľom využiť možnosti sociálneho učenia v oblasti primeraného rolového správania.

Príprava každého stretnutia vychádzala z postupnosti tém a rozboru diania na predchádzajúcej skupine a dosiahnutých tréningových cieľov. Trvanie tréningovej skupiny bolo spočiatku 90, neskôr s cieľom dynamizovať priebeh skupiny, bolo trvanie skrátené na 60 min. Tento časový priestor sa nám javí ako vyhovujúcejší najmä vzhľadom na hyperaktivitu a nedostatočné schopnosti sústredenia u klientov DC, keďže väčšina z nich trpí poruchou pozornosti a hyperaktivity. Diskusný charakter tréningovej skupiny je pre takéto deti zaťažujúci a pri 90 minútovej časovej dotácii ku koncu skupiny strácala aktivita klientov svoju efektivitu. Základ týchto porúch tkvie v organickej nezrelosti či diskrétnom poškodení CNS (Train, 2001).

Do tréningu bolo potrebné zaradiť aj tzv. horúcu tému - bez odreagovania sa klientov od prežitých frustrácii, konfliktov, by často nebol možný ďalší tréningový postup, tréneri museli pritom dbať na štruktúru a ciele tréningu - klienti mali snahu rozvetvovať diskusiu, vyrušovať, boli často veľmi nesústredení, prevádzali sa.

Témy stretnutí

Okruh	Príklady konkrétnych činností
Vytváranie širšieho rámca, „pôda“ pre edukáciu a tréning (cieľom je zasadiť informácie, oboznámiť, ukotvenie uvedomením).	Opakované vysvetľovanie zámeru tréningu, krátke opakovanie prebratých tém v úvode každého stretnutia, prepájanie naučeného s praxou – ako využili nové zručnosti napr. počas dovolenky, počas konfliktu s vychovávateľom a pod. Opakované pravidlá správania a efektívnej komunikácie v úvode každej tréningovej skupiny. Bolo potrebné účastníkov pripraviť na činnosť krátkym zopakovaním prebraných tém, opakovanie bolo potrebné aj pre nových účastníkov.
Priestor na naladenie, vyčistenie emócií, čo je nové (potrebné zmapovať nastavenie).	Teplomer, čo má kto nové, pravidelná „horúca téma“- odreagovanie napätia v úvode každej skupiny.
Sebavyjadrenie o konfliktoch, emóciách a problémoch	Kresba, asociácie na konflikt, rozdelenie emócií, ako emócie ovplyvňujú konanie a komunikáciu. Nedokončené vety, modelové situácie, riadená diskusia. .
Reakcie na záťaž	Zdroje konfliktov, čo v prežívaní vyvoláva konflikt a čo agresivitu, reakcie v strese, brainstorming, „sochy“, riadená diskusia.
Zásady spätnej väzby	Vysvetlenie pojmu spätná väzba, oboznámenie a aktívne dotváranie zásad spätnej väzby, vyjadrovanie spätnej väzby pomocou hrových foriem, napr. pomocou loptičky, spätná väzba pozitívna, negatívna. Viac sa osvedčil nácvik v skupine než vo dvojiciach; rozlišovanie spätnej väzby na „ego“ a na „správanie“, „ja“ výrok, ruža a tŕň, riadená diskusia, využitie spätnej väzby.
Aktívne počúvanie	Zásady aktívneho počúvania, nácvik, videonácvik (zväčša nemali o videonahrávky záujem, z 26 stretnutí bola táto technika použitá iba 3 krát). Identifikácia emócií, ich vplyv na správanie riadená diskusia, využitie príkladov.

4 typy správania – asertívne, agresívne, pasívne, manipulatívne	Rozlišovanie napísaných a vyslovených výrokov, technika a rozbor videonahrávky – modelové situácie, aktívny nácvik v dvojiciach, v malých skupinkách, rozhovory.
Sebapoznávanie	Doplňovanie výrokov o sebe, prijímanie spätnej väzby v diskusii, pri rozbore nácviku, využitie sezónnych situácií (Mikulášske darčeky, prežitie Vianoc, prežitie dovolenky...) Iné príklady v oblasti sebapoznávania.
Predchádzanie a riešenie konfliktov	Typy a fázy konfliktov, stratégie riešenia konfliktov, modelové situácie, nácvik, rozbor, riadená diskusia, prípadové riešenia z praxe.
Ako povedať nie, ako požiadať o láskavosť, ako poskytnúť a prijať kritiku	Modelové situácie, nácvik, riadená diskusia, prípadové riešenia z minulosti a aktuálne situácie z DC.
Uvoľnenie, kohézia	Rôzne techniky, napr. sed v kruhu na kolenách, privítanie nových členov, rozlúčky, rozohrievacie techniky, rôzne hry.
Verbálna komunikácia	Opakovanie aktívneho počúvania a spätnej väzby, nácvik, zdôrazňované pravidlá efektívnej komunikácie - neskákať do reči, nepoužívať urážky, nadávky a podobne.
Neverbálna komunikácia	Nácvik, identifikácia partnerovej neverbálnej komunikácie, spoznanie svojej, modelové situácie, riadená diskusia, využitie v praxi.
Práca s emóciami	Identifikácia emócií, ich vplyv na správanie, riadená diskusia, učenie sa vyjadriť svoje emócie, príklady skoro na každej skupine - využitie aktuálnych situácií.
Plánovanie budúcnosti	Ako sa vidím o 10 rokov, prezentácia, riadená diskusia, ako môžem využiť naučené v praxi.

Prekážky spolupráce

Častým javom bývali úniky do rozvláčneho rozprávania, odbočenie od zámeru. Klienti boli ovplyvnení inou aktuálnou udalosťou, pre nich negatívnou (zlé hodnotenie správania, znepokojivá informácia od rodiny alebo kurátorky), bol to výrazný faktor, ktorý ovplyvňoval ochotu spolupracovať, stupňoval sa niekedy až do odporu. Tieto okolnosti veľmi ovplyvňovali klientov – súvisí to s ich slabou odolnosťou voči frustrácii, často majú oslabenú sebareguláciu,

nevedia ovládať svoje emócie, nerozumejú im, preto by bolo dobre možno ešte viac sa venovať identifikácii svojich pocitov, prežívaniu emócií a ich zvládaniu, schopnosti o nich hovoriť.

Problémom tiež bolo prijať model neagresívnych stratégií. Domnievame sa, že to vyplýva z návykov našich klientov zväčša podporovaných ich prirodzeným prostredím (nechcú si nechať „sraťˮ na hlavu, agresívne správanie im zabezpečí postavenie v sociálnej skupine, je to „babskéˮ a „slabošskéˮ). Väčšinou sú nekonštruktívne stratégie v ich prirodzenom sociálnom prostredí považované za normálne.

Hyperaktivita a psychomotorická instabilita. Podľa našich pozorovaní a psychologickýych vyšetrení 70 – 85 % klientov diagnostického centra sú deti so syndrómom ADHD. Ako o nich píšeme vyššie, tieto prejavy majú svoj pôvod v organickej nezrelosti alebo diskrétnom poškodení CNS, sú spojené s impulzivitou, nedostatočnou sebaregulácíou a narušenou pozornosťou. Pre tieto charakteristiky našich klientov sme pristúpili k skráteniu pôvodne zamýšľanej časovej dotácie.

