Križovatky VII.

Prevýchova – trendy a inšpirácie

Recenzovaný zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie

Recenzenti:
prof. PhDr. Eva Gajdošová, PhD.
prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Editori:
PhDr. Viera Hudečková, PhD.,
PhDr. et Mgr. Pavel Bryndzák, PhD.

DC PRE MLÁDEŽ - BRATISLAVA

Križovatky VII.

Prevýchova – trendy a inšpirácie

Recenzovaný zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie

Organizátor: Diagnostické centrum Záhorská Bystrica

Recenzenti: prof. PhDr. Eva Gajdošová, PhD., prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Editori: PhDr. Viera Hudečková, PhD., PhDr. et Mgr. Pavel Bryndzák, PhD.

Vydal: Mgr. Tomáš Cehlár, tomas.cehlar@gmail.com

Náklad: 50 ks

Rok vydania: 2016

ISBN 978-80-972188-1-2

Príspevky neprešli jazykovou úpravou.

9 788097 218812

Obsah

REFLEXIE EXPRESIE (Niekoľko poznámok k využitiu expresívnej terapie) (A. Škoviera) 5

PORUCHY SPRÁVANIA A KOGNITÍVNE BEHAVIORÁLNA TERAPIA (M. Šlepecký, K. Piačková, J. Pčaško, A. Kotianová) 8

VÝZNAM MERANIA REAKCIE NA STRES PRE ĎALŠÍ POSTUP V TERAPII U DETÍ S PORUCHAMI SPRÁVANIA (A. Kotianová, M. Šlepecký) 18

UPLATNENIE DYNAMICKÉHO PRÍSTUPU V REEDUKAČNEJ A RESOCIALIZAČNEJ PRAXI – MOŽNOSTI A LIMITY (M. Bojarová, V. Labáth) 24

PRÍSTUP ZAMERANÝ NA ČLOVEKA A JEHO POTENCIÁL V PRÁCI S PORUCHAMI SPRÁVANIA (J. Pružinská) 30

MEDZINÁRODNÝ VÝSKUM DELIKVENCIE MLÁDEŽE V KONTEXTE SELF-REPORTOVÝCH ŠTÚDIÍ (M. Lulei) 39

TRENDY V PÉČI O DĚTI VE ŠKOLSKÝCH ZAŘÍZENÍCH PRO VÝKON ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVY A PREVENTIVNĚ VÝCHOVNÉ PÉČE V ČR ZA UPLYNULÝCH 10 LET (L. Myšková, R. Petrenko) 46

RIZIKÁ A OHROZENIA VYBRANÝCH NELÁTKOVÝCH CHORÔB VO VZŤAHU K MLÁDEŽI (I. Hupková) 52

KULTÚRA VÝCHOVNÝCH ZARIADENÍ A JEJ VPLYV NA KVALITU ŽIVOTA PO ODCHODE ZO ZARIADENIA (I. Lukšík, Ľ. Lukšíková, L. Hargašová, L. Vaško) 61

STANDARDY KVALITY PÉČE O DĚTI VE ŠKOLSKÝCH ZAŘÍZENÍCH PRO VÝKON ÚSTAVNÍ A ÓCHRANNÉ VÝCHOVY A PREVENTIVNĚ VÝCHOVNÉ PÉČE (H. Pacnerová) 70

VYCHOVÁVATELIA DIAGNOSTICKÝCH A REEDUKAČNÝCH CENTIER PRE MLÁDEŽ Z POHĽADU DETÍ (V. Hudečková, P. Bryndzák, J. Poláchová, Z. Ondrušová) 77