Hanblivosť pri nahrávaní na videokameru, odmietanie hrať, obavy. Táto skutočnosť nás prekvapila, predpokladáme, že dôvodom mohla byť nedôvera voči skupine, nízka sebaistota a neochota konfrontovať sa s objektívnou spätnou väzbou.

Neschopnosť prenášať teoreticky získané poznatky do praktického života. I keď v tréningovej situácii dobre zvládli nové zručnosti, nie sú natoľko zautomatizované, aby v konkrétnej reálnej situácii boli prvou reakciou. Môže to súvisieť s ťažkosťami zmeniť postoj – nové zručnosti sa učia pod naším vedením, lebo sme autorita a musia sa prispôsobiť, ale vnútorne si nechávajú svoj vlastný postoj – keď prestane pôsobiť vonkajší tlak, reagujú po svojom. Tento jav zodpovedá *dvojprocesovému modelu zmeny postojov* (Bordens, Horowitz, 2002), ktorý hovorí o majoritnom a minoritnom vplyve postojov – keď v prevýchovnom zariadení dospelé autority pôsobia ako predstavitelia majoritného postoja (konštruktívne stratégie zvládania) a klienti ako predstavitelia minoritného postoja (nekonštruktívne stratégie). Podľa tohto modelu majoritný vplyv pôsobí ako normatívny vplyv a minoritný postoj pôsobí na privátnej úrovni. Minoritná skupina (v našom prípade klienti) prijíma majoritný – normatívny vplyv (v našom prípade výchovné autority) pod vplyvom tlaku. Keď však tento tlak pominie, vracajú sa k svojim minoritným postojom.

Porovnávanie teoretických poznatkov s reálnym fungovaním autorít – buď pracovníkov diagnostického centra alebo vlastných rodičov, učiteľov, cudzích dospelých a pod. Sociálne učenie je veľmi silný faktor, negatívne skúsenosti s dospelými autoritami slúžia ako zadosťučinenie pre chlapcov, ktorí získavajú od svojho okolia najmä kritiku, akoby boli stelesnením starej pravdy „vodu kážu a víno pijúˮ, s potešením poukazujú na chyby dospelých autorít v oblasti, za ktorú sú kritizovaní. Tiež tieto skúsenosti slúžia dôvod neochoty prijať a používať sociálne žiaduce zručnosti a vedomosti v rovesníckej skupine a vo svojom živote.

Klienti veľmi ťažko pracovali s nácvikom kritiky. Majú zaužívané neefektívne návyky, zautomatozované postoje, konštruktívna kritika sa im javí ako neprirodzená, odmietajú ju ako celok, pripadá im neprijateľná pre ich societu, uprednostňujú pasivitu alebo agresívne výroky - stratégie, ktoré sa aj podľa výskumu Hudečkovej (2012) ukázali pre túto klientelu ako typické.

Podľa našich skúseností je lepšie spätnú väzbu nacvičovať v celej skupine než vo dvojiciach, lebo pri práci v dvojiciach sú nesamostatní, často nerozumejú inštrukcii, nevydržia splniť zadanú úlohu, nemajú motiváciu, chýba im vedenie. Navyše pozitívna spätná väzby má väčší efekt pred väčším publikom. Všeobecne oveľa ťažšie pracujú s negatívnou spätnou väzbou, či už s poskytovaním či prijímaním spätnej väzby.

I napriek ťažkostiam, s ktorými sme sa počas realizácie psychosociálneho tréningu zameraného na zvládanie záťažových situácií u adolescentov s poruchami správania stretávali, sme presvedčení, že je to správna cesta, považujeme túto prácu za potrebnú, pretože cieľom

pobytu detí a mladých ľudí v špeciálnom výchovnom zariadení nemá byť len izolácia, v ktorej si majú klienti sami uvedomiť svoje problémy. Ako ukazuje aj táto naša skúsenosť, aj s našou asistenciou len veľmi problematicky prijímajú nové stratégie a nové zručnosti, ktoré sú pre zdravé fungovanie v spoločnosti nevyhnutné – efektívna komunikácia a konštruktívne zvládanie záťažových situácií. Ako nám tiež ukazuje prax, značné rezervy máme v oblasti sociálneho učenia aj my – pracovníci takýchto zariadení, proklamované prosociálne správanie by sa našim klientom dostávalo ľahšie pod kožu, keby bolo samozrejmou praxou dospelých.

Na záver ponúkame niekoľko pozoruhodných výrokov našich klientov:

„...dohoda by bola vtedy, ak by sme sa o tom všetci rozprávali a dohodli sa."

„Zostali mi problémy a konflikty mám stále sklon riešiť bitkou, predsa si uvedomujem výhody komunikácie o probléme a možnosti predídenia konfliktu."

„Aj tak raz všetko vyjde navonok"...(mal na mysli klamstvá, agresivitu)

„Ak by sme túto hru hrali o peniaze, tak moji rodičia by vyhrali..."

„Dospelí sú takisto agresívni"

„V ústave som sa naučil lepšie komunikovať."

Použitá literatúra

BORDENS, K.S., HOROWITZ, I.A. *Social Psychology* [online]. Second Edition. London : LEA 2002 [cit. 2010-01-23]. 529 p. ISBN 0-8058-3520-2. Dostupné na internete: Ebrary Education database.

HUDEČKOVÁ, V. *Zvládanie záťažových situácií, sociálna opora a reziliencia u adolescentov umiestnených v diagnostickom centre.* Dizertačná práca. Filozofická fakulta UK Bratislava, Katedra psychológie. 2012, 117 s.

LABÁTH, V., BOHUMEL, A. *Psychosociálny tréning.* Nepublikovaný materiál pre ŠPÚ. Bratislava 2008. 103 s.

PAZARATZ, D. *Residential Treatment of Adolescents.* New York : Taylor & Francis Group 2009. 353 s. ISBN 978-0-415-99708-9.

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha : Portál 2001. 198s. ISBN 80-7178-503-2.

PROGRAM PRÍPRAVY NA SAMOSTATNÝ ŽIVOT U MLADÝCH DOSPELÝCH ODCHÁDZAJÚCICH Z INŠTITUCIONÁLNEJ VÝCHOVY V ČESKEJ REPUBLIKE

Training programs for independent living for young adults leaving institutional care in Czech republic

LINHARTOVÁ Věra
Katedra Speciální pedagogiky PdF MU, Poříčí 9, Brno 603 00

e-mail:237204@mail.muni.cz

Klíčová slova: *příprava na samostatný život, institucionální výchova, nestátní nezisková organizace, výzkum*

Key words: *preparation for independent living, institutional care, non-governmental organization, research*

Anotace

V příspěvku se zabýváme programy přípravy na samostatný život dětí/mladistvých s poruchami chování v institucionální výchově. Předmětem výzkumného šetření bylo zmapování nabídky programů přípravy na samostatný život, které nabízí státní i nestátní sféra na území ČR. Zajímala nás míra zapojení samotných zařízení institucionální výchovy do přípravy dospívajících.
Opíráme se o analýzu webových stránek Evropských sociálních fondů v ČR, krajů ČR, zařízení pro ústavní a ochrannou výchovu a nestátních neziskových organizací, které se orientují na programy připravující klienty na samostatný život.

Abstract

Paper deal with training programs for independent life of children / adolescents with behavioral problems in institutional care. The aim of the survey was to map programs of preparation for independent living. We were interested in the participation rate of institutions in preparing adolescents. The main attention was devoted to programs offered by non-profit organizations. We rely on web analytics European Social Fund in the Czech Republic, Czech regions, institutions of institutional care and non-profit organizations focused on programs preparing clients for independent life.

Vymezení problematiky

Mezi lety 2008 a 2013 každý rok opouštělo zařízení pro ústavní a ochrannou výchovu v České republice přes 900 dětí, které po dosažení dospělosti odcházeli do samostatného života (ÚIV, 2013). Mladé lidé odcházející z institucionální výchovy řadíme mezi skupiny obyvatelstva ohrožené nezaměstnaností a dalšími společensky nežádoucími jevy, které s nezaměstnaností souvisí – delikvence, fluktuace, bezdomovectví, prostituce, drogové závislosti atd. (srov. Matoušek O., Pazlerová H., Baldová L. 2008; MPSV ČR, 2009). Dlouhodobý pobyt v zařízení institucionální výchovy způsobuje, že mladí lidé nejsou připraveni na situaci „venku“ a těžko se orientují v nových podmínkách. Mimo zařízení platí jiná pravidla a dospívající člověk se v nové realitě musí obvykle spolehnout pouze na sebe. Většina zařízení pro institucionální výchovu postrádá adekvátní mechanismy pro individuální a přímou práci s jednotlivými dětmi tak, aby bylo možné zajistit přípravu na bezproblémové samostatné fungování mladých dospělých ve

společnosti (srov. SOS Children's Villages International, 2009; Běhounková, L. 2011; Spolu dětem o.p.s., 2011). Systém péče o ohrožené děti v České republice bohužel zatím stále nedosahuje úrovně odpovídající vyspělým evropským zemím. V dlouhodobějším měřítku vnímáme, že od podepsání Úmluvy o právech dítěte nastalo v mnoho pozitivních systémových změn, které napomohly k socializaci a integraci dětí z ústavní výchovy. Ačkoli je podpora a péče vyšší, stále je ale na čem pracovat. Stále aktuálnější je potřeba rozšíření sítě a nabídky služeb pro práci s rodinou a ohroženým dítětem, které by vedlo ke snižování počtu dětí v zařízeních institucionální výchovy.

Výrazným problémem systému péče o ohrožené děti je jeho roztříštěnost. Péčí o ohrožené děti se zabývá hned pět ministerstev – Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo spravedlnosti a Ministerstvo vnitra. V jednání státní správy a samosprávy a v jednání mezi státním a nestátním sektorem je následkem toho nevyváženost a nerovnoměrnost rozdělení práv a povinností. Problémy jsou znatelné i v samotné legislativní úpravě, personálnímu zajištění agendy a podílu financování ze státního rozpočtu (Běhounková, L. 2011).

Zásadní změny v systému péče o ohrožené děti přicházejí v posledních letech. Jedná se zejména o vládou schválený „Návrh opatření k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené dítě – základní principy“. Jeho cílem je změna rozložení lidských a materiálních zdrojů tak, aby převažujícím prvkem byla preventivní práce v rodinách, a nikoli v zařízeních ústavní a ochranné výchovy (MSPV ČR, 2009). Pozitivním posunem ovlivňujícím celkovou změnu systému by měl být i zákon č. 401/ 2012 Sb., kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, který představuje zejména změny v činnosti orgánů sociálně - právní ochrany (např. využívání metod sociální práce či vyhodnocování situace dítěte a rodiny se zaměřením na identifikaci ohroženého dítěte) (zákon č. 401/ 2012 Sb.).

Z aktuálních výzkumů vyplývá, že děti jsou v rámci ÚV a OV připravovány na vykonávání praktických činností v domácnosti, ale kompetence potřebné pro sebepoznání, díky nimž se mohou děti reálně zamýšlet nad svou budoucností, jsou posilovány velmi málo. Při srovnání výzkumů v oblasti přípravy na samostatný život u mladých dospělých odcházejících z institucionální výchovy je znatelný rozdíl mezi skutečnými potřebami mladých lidí, kteří se připravují na odchod ze systému náhradní péče, a péčí, kterou jim nabízí státem garantovaný systém sociálních služeb. Jako zásadní problém je nutné vnímat především skutečnost, že mladí lidé žijící v zařízeních náhradní péče mnohdy nejsou na odchod do samostatného života připravováni systematicky a dlouhodobě (Matoušek O., Pazlerová H., Baldová L., 2008; Běhounková, L. 2011). Výsledkem je to, že mladí dospělí jsou často po zcela nedostatečné průpravě nuceni odejít do světa, na nějž nejsou dostatečně připraveni. Tyto problémy, se kterými se potýkají, lze shrnout do tří větších oblastí – sociální nepřipravenost, ekonomická nesamostatnost, chybějící emocionální podpora (srov. Středisko náhradní rodinné péče 2008; Matoušek O., Pazlerová H., Baldová L., 2008).

Pracovníci zařízení institucionální výchovy mají obecné povědomí o realizaci přípravy na vstup do života v rozmezí jednoho roku před odchodem, to však neodpovídá potřebám dětí a mladistvých a považujeme ji tedy za nedostatečnou (Matoušek, O., Pazlarová, H., Baldová, L. 2008). Výsledkem nekoncepčně řešené následné podpory o mladé dospělé odcházející ze zařízení institucionální výchovy jsou velké rozdíly v kvalitě poskytovaných služeb, různorodá oblastní zastoupení poskytovatelů následné podpory (někde úplná absence) a slabá či žádná provázanost jednotlivých služeb (Běhounková, L. 2011). Negativním důsledkem nesystémového ukotvení následné podpory je statisticky vysoký počet mladých dospělých vracejících se po ukončení nařízené ústavní výchovy do nesanovaných rodin a jejich další selhávání při sociálním začleňování (Gjuričová, J. 2007).

Legislativní podmínky přípravy na samostatný život/ odchodu ze zařízení

Česká legislativa stanovuje několik málo možností, jak pomoci mladým lidem odcházejícím ze zařízení ústavní a ochranné výchovy. Ve vyhlášce č. 438/2006 Sb. je již částečně myšleno na přípravu na samostatný život, takže v rámci zařízení mohou být pro děti zřízeny samostatné bytové jednotky pro ubytování jednotlivých dětí nebo pro ubytování nejvýše tříčlenné skupiny dětí, které se připravují na odchod ze zařízení. Do těchto bytových jednotek mohou být umístěny děti starší 16 let. Kritéria a podmínky pro umístění stanovuje samotné zařízení (vyhláška č. 438/2006 Sb.).