VOĽNOČASOVÉ AKTIVITY V DIAGNOSTICKÝCH CENTRÁCH V BRATISLAVE AKO PREVENCIA A KOREKCIA PORÚCH SPRÁVANIA (M. Hucíková) 95

SEBAREGULÁCIA ÚZKOSTI RELAXAČNÝMI CVIČENIAMI (J. Malik) 102

365 DNÍ V DIAGNOSTICKÉM ÚSTAVU PRO MLÁDEŽ (J. Dvořák, H. Novotná, M. Pavlicová) 107

ROZDÍL MEZI SEBEREFLEXÍ A SEBEPOTVRZOVÁNÍM aneb JAK CHÁPU OSTATNÍ (J. Svoboda) 109

MOŽNOSTI TÉMATICKO-APERCEPČNÉHO TESTU (TAT) PRI POSÚDENÍ EMPATIE ADOLESCENTOV S PORUCHAMI SPRÁVANIA
(D. Šimovičová) 114

ČLOVEK JE VIAC AKO JEHO SPRÁVANIE
(N. Feketeová, H. Ščibrányiová) 124

OMBUDSMAN A OCHRANA PRÁV DETÍ (Henrieta Antalová) 132

REFLEXIE EXPRESIE
(Niekoľko poznámok k využitiu expresívnej terapie)

doc. PhDr. Albín ŠKOVIERA, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Pedagogická fakulta

Aj ten, kto sa otázkami prístupov v pomáhajúcich profesiách venuje skôr okrajovo, rýchlo zistí, že je to oblasť z hľadiska filozofie prístupov, metodických akcentov i používaných nástrojov mimoriadne diverzifikovaná. Jedným z mnohých možných prístupov je prístup experienciálny (zážitkový/skúsenostný). Tento prístup má v terapii, výchove i poradenstve dlhodobú tradíciu. Popri už spomínaných oblastiach sa v súčasnosti v širokej miere využíva v rámci personálnych tréningov i v rámci team-buildingových aktivít.

Ak J. A. Komenský napísal v Bielom Potoku (Sárospatak) pravidlá pre hranie školského divadla, ak britský generál R. Baden-Powell začiatkom 20. storočia „otvoril brány“ skautingu alebo J. L. Moreno využíval pri poradensko-terapeutickej práci s prostitútkami vo Viedni improvizácie pri hraní scén z ich predchádzajúceho života, usilovali sa všetci traja v podstate o to isté. Využiť zážitok či skúsenosť ako **prostriedok** osobnostného formovania človeka a dať mu odborný rámec. V tomto kontexte považujeme za dôležité zdôrazniť, že zážitok /skúsenosť je tu prostriedkom, nie cieľom.

Expresia – ventilovanie alebo sprostredkovanie svojho vnútorného sveta (viac či menej usporiadaného, chaotického i šialeného) svetu vonkajšiemu – bola a je nielen súčasťou magických rituálov, tancov, ale aj diel „rozorvaných duší umelcov“. Je temer isté, že mali svoj terapeutický efekt v širšom, ale aj v užšom zmysle ponímania terapie. Expresia ako sebavyjadrenie je jedným zo základných rámcov experienciálnych prístupov.

Vyvstáva celkom legitímna otázka, prečo sa k ním terapia práve na prelome minulého a tohto storočia (a tento jav pretrváva dodnes) s takou intenzitou a nástojčivosťou vrátila? Vnímame tu viacero možných a vzájomne prepojených kontextov. Vybrali sme tri z nich - sociálny, terapeutický a realizátorský – ktoré vnímame ako najdôležitejšie.

Sociálny kontext

Ide tu o celý rad sociálnych súvislostí. Človek súčasnosti je v zložitej situácii. Na jednej strane reflektuje ducha postmoderny a liberalizmu, stále viac a viac sa prikláňa k hodnotám individualizácie a osobnej slobody, na druhej strane sa paradoxne dostáva do takých situácií, v ktorých sa cíti byť akýmsi „väzňom“ vlastnej slobody, kde vníma svoju slobodu ako príťaž. Je totiž spojená s relativizáciou hodnôt a stratou istôt. Prostredie, ktoré je plné neistôt, je málo čitateľné a ťažko predpovedateľné. Napriek všetkým mobilným a internetovým sieťam je azda viac osamotený (odcudzený) ako bol človek kedykoľvek predtým. Žijeme, slovami I. Plaňavu (1998), „spolu, každý sám“.