Mladý dospělý, který odchází po dosažení zletilosti ze zařízení, má nárok na věcnou pomoc nebo jednorázový peněžitý příspěvek podle jeho skutečné potřeby v době propouštění a podle hledisek stanovených vnitřním řádem zařízení. Dále se dítěti ve spolupráci s OSPOD poskytuje poradenská pomoc se zajištěním bydlení a práce a dále je dítěti i po opuštění zařízení poskytována poradenská pomoc při řešení tíživých životních situací (zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních).

Zákon o rodině stanovuje, že za určitých podmínek může soud prodloužit ústavní výchovu až na jeden rok po dosažení zletilosti (zákon č. 91/1998 Sb., zákona o rodině). Mladý člověk po dosažení věku 18 let může zůstat v ústavní výchově, pokud se i po dosažení zletilosti soustavně připravuje na budoucí povolání a je nezaopatřený. Má možnost uzavřít smlouvu se zařízením na základě své žádosti a zařízení mu poté poskytuje plné přímé zaopatření nejdéle do věku 26 let, a to za podmínek sjednaných ve smlouvě. Ředitel zařízení je povinen mladého člověka o této možnosti dopředu informovat. Pro takové mladé lidi, kteří jsou v zařízení i po dosažení zletilosti z důvodu přípravy na budoucí povolání, je možné zajistit samostatné ubytování v prostorách zařízení nebo mimo zařízení.

Typy služeb následné podpory a péče

Při stanovení typů služeb následné podpory a péče vycházíme ze zákonů vydaných Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstvem práce a sociálních věcí. V zákoně č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních se setkáváme s neurčitou a nepřesnou formulací, která ukládá pracovníkům zařízení institucionální výchovy poskytovat poradenství mladým dospělým osobám po opuštění zařízení institucionální výchovy. Není však stanovena forma, obsah ani rozsah této služby. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách pak stanovuje typy služeb následné podpory a péče pro mladé dospělé opouštějící zařízení pro výkon ÚV a OV takto:

- Pracovníci ***odborného poradenství*** poskytují mladým dospělým informace v oblasti rodinných a mezilidských vztahů, pracovně právní a majetkově-právní problematiky, právní ochrany, sociálního zabezpečení a bydlení.
- ***Doprovázení*** je forma podpory při řešení praktických situací vyplývajících ze samostatného života, např. doprovázení na úřadech, podpora při řešení životních situací (např. zprostředkování psychoterapeutické péče, pomoc při hledání zaměstnání, ubytování apod.).
- ***Ubytování*** je služba sociální prevence, která má zabránit sociálnímu vyloučení mladých dospělých opouštějících náhradní výchovnou péči a pomoci jim překonat jejich nepříznivou sociální situaci. Ubytování je možné poskytnout podle potřeby v domech na půl cesty, azylových domech, centrech sociální pomoci, intervenčních centrech a ubytovnách. Jednotlivé typy zařízení poskytují různé druhy služeb.
- ***Přímé zaopatření*** je poskytováno osobám, které nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné osoby např. z důvodů zdravotních (domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení) a na přechodnou dobu lze toto zaopatření poskytnout též osobám závislým na návykových látkách či duševně nemocným, kteří mají zájem o integraci do běžného života (např. terapeutické komunity)(zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Analýza nabídky programů přípravy na samostatný život u mladých dospělých odcházejících z institucionální výchovy

Velká část poskytovaných služeb pro mladé lidi odcházející ze systému náhradní péče je v současnosti zajišťována neziskovými organizacemi, které se ve spolupráci se zařízeními pro výkon náhradní výchovy snaží nabídnout mladým lidem služby, které jim napomohou k úspěšnému vstupu do úspěšného života (srov. Folda, J. 2009). Služby nabízené primárně mladým lidem odcházejícím ze systému náhradní péče mají různou podobu. Často se jedná o služby provozované v rámci projektů, které jsou dotované z grantových programů a nadačních fondů. Služby často formou „programu na klíč" poskytují neziskové organizace externě. Mezi nejčastější formy služeb patří provozování poradenských služeb, výjezdové pobytové programy se zážitkovou a edukační složkou a prožitkové a edukační programy pořádané v prostorách zařízení.

V rámci analýzy jsme se zaměřili na pobytové programy, které si berou za cíl rozvíjet mladé lidi připravující se na odchod ze zařízení v různých oblastech. Jedná o skupinu témat či okruhů, které mají za úkol rozvíjet skupinu dovedností a kompetencí nutných pro úspěšné zařazení do života běžného dospělého člověka. Cílem bylo zjistit, jaká je nabídka programů, které mají za úkol mladé lidi na samostatný dospělý život mimo zařízení institucionální výchovy připravit.

V důsledku nedostatku informací poskytovaných státním sektorem, jsme tedy obrátili naši pozornost právě na pobytové programy, které mimo zařízení pořádají právě neziskové organizace.

Charakteristika programu přípravy na samostatný život

Jak již bylo řečeno, častým jevem je, že konkrétní zařízení institucionální výchovy spolupracují s konkrétními neziskovými organizacemi, které čerpají peníze z Evropských sociálních fondů. Ojedinělá nejsou ani zařízení, která zakládají neziskovou organizaci a jejím prostřednictvím žádají o peníze na program pro své i více zařízení. Častější je, že neziskové organizace dlouhodobě se zabývající začleňováním vyloučených sociálních skupin pořádají programy, do kterých se může přihlásit zařízení nebo již konkrétní mladiství a děti. Třetím typem poskytovatele programů přípravy na samostatný život jsou společnosti, které se zabývají vzděláváním a mají zkušenosti s projekty, které využívají finance z evropských fondů. Cílovou skupinou programů jsou ve většině případů adolescenti ve věku 12 let, resp. 15 let až 18 let. Do programů se mohou přihlásit buď jednotlivci, nebo celé zařízení. Programy mají podobu několika vícedenních pobytů mimo zařízení nebo podobu menších jednodenních a dvoudenních setkání přímo v prostorách zařízení. Lektorské týmy jsou složené velmi často ze speciálních pedagogů a psychologů, častá bývá i účast externích odborníků na jednotlivá témata (personalisté, odborníci z Úřadu práce, odbornicí v oblasti financí a práva). Nejčastěji probíhají programy v několika fázích formou vícedenních setkání.

Tabulka obsahuje souhrnně přehled počtů zařízení s programem pro přechod do samostatného života v jednotlivých krajích České republiky a procentuální zastoupení v kraji.

Opět je zřetelné, že zastoupení nabídky programů v jednotlivých regionech České republiky jsou velmi různé.

Nejlépe jsou programy přípravy na samostatný život zastoupeny v Libereckém kraji, Moravskoslezském kraji, Plzeňském kraji, Středočeském kraji a Karlovarském kraji. S výjimkou Libereckého kraje, kde programy cílené přípravy odchodu mladých dospělých ze zařízení ÚV a OV intenzivně podporuje kraj svým grantem, působí ve všech jmenovaných krajích nestátní neziskové organizace, které se zabývají prací se skupinou ohrožených dětí.

Můžeme zde vidět praktický důsledek nekoncepčně řešené následné podpory o mladé dospělé odcházející ze zařízení institucionální výchovy - různorodá regionální zastoupení poskytovatelů následné podpory (někde úplná absence) a slabá či žádná provázanost jednotlivých služeb.

Tab 1.: Programy DD, DDŠ a VÚ pro přechod do samostatného života probíhající v období školní rok. 2012/2013 (zdroj webové stránky jednotlivých zařízení, webové stránky ESF a krajů)

Oblasti rozvoje, témata programů přípravy na samostatný život
Cílem programů je ve většině případů dlouhodobější příprava adolescentů do samostatného života a dospělosti. Jde především o přípravu týkající se osobního uplatnění v životních rolích, profesní nasměrování a příprava na budoucí uplatnění v zaměstnání. Většina programů se zaměřuje nejčastěji na následující oblasti:

zařízení ÚV a OV	počet zařízení s programem pro přechod do samostatného života/ celkový počet zařízení v kraji	zastoupení zařízení zapojených do programu přechodu do samostatného života (v %)
Hlavní město Praha	0/6	0
Středočeský kraj	9/24	37,5
Jihočeský kraj	0/10	0
Plzeňský kraj	6/11	54,5
Karlovarský kraj	2/6	33,3
Ústecký kraj	2/23	8,7
Liberecký kraj	8/10	80
Královéhradecký kraj	1/13	7,7
Pardubický kraj	2/8	25
Kraj Vysočina	3/14	21,4
Jihomoravský kraj	2/19	10,5
Olomoucký kraj	5/17	29,4
Moravskoslezský kraj	13/23	56,5
Zlínský kraj	3/15	20

- *Osobnostní rozvoj*
- *Komunikace*
- *Práce, zaměstnání, trh práce*
- *Finance, hospodaření s penězi, finanční gramotnost*
- *Bydlení*

Závěr

V současné době je v České republice okolo dvou set zařízení pro institucionální výchovu a každý rok opouští tato zařízení přes devět stovek mladých dospělých, kteří směřují do samostatného života a potřebují na tento náročný životní krok připravit (ÚIV, 2013). Právě programy přípravy na samostatný život si berou za cíl rozvíjet sociální kompetence potřebné pro dospělého nezávislého člověka.

Velká část poskytovaných služeb pro mladé lidi odcházející ze systému náhradní péče je v současnosti zajišťována neziskovými organizacemi, které se ve spolupráci se zařízeními pro výkon náhradní výchovy snaží nabídnout mladým lidem služby, které jim napomohou k úspěšnému vstupu do úspěšného života. Často se jedná o služby provozované v rámci projektů, které jsou dotované z grantových programů a nadačních fondů, resp. církevními organizacemi. Cílem programů je ve většině případů dlouhodobější příprava adolescentů do samostatného života a dospělosti. Jde především o přípravu týkající se osobního uplatnění v životních rolích, profesní nasměrování a příprava na budoucí uplatnění v zaměstnání. Většina programů se zaměřuje nejčastěji na oblasti o*sobnostní rozvoj, komunikace, zaměstnání a trh práce, finanční gramotnost, bydlení.*

Jako problematické vnímáme absenci informací o nabídce programů přípravy na samostatný život. Zařízení pravděpodobně nevnímají potřebu o této oblasti svého působení dávat informace. To může naznačovat, že přípravě na samostatný život není v rámci institucionální výchovy přikládán takový význam, jaký by měl být.

Jako rizikové vnímáme také to, že služby jsou regionálně velmi nepravidelně rozložené, jejich nabídka není nijak systematicky koordinovaná. Zatímco v některých krajích je nabídka relativně široká, v jiných oblastech je nabídka omezená nebo dokonce žádná.

Cílenou a jasně vymezenou přípravu na samostatný život považujeme za jednu z nejdůležitějších poslání institucionální výchovy a jako klíčovou činnost, která by měla být samozřejmou součástí. Ve shodě se současnými trendy považujeme za nezbytné do procesu přechodu mladých dospělých do samostatného života zapojit veškeré možné služby, a to s pestrou nabídkou metod a témat.

Použitá literatúra

BĚHOUNKOVÁ, L. *Rozvoj sociálních dovedností ohrožených dětí v institucionální výchově v kontextu přípravy na samostatný život. Brno, 2011*. Disertační práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

FOLDA, J. (ed.). *Systém náhradní péče o děti a mladistvé a následné péče o mladé lidi odcházející z náhradní péče v České republice: Situační analýza.* Praha: Sdružení SOS dětských vesniček, 2009. ISBN 978-80-254-4799-4.

GJURIČOVÁ, J. *Analýza stavu a dalšího vývoje mladých lidí po opuštění zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy za období 1995-2004*. Praha: MV a MŠMT, 2007. ISBN 978-80-254-0259-7.

MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H., BALDOVÁ, L. *Individuální plánování služeb u ohrožených dětí a mládeže s důrazem na mladistvé odcházející z ústavní výchovy*. Praha: Člověk hledá člověka, 2008. ISBN 978-80-254-2756-9.

MPSV ČR. *Transformace a sjednocení systému péče o ohrožené děti*. Tisková zpráva MPSV ČR ze dne 19. ledna 2009. [online] 2009 [cit. 2013-09-07]. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/6141>.

SOS CHILDREN'S VILLAGE.*SOS Children's Village Programme Policy* [online]. SOS Children´s Villages International, 2009. [online]. 2009 [cit. 2013-05-04]. Dostupné z: http://www.sos-vesnicky.cz/projekty/odchazeni-z-nahradni-pece/.

STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE. *Start do života*. Praha: VŠE, 2008.

ÚIV. *Statistická ročenka školství 2012/2013 - výkonové ukazatele* [online]. 2013 [cit. 2013-07-14]. Dostupné na WWW: <http://www.uiv.cz/clanek/726/2031>.

Legislativní dokumenty

Zákon č. 91/1998 Sb., zákon o rodině, ve znění pozdějších předpisů. [online]. MPSV ČR, 1998. [cit. 2013-07-19]. Dostupné na WWW: < >.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. [online]. MPSV ČR, 1999. [cit. 2013-07-19]. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7263/Zakon_o_socialne-pravni_ochrane_deti.pdf>.

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu postavení výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. [online]. MŠMT ČR, 2002. [cit. 2013-07-19]. Dostupné na WWW: <http://www.msmt.cz/dokumenty/zakon-c-109-2002-sb-o-vykonu-ustavni-vychovy-nebo-ochranne-vychovy-ve-skolskych-zarizenich-a-o-preventivne-vychovne-peci-ve-skolskych-zarizenich-a-o-zmene-dalsich-zakonu>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. [online]. MPSV ČR, 2006. [cit. 2013-07-19]. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>.

Vyhláška č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních. [online]. MŠMT ČR, 2006. [cit. 2013-07-19]. Dostupné na WWW: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-438-2006-sb-kterou-se-stanovi-podrobnosti-vykonu-ustavni-vychovy-a-ochranne-vychovy-ve-skolskych-zarizeni-ktera-nabyva-ucinnosti-dnem-13-zari-2006>.

PROJEKT „STAŇME SA LEPŠÍMI“

PALKO Tibor
Reedukačné centrum Košice
e-mail: rckosice@gmail.com

Reedukačné centrum v Košiciach píše svoju takmer 50 –ročnú históriu. Patrí medzi špeciálno-pedagogické zariadenia na výkon ústavnej starostlivosti. Zariadenie ponúka služby v poskytovaní vzdelávania v základnej škole a v odbornom učilišti.