V tejto neistote relativizovaných hodnôt postmoderného sveta ako keby jedinou istotou bolo „tu“ a „teraz“. Práve expresívna terapia či experienciálne prístupy nám tu ponúkajú akúsi krátkodobú náhradu, ponúkajú nám ilúziu, že sme súčasťou

„spoločenstva“ dokonca aj pri takých aktivitách, kde nepracujeme spolu a neprežívame spoločne, ale iba paralelne. Umožňujú vystúpiť z postmodernistického konceptu sveta do priestoru, v ktorom napĺňame (do značnej miery tradične)svoje sociálno-psychologické potreby. Cítime sa aj v náročných situáciách bezpečne, cítime uznanie, oporu, spolupatričnosť. Necítime sa sami.

Experiencialita, expresívna terapia, tu azda funguje ako akási „spoločenskú objednávka“, ktorá umožňuje uniknúť z neistoty súčasného sveta. Nazdávame sa, že psychologicky ide o podobný mechanizmus, ako pri vzniku závislostí. Len nemá devalvačné dôsledky.

Terapeutický kontext

Jednou z dimenzií, v ktorej sa terapeutické prístupy medzi sebou líšia, je chápanie času a akcent na obdobie života. Z hľadiska súčasného života je veľmi vážnym „obmedzením“ hlbinných terapeutických prístupov jednak to, že sa pokúšajú odkrývať našu **minulosť**, jednak to, že chápu terapiu, poradenstvo a výchovu ako **dlhodobý proces.** Trend súčasnosti je však úplne opačný. Často sa obávame vlastnej minulosti, keď ju popierame, zdá sa nám akoby „neexistovala“. Na druhej strane temer všetko chceme (a potrebujeme) teraz a hneď. „Včera už bolo neskoro!“ To hlbinné terapeutické smery nemôžu naplniť.

Kognitívne a behaviorálne prístupy nám často hovoria o tom, čo síce mnohí veľmi dobre vieme, ale z rôznorodých dôvodov tak nefungujeme. Korigovať svoj aktuálny stav a riešiť **prítomnosť** a s ňou súvisiace problémy má totiž význam len vtedy, ak máme reálnu pozitívnu víziu **budúcnosti.** My sme však zavalení tým, čo je tu a teraz.

„Problémom“ logoterapie je to, že chce, aby sme v dianí, javoch i v našom konaní hľadali hlbšie významy a zmysel. My však zväčša chceme ďalej žiť povrchný mainstream dnešného sveta a hnať za „pozlátkami“. Logoterapia nám „berie čas“, prebúdza svedomie a identifikuje naše „spirituálne“ miesto v dnešnom svete. Tomu všetkému sa bránime.

Expresívna terapia nás ničím takým nezaťažuje. Umožňuje nám v symbolickej podobe vypustiť zo seba stoku úzkostí, neistôt i pudovosti. Bez toho, že by nás „obťažovala“ našou minulosťou, hľadaním zmyslu, resp. pozitívnou víziou budúcnosti.

Realizátorske kontexty

Napriek tomu, že experienciálny prístup spojený s expresívnymi technikami je častejšie spojený s veľkými očakávaniami a zriedkavejšie s bázňou a rešpektom, nie je vôbec dôvod ho odmietať. Umožňuje totiž na jednej strane odbúravať škodlivé napätie, na druhej strane „inšpiruje“ k legitímnemu prekračovaniu svojich hraníc úzkosti, umožňuje objavovať svoje možnosti a limity, intenzívne prežívať svoje pozitívne emócie. Vedie k vnímaniu vlastnej telesnosti.

Problém je v tom, ak ho vychovávatelia, poradcovia či terapeuti vnímajú predovšetkým ako technológiu. V takom prípade je tu reálne riziko, že ich práca bude spojená so štyrmi rizikami a omylmi.

- V chápaní mnohých (i známych) odborníkov, ktorí v tejto oblasti pracujú, nepotrebuje expresívna terapia a jej „terapeut“ až takú dlhodobú odbornú prípravu spojenú najmä

s poznaním osobnosti človeka, ako iné prístupy. Celkom stačí, že je dobrým odborníkom alebo má nadštandardné zručnosti v niektorých konkrétnych aktivitách (od hier, hudby, maľovania, tanca až napr. po skalolezectvo). V tomto zmysle je vcelku pochopiteľne pre ašpiranta „expresívneho terapeuta“ oveľa príťažlivejšia než ostatné prístupy.