Reedukačné centrum realizuje prevýchovný proces celoročne, v uzavretom areáli. Budova Centra nie je účelovou stavbou, je to trojposchodová budova, ktorá by výrazne potrebovala vonkajšiu i vnútornú rekonštrukciu. Školské vybavenie pochádza zo sedemdesiatych rokov 20. storočia.

V roku 1992 bolo pri RC Košice zriadené Odborné učilište. Učebným odborom bola určená poľnohospodárska výroba, pretože areál RC poskytoval rozsiahle trávnaté priestory, vhodné na základy výučby v odbore. Do odborného vybavenia neboli investované žiadne finančné prostriedky. Keďže z rozpočtu Centra nie je možný žiaden rozvoj zariadenia, vyučovací a reedukačný proces sa roky realizoval v daných podmienkach a na úrovni, akú poskytovali možnosti zariadenia.

V takejto situácii sa vedenie Reedukačného centra v marci roku 2010 rozhodlo podpísať s MŠ VVaŠ SR Zmluvu o nenávratnom finančnom príspevku na realizáciu Projektu „Staňme sa lepšími“.

Cieľom tohto projektu bolo, z finančnou podporou ESF, zlepšiť materiálne podmienky reedukačného procesu v Centre a prostredníctvom vzdelávania pedagogických zamestnancov skvalitniť i obsahovú stránku pedagogického procesu.

Dopytovo orientovaný projekt pozostával z realizácie štyroch Aktivít.

Aktivita 1.1 bola zameraná na vzdelávanie pedagogických zamestnancov RC. 18 zamestnancov sa zúčastňovalo vzdelávania v IKT oblasti. Pedagógovia sa naučili pracovať s počítačom, vytvárať textové súbory, kopírovať ich, obohacovať ich obrazovým materiálom. Naučili sa vytvárať powerpointové prezentácie, ktorými zjednodušujú súbory poznatkov pre žiakov a zároveň ich podávajú v prehľadnejšej podobe, čo napomáha porozumeniu problematiky žiakmi.

V rámci odborného vzdelávania pedagógov boli realizované výcviky pedagógov v oblasti komunikácie a riešenia konfliktov v zariadení. Veľmi vážnym problémom súčasnej spoločnosti je nezvládnutá agresivita jej členov. V kolektívnych zariadeniach sa agresivita prejavuje hlavne šikanovaním nekonformných a fyzicky slabších jedincov. V bloku venovanom tomuto fenoménu sa pedagógovia vzdelávali, v snahe zvládnuť teóriu i praktické aktivity, na predchádzanie šikanovaniu.

Základným charakteristickým znakom detí, ktoré sú umiestnené v Centre je výrazné zaostávanie v úrovni zvládania školských vedomostí a následne vytvorený odpor voči školským povinnostiam. Ako čo najefektívnejšie a najzaujímavejšie si pripraviť vyučovacie hodiny, sa pedagógovia vzdelávali v bloku vývoj inovatívnej vyučovacej hodiny.

Na zvýšenie konkurencieschopnosti zariadenia má výrazný vplyv aj schopnosť zamestnancov reagovať na potrebné zmeny a to hlavne tvorbou projektov. Kvôli finančnému podhodnoteniu zariadenia zo strany štátu je nutné zapojiť kolektív do vytvárania a zapájania sa do aktivít, ktoré

napomôžu zvyšovaniu kvality poskytovaných služieb. Pedagogickí zamestnanci absolvovali základný výcvik v oblasti projektového manažmentu.

Téme vyhorenosti a schopnosti zvládať stresové situácie sa pedagógovia venovali vo vzdelávacom bloku, venovanom zlepšovaniu osobnej organizovanosti a technikám zmiernenia a prekonávania stresu.

Celkovo, v rámci 22 mesiacov trvania Aktivity 1.1, sa pedagógovia zúčastnili vzdelávania v trvaní 32 hodín vo svojom voľnom čase.

Aktivita 2.2 bola zameraná na vypracovanie Inovovaného programu odborných textov pre odborné vyučovanie v odbornom učilišti, odbor poľnohospodárska výroba. Odborné texty pre vyučovanie odborných predmetov : Základy botaniky, Základy záhradníckej výroby, Záhradné stroje, stavby a zariadenia, a Informatika vypracovali učitelia, ktorí tieto predmety vyučujú. Majsterky odbornej výchovy vypracovali Príručku pre odborný výcvik.

Zároveň boli vypracované učebné texty pre všeobecno-vzdelávacie predmety. Každá z týchto učebných príručiek pozostáva z písomných príprav na jednotlivé vyučovacie hodiny. Sú spracované natoľko podrobne, že podľa týchto príprav, dokáže odučiť učivo, aj zastupujúci učiteľ.

S cieľom skvalitnenia a rozšírenia ponuky odborných činností boli vypracované aj príručky pre Terapeutický program rozvoja praktických zručností pre Ateliér práce s drevom, Ateliér textilnej tvorby, Ateliér dielenských a sadovníckych prác, a Ateliér výtvarnej a grafickej tvorby.

Tieto Príručky sú vypracované viac prakticky, obsahujú prípravy na činnosť s deťmi, v tej ktorej oblasti, s konkrétnym popisom práce, výroby, odborných postupov, zhotovovania jednotlivých výrobkov.

Celý prvý polrok školského roka 2012/2013 vypracovávali učitelia odborné texty a počas druhého polroka 2012/2013 tieto texty overovali v učebnom procese.

Výsledkom tejto práce sú Príručky pre jednotlivé predmety, používaním ktorých sa skvalitnil obsah aj formy vyučovacieho procesu.

Keďže učebné texty sú zamerané na vzdelávanie žiakov s mentálnym postihnutím, boli obohatené o množstvo obrazového materiálu, takisto texty, cez projekciu na stenu, uľahčujú žiakom písomné zaznamenávanie dôležitých poznatkov do zošitov. Týmito aktivitami sa snažíme zlepšovať ich čitateľskú a grafickú gramotnosť.

V rámci procesu evaluácie si učitelia mohli overiť, v čom im tieto texty pomáhajú, čo je treba upraviť, vpracovanie Príručky

Aktivita 3.2 bola zameraná na hľadanie efektívnejších foriem a metód práce pri edukácii žiakov s poruchami správania.

Cieľom tejto aktivity bolo vytvoriť komplexný program zameraný na rozvoj osobnosti, sociálnych zručností a prevenciu patologických javov u našich žiakov. Obsahom tohto komplexného programu je príručka pre osobnostný a sociálny rozvoj dieťaťa, ktorá pozostáva zo 16 tich samostatných obsahových jednotiek, ktoré sú zamerané na 4 oblasti:

- Učebné príručky komplexného programu pre všeobecno- vzdelávacie predmety
- Učebné príručky komplexného programu pre mimoškolskú činnosť
- Komplexný program rozvoja osobnosti a sociálnych zručností
- Edukačné hry

Oblasť rozvoja vedomostí vo všeobecno-vzdelávacích premetoch je zastúpená príručkami, ktoré sú zamerané na rozvoj v oblasti slovenského jazyka, v oblasti matematiky, občianskej a etickej výchovy a telesnej výchovy.