- Kritériom „úspešnosti“ nie je ani vonkajšia zmena správania, ani hlbšie pochopenie súvislostí, ale zážitok. V tejto logike vecí sú teda zmysluplné a vydarené aktivity tie, do ktorých sa zapája čo najviac účastníkov a ktoré majú priaznivú odozvu. Podstata problému je však v tom, že iba pri dlhodobejšej práci môžeme a vieme posúdiť, či realizovaný „show-program“ sa stal aj skúsenosťou, ktorú si jednotlivec či skupina zafixovali, či teda mal hlbší zmysel.
- Veľmi lákavá je projektívna interpretácia viacerých aktivít, hmotných i nehmotných artefaktov vo vzťahu k jednotlivcovi. Umožňuje poradcovi, vychovávateľovi či terapeutovi prezentovať sa ako expert – vykladač. Takáto prezentácia je často nielen kvázi expertná, ale pre účastníka môže byť ohrozujúca.
- Práca s emóciami, ktorá je pre expresívnu terapiu charakteristická, vyžaduje jednak dobré poznanie všetkých účastníkov, jednak značnú predvídavosť. Lákavé prekračovanie hraníc všednosti môže viesť totiž k takej deregulácii emócií, ktorá sa realizátorovi „vymkne z rúk“ a nie je ju schopný regulovať

Záver

Každá práca so skupinou vyžaduje nielen dobré vedomosti o skupinovej dynamike, ale aj zručnosť so skupinovou dynamikou pracovať. Osobitne vtedy, ak primárna oblasť, s ktorou sa pracuje, sú emóciami. Zahŕňa v sebe aj úctu a rešpekt ku každému účastníkovi stretnutia.

Najväčším nebezpečenstvom v expresívnej terapii je totiž terapeut sám. Najmä vtedy, keď miesto toho aby orientoval terapiu na potreby jednotlivcov v skupine vytvorí model, pre ktorý máme pracovný názov „terapie orientovanej na terapeuta“.

Literatúra

FRIEDLOVÁ, M., LEČBYCH, M. (eds.)2014. *Společný prostor, Common Space 2014*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-4411-6

KRATOCHVÍL, S. 2012. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-2620-302-5

PLAŇAVA, I. 1998. *Spolu každý sám.* Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-292-8

PORUCHY SPRÁVANIA A KOGNITÍVNE BEHAVIORÁLNA TERAPIA

PhDr. Miloš ŠLEPECKÝ, PhD.1, PhDr. Kata PIAČKOVÁ 2, prof. MUDr. Jan PRAŠKO, CSc. 3, PhDr. Antónia KOTIANOVÁ 4

1. Univerzita Konštantína Filozofa, Nitra, Slovensko
2. Ambulancia klinickej psychológie, Liptovský Mikuláš, Slovensko
3. Lekárska Fakulta, Univerzita Palackého Olomouc, Česká Republika
4. Psychagogia s.r.o, Liptovský Mikuláš Slovensko

Súhrn

Príspevok sa venuje poruchám správania z pohľadu aplikovanej behaviorálnej analýzy a kognitívne behaviorálnej psychoterapie. Zdôrazňuje funkčnú analýzu správania z hľadiska ABC modelu a význam funkčného kontexualizmu. Podľa tohto princípu správanie nie je „chybné“, alebo „patologické“, ale vždy má nejakú funkciu v kontexte v ktorom sa dieťa nachádza. Odhalenie tejto funkcie nám pomôže toto správanie zmeniť.

Kľúčové slová: KBT. Aplikovaná behaviorálna analýza. Funkčný kontextualizmus. Poruchy správania..

Vo svojom príspevku by sme sa nechceli venovať praktickým postupom, ktoré používa KBT pri liečbe porúch správania. Ich princípy sú popísané vo viacerých literárnych prameňoch a zhrnuté v knihe M. Buckovej: Behaviorálna modifikácia z roku 1999 a praktické postupy učíme frekventantov výcvikov v KBT na našom kurze tak v rámci certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia, ako aj v jednoročnom kurze pre odborných pracovníkov. Skôr by som sa snažil upriamiť pozornosť na teoretické podklady, ktoré podľa nášho názoru sú rozhodujúce pre pochopenie problému.

Aj keď v praxi KBT terapeutov diagnostikujeme u klientov poruchy správania ako F91, v praktickej práci sa zameriavame skôr na problém, s ktorým dieťa, alebo ľudia, ktorí sa o neho starajú, prichádza. Pre KBT terapeuta človek nie je chorý, len nesprávne odpovedá na podnety z prostredia. Predpokladáme, že sa nenaučil odpovede, ktoré sú primerané a dlhodobo mu prinášajú efekt, alebo sa naučil odpovede, ktorými sa síce vyhýba nepríjemnému prežívaniu, alebo niečo príjemné získava, ale sú neprijateľné pre ostatné deti, alebo prostredie v ktorom žije. Jeho problém sa vytvoril, lebo sa neposilňovalo prispôsobivé správanie, alebo sa posilňovalo správanie neprispôsobivé.

Kým tradičné, hlavne analytické prístupy sa upriamujú na pôvod problému a analyzujú minulosť, KBT je zamerané hlavne na to, čo sa deje tu a teraz. Z tohto pohľadu je aj hlbinná analýza minulosti len preberaním prítomných spomienok klienta. V KBT všeobecne hovoríme, že najdôležitejším faktorom nie je to, čo správanie vyvoláva, ale to, čo určité správanie posilňuje a zvyšuje pravdepodobnosť jeho výskytu. Preto aj u porúch správania nekladieme dôraz na to, ako vznikli, ale na to, ktoré faktory spôsobujú ich udržiavanie a pretrvávanie. Tým nechceme povedať, že pôvod problému nás nezaujíma a nemôže byť užitočné sa ním zaoberať. Venujeme sa mu, ak dochádza

k aktualizácii predchádzajúcej, hlavne emočnej skúsenosti, ktorá spôsobuje neprimerané reagovanie na prítomné podnety, ako sa tým zaoberá Terapia zmenou schém od J. Younga a kol. (2003), ktorá je časťou „tretej“ vlny KBT. Často však neprimerané reagovanie vznikne metódou pokusu a omylu (dieťa náhodou zistilo, že určité správanie, napríklad hodenie sa o zem vyvolá pozornosť rodičov, čo je pre dieťa príjemné a niečo získa), alebo nápodobou, či inými druhmi sociálneho učenia. Tým, že sa toto správanie vyplatilo, tak ho dieťa bude opakovať a stane sa pomocou Skinerovho operačného podmieňovania vedomou operáciou, ktorá vedie buď k pozitívnemu posilneniu (klient ňou niečo príjemné získava, napríklad sladkosť), alebo negatívnemu posilneniu (klient sa niečomu vyhýba, napríklad trestu pomocou klamstva), a keď sa tieto reakcie vyplatia, budú sa v budúcnosti opakovať častejšie. Preto je pre nás v terapii rozhodujúca práca s posilňovačmi. Odstránenie pozitívneho posilnenie vedie k vyhasínaniu správania a odmeňovanie žiaduceho správania vedie k zvýšenej frekvencii jeho výskytu. Samotné odstránenie nežiadúceho správania (poruchy správania) nestačí, je potrebné súčasne posilňovať, odmeňovať správanie žiadúce.

Čo pod pojmom správanie chápeme?

Je pravdou, že je niekoľko rôznych škôl behaviorizmu. . My vychádzame zo smeru, ktorý je známy ako "radikálny behaviorizmus". Radikálni behavioristi dostali svoje meno kvôli svojmu radikálnemu pohľadu na správanie. Považujú za správanie všetko, čo organizmus robí. Áno, čítate správne: všetko, čo organizmus robí je správanie. Teda podľa radikálnych behavioristov procesy, ako je myslenie, cítenie a pamäť sú považované za formy správania a všetky sú považované za veľmi dôležité. Radikálni behavioristi hovoria o dvoch hlavných oblastiach správania. Jedna oblasť je "**vonkajšie**" správanie, ktoré môžu priamo pozorovať jeho účastníci. V bežnom jazyku takéto správanie často voláme konanie.

Druhá oblasť je "**vnútorné**" správanie - teda správanie, ktoré môže pozorovať len osoba, ktorej sa to týka: myslenie, emócie, spomínanie, fantazírovanie, obavy, chuť či vôňa niečoho atď. Radikálni behavioristi starostlivo študujú obidva druhy tohto správania.

Behaviorismus mal hlboký vplyv na psychológiu. Behavioristi tým, že sa držali prísne vedeckých postupov, objavili viacero účinných metód, ktorými sa dá správanie ovplyvniť. Sú to napríklad expozícia, posilňovanie, tvarovanie, vyhasínanie, či klasické a operačné podmieňovanie. Expozíciu považujeme za základ väčšiny liečebných postupov, aj keď si to mnohí terapeuti nechcú uznať, alebo dokonca uvedomiť. V skutočnosti je ťažké si predstaviť efektívneho terapeuta, alebo poradcu, ktorý nevyužíva aspoň niektoré zo základných princípov, ktoré sa ukázali účinné v zmene správania.

Mnohé z týchto myšlienok tiež veľmi ovplyvnili náš každodenný život. Napríklad v rodičovských programoch sa rodičia učia, aby si aktívne všímali, keď sa ich deti správajú žiadúco a za takéto správanie ich odmenili, čo je založené na veľmi účinnom behaviorálnom postupe zvanom pozitívne posilňovanie.

Aplikovaná behaviorálna analýza (ABA)

ABA je účinný postup pre predvídanie a ovplyvňovanie správania, ktorý je založený na teórii učenia a základných princípoch správania. My by sme chceli zdôrazniť jednu z jej najsilnejších stránok a to "**funkčnú analýzu správania**". Čo znamená, keď sa pozrieme na správanie a analyzujeme jeho funkciu. Alebo sa pýtame: "Aký účel toto správanie má "?

Vychádzame z jednoduchého **ABC** modelu, ktorý nám to pomôže pochopiť.

A = (Antecedent) príčina, spúšťač

B = (Behavior) správanie

C- (Consequence) dôsledok.

A je **príčina**, **spúšťač**: Mala by nám pomôcť zodpovedať na otázku: Čo sa stane pred správaním, čo je najdôležitejšie preto, aby k správaniu došlo? Alebo: Toto správanie sa deje v prítomnosti čoho? " Príčiny môžu byť myšlienky, pocity, spomienky, alebo iné vnútorné prežívanie, ale tiež telesné stavy, ako je choroba, hlad alebo únava, plus faktory životného prostredia, ako je napríklad dostupnosť drog alebo alkoholu.

B je **správanie** – teda konkrétne správanie, ktoré analyzujeme. Najčastejšie sledujeme jeho častosť a intenzitu. Pre naše účely si správanie môžeme rozdeliť na performačné, zabezpečovacie, vyhýbavé a interpersonálne. Nejde o oddelené kategórie, ale o pomocné rozdelenie, ktoré nám pomôže lepšie porozumieť jednotlivé psychické problémy. **Performačné správanie** – môžu ho vidieť iní ľudia a najčastejšie slúži na vyjadrenie toho, čo človek vnútorne prežíva. Môže to byť vyskakovanie z lavice pri hyperkinetickej poruche, používanie vulgarizmov pri poruchách správania, plač pri smútku alebo depresii, krik pri silnom strachu a pod.. Hodnotenie svojho vlastného performačného správania môže byť zdrojom seba výčitiek a seba značkovania, a toto môže problémy ďalej udržiavať.

Zabezpečovacie správanie - slúži na zabezpečenie sa pred nepríjemnými zážitkami tak, aby k nepríjemnému prežívaniu nedošlo. Napríklad dieťa môže žiadať rodiča, aby stále kontroloval správnosť jeho výpočtu