Metodické príručky pre všeobecnovzdelávacie predmety obsahujú metodiku osobnostného a sociálneho rozvoja a prevencie sociálno-patologických javov v podobe konkrétnych ukážok vyučovacích jednotiek. Zároveň poskytujú návod k praktickému použitiu inovatívnych metód vo vyučovaní daných predmetov.

Jednotlivé príručky obsahujú učebné texty pre učiteľa a učebné texty pre žiaka. Učiteľský materiál zahŕňa opis metodiky vyučovacej hodiny, metodické pokyny k činnostiam, pracovné listy so správnym riešením úloh.

Žiacky materiál obsahuje pracovné listy, testy, ukážky, návody, multimediálne prezentácie, texty k projektovým úlohám.

Ciele komplexného programu pre všeobecné predmety sú zamerané hlavne na praktickú aplikáciu metodiky odborného materiálu v čase vyučovania a realizácia špecifických vyučovacích hodín, zameraných na prevenciu sociálnej patológie v správaní žiakov a na rozvoj kompetencií, dôležitých pre osobný rast jedinca, jeho aktívne zapojenie do spoločnosti a jeho budúce uplatnenie v spoločnosti.

Komplexný program rozvoja osobnosti a sociálnych zručností pre mimoškolskú činnosť pozostáva z 9 tich učebných materiálov pre oblasť prosociálnej výchovy, spoločenskej výchovy a športovej výchovy.

Obsahuje :

- Intervenčný program k osobnostnému a sociálnemu rozvoju žiakov
- Tréningový program rozvoja autoregulačných mechanizmov žiakov prostredníctvom relaxačných techník
- Tréningový program nácviku efektívnych stratégií sociálneho fungovania
- Vzdelávací program k prevencii sociálno-patologického a delikventného správania
- Vzdelávací program k multikultúrnej výchove žiakov
- Vzdelávací program k profesijnej výchove žiakov
- Šport a jeho využitie v prevencii delikventného správania
- Cvičebný tréningový program pre chlapcov a dievčatá v adolescentnom veku

Tento komplexný program poskytuje pedagógom praktické príručky, ponúkajúce metodiky, cvičenia, hry a postupy, ktoré cielene podporujú proces sociálneho učenia. Slúžia ako návod aktivít a činností s deťmi a dospievajúcimi vo veku 12 – 18 rokov, u ktorých je potrebné rozvíjať ich osobnostné kapacity a sociálne zručnosti. Obsahuje ukážky výchovných jednotiek, zostavených podľa zamerania a cieľov konkrétnej časti programu.

Jednotlivé príručky obsahujú učebné texty pre vychovávateľa a pracovný materiál pre dieťa.

Učebný text pre vychovávateľa obsahuje podrobný návod na štruktúru a moderovanie výchovnej a tréningovej jednotky, alternatívne postupy, cvičenia, techniky.

Pracovný text pre dieťa obsahuje pracovné listy, tematické hracie karty, sebapoznávacie testy a dotazníky, edukačné hry.

Cieľom realizácie Komplexného programu pre mimoškolskú činnosť je :

- Posilnenie zdravého životného štýlu
- Zvýšenie úrovne sociálnych kompetencií
- Pomoc pri sanovaní narušených sociálnych vzťahov dieťaťa
- Nácvik efektívnej interpersonálnej komunikácie
- Rozvíjanie prosociálneho správania dieťaťa
- Pozitívna sebarealizácia dieťaťa
- Získavanie predstavy o budúcich prioritách dieťaťa v dospelosti, dôležitých osobných cieľoch a štýle života

Praktický význam Komplexného programu pre osobnostný a sociálny rozvoj dieťaťa pre pedagógov spočíva hlavne v :

- Ponuke tematicky, obsahovo a metodologicky rozsiahleho materiálu, ktorý je možné v praxi použiť ako koncepčne a systémovo riadený program.
- Možno ho použiť v plnom rozsahu, alebo využiť iba aktivity podľa vlastného výberu
- Začínajúci pedagógovia môžu materiál využívať bez veľkých nárokov na prípravu
- Skúsenejší pedagógovia majú možnosť konfrontovať svoje doterajšie pedagogické postupy a formy práce, majú možnosť ich modifikovať, prípadne tvoriť vlastné metodiky

Efekt realizácie komplexného rozvoja osobnosti a sociálnych zručností žiakov v pedagogickej činnosti pedagogických zamestnancov centra sa aj v krátko období prejavil v skvalitnení výchovno-vzdelávacích výsledkoch:

- Znížil sa počet útekov
- Zníženie počtu mimoriadne závažných porušení pravidiel v správaní detí
- Zvýšenie spokojnosti detí
- Skvalitnenie sociálnej klímy v zariadení

V rámci Aktivity 3.2 Projektu „Staňme sa lepšími“ sa pedagogickí zamestnanci vzdelávali aj v oblasti tvorby a významu edukačných hier, ako súčasti inovatívnych foriem práce s deťmi s poruchami správania. Tím učiteľov a vychovávateľov vytvoril 3 pedagogické hry :

- ROMIPEN – spoločenská hra, zameraná na šírenie posolstva kultúrneho a historického dedičstva, tradícií, noriem a hodnôt starýchRómov
- HRAJ A VYHRAJ – náučná hra, ktorú je možné použiť ako didaktický prostriedok spoločenskej a prosociálnej výchovy.

- ŠIKAKOM – situačná pedagogická hra zameraná na riešenie rôznych simulovaných sociálnych(prevažne komunikačných) situácií, s ktorými sú žiaci konfrontovaní v bežnom živote

Poslednou aktivitou projektu je Aktivita 4.2

Výstupom tejto aktivity je vypracovaný Komplexný program spolupráce RC a rodiny.

Jeho cieľom je vytvoriť materiál, ktorý by dal pravidlá pre spoluprácu rodiny a zariadenia. Potrebu takejto spolupráce dokazuje bežná prax v našom zariadení. K tomu, aby bola naša snaha o zmenu v správaní dieťaťa efektívna, potrebujeme spoluprácu dieťaťa a k tomu vedie cesta cez rodinu. V tomto materiáli je spracovaný spôsob ako viesť/ a usmerňovať rodičov počas pobytu ich dieťaťa v RC. Zároveň sa snaží o zmenu rodinného systému a vytváraniu pozitívneho hodnotového rebríčka.

Bez spolupráce s rodinou, bez zmeny v spôsobe života rodiny je totiž naša práca a snaha o zmenu v správaní dieťaťa iba účelovým predstavením.

Vedenie zariadenia hodnotí účasť v projekte pozitívne, najväčším prínosom sú odborné výstupy z jednotlivých Aktivít. Za veľkú záťaž na účastníkov projektu považuje vedenie RC veľkú byrokratickú náročnosť .

LETNÁ PRÁZDNINOVÁ ŠKOLA DIAGNOSTICKÉHO CENTRA V BRATISLAVE (AKO SME ŠŤASTIE A LÁSKU NA LIPTOVE HĽADALI)

POLÁCHOVÁ Jana, KRÁLOVIČOVÁ Miriam, MAJERČÁK Pavol, ANDRAŠKO Štefan
Diagnostické centrum Bratislava - Záhorská Bystrica
polachova.jana@stonline.sk

Abstrakt: Príspevok sa zaoberá témou aktívneho využívania voľného času klientov Diagnostického centra v Bratislave – Záhorskej Bystrici na letnom prázdninovom pobyte. Jeho cieľom je nielen oddychový a edukatívny charakter ale za rovnako dôležité považujeme aj budovanie skupinovej klímy, kohézie, schopnosť zvládať záťaž a stres, pozitívne sebahodnotenie, sebareguláciu, schopnosť prispôsobiť sa novým podmienkam.

Kľúčové slová: Letný pobyt. Klient. Voľnočasové aktivity. Zmeny v správaní.

V živote nás stretáva každý deň situácia, ktorá rozhoduje o našom ďalšom smerovaní. My si ju však často v tej chvíli neuvedomujeme. A tak možno aj jednoduchá hra o štvorlístkoch pomohla nájsť lásku.

AKO?

Letné pobyty na Liptove sú už 14 rokov neoddeliteľnou súčasťou diagnostického a terapeutického pobytu klienta v našom zariadení. Zo skleníkových pomerov kamenného zariadenia sa každoročne presúvame na začiatku leta do turistického centra v Liptovskom Jáne, kde v prirodzených podmienkach v čase hlavných prázdnin pokračujeme v procese resocializácie.

Zachovávame pritom model režimového kolektívneho života, avšak klientom nechávame väčší priestor na sebareguláciu, možnosť aktívne využívať voľný čas bez neustálej kontroly dospelým. Našou snahou je dať priestor chlapcom overiť si, ako sú pripravení osamostatniť sa a následne prevziať zodpovednosť za svoje fungovanie doma.

Súčasne sa im snažíme ponúknuť pútavý program využitia voľného času, ktorý je tvorený nielen oddychovými aktivitami, ale aj prácou, poznávaním a vzdelávaním..

PREČO?

Sebarealizácia a sebaprežívanie v reálnych podmienkach pod odborným vedením by malo prispieť k motivácii chlapcov organizovať si voľný čas iným (hodnotnejším) spôsobom ako doteraz , viesť ich k osvojeniu si nových hodnôt, ku kvalitnejšiemu sociálnemu správaniu a k celkovej pozitívnej prestavbe osobnostných štruktúr.

POMOCOU ČOHO?

Vysokohorská turistika, cyklistika, plávanie, rafting, lezenie, painbal, motokáry, jaskyniarstvo, pomoc pri varení, príprava dreva, upratovanie okolia chaty, poznávanie histórie Slovenska, tvorivé dielne, diskusie, písanie denníka, komunitné a klubové aktivity.

PRE KOHO?

Chlapci vo veku 15 – 18 rokov, umiestnení do DC na 3 – 6 mesačný výchovný pobyt na základe žiadosti zákonných zástupcov z dôvodov vážnych problémov s správaní - záškoláctvo, požívanie alkoholu a psychotropných látok, nevhodná partia, úteky z domu, agresívne správanie, nerešpektovanie autority, krádeže.

ČO SME HODNOTILI?

1. Skupinovú atmosféru, jej kohéziu, schopnosť spolupracovať, podriadiť sa názoru väčšiny.
2. Záujmovú oblasť, jej všestrannosť.
3. Zvládanie stresov a konfliktov, schopnosť predchádzať im.
4. Zlyhania v správaní, príčiny, sebahodnotenie, kritika.
5. Celkové nasadenie, schopnosť prispôsobiť sa novým podmienkam.

AKO TO DOPADLO?

1. Atmosféra v skupine sa vyznačovala väčšou súdržnosťou, charakterizovanou vyššou empatiou, väčšou vzájomnou toleranciou a akceptáciou názoru a správania druhého. Ak sa vyskytol konflikt záujmov príznačné bolo riešenie, ktoré malo znaky vypočutia názoru druhého.

2. V záujmovej oblasti prvé dni pobytu prevládal istý stereotyp a modely správania praktizované v DC. O mnohé aktivity chlapci akoby nemali záujem, mali tendenciu k pasívnejšiemu prežívaniu voľného času. Po aktívne prežitom dni, naplnenom novými, doposiaľ nepoznanými zážitkami, vyjadrovali na večerných komunitách v drvivej väčšine spokojnosť, radosť z prežitého dňa, z poznania niečoho nového.

3. Stresy, resp. konflikty sa prirodzene vyskytovali. Mali však iný charakter ako v „domácich“ podmienkach, stratili prívlastok zbytočné, vytvorené následkom momentálnej absencie podnetov, nudy. Ak sa vyskytli (provokovanie, vzájomné verbálne ataky) chlapci ich vedeli potlačiť a ukončiť hneď v zárodku, vedeli zablokovať provokatéra a tak si vlastne vytvárali dobrú skupinovú atmosféru. Stresy a konflikty, ktoré sme riešili vyplývali z činnosti. Išlo zvyčajne o únavu na turistických túrach, strach z výšok, hĺbok, strach z vody u slabších plavcov, nedôvera vo vlastné schopnosti, strach z nového – nepoznaného.

4. Zlyhania, či hrubé porušenia dohodnutých pravidiel, či režimu sa počas pobytu nevyskytli. Nik neušiel, nedopustil sa priestupku voči pravidlám slušného správania. Chlapci sa dokázali objektívne a sebakriticky zhodnotiť, skôr sa snažili vypichnúť pozitíva, riešili primárne svoje správanie a výkony.

5. Aj keď z veľa nových situácií mali obavy, išli do ich riešenia, zo zvládnutia situácie a prekonania strachu mali radosť, boli na seba pyšní. Na nové podmienky sa adaptovali síce postupne, avšak bez vážnejších zakolísaní, po vzore dospelého často kopírovali jeho postoje, správanie.

PÁR SLOV NA ZÁVER.

Ak zhrnieme poznatky a skúsenosti z letného zážitkového pobytu môžeme povedať, že pobyt klientov mimo zariadenia jednoznačne pozitívne vplýva na všetky zložky osobnosti - poznávaciu, motivačnú emocionálnu, záujmovú, oblasť sociability, komunikácie, zvládania stresu, pozitívneho vzoru, zážitku úspechu, šťastia z prekonania neznámeho, prekážok. Chlapci sa z „terénky“ vracali vo väčšej psychickej pohode, s novými zážitkami, vedomosťami, pozitívnym prežívaním reality a čo je najdôležitejšie seba samého. Možnosť overiť si v reálnom životnom prostredí, či a ako úspešne dokážu naši klienti fungovať, t.j. pozitívne, konštruktívne sa realizovať, môže byť pre ich budúci život rozhodujúca.

Hlavným cieľom relaxačného pobytu oddychového charakteru je hlavne jeho pozitívny vplyv na rekonštrukciu stigmatizovanej osobnosti našich klientov.

A štvorlístok naozaj pomohol a láska sa našla, kvitne a pretrváva.

Križovatky V.

Poruchy správania
Prevýchova, psychoterapia, resocializácia ...

Recenzovaný zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie

Rok vydania: 2014
ISBN 978-80-969253-8-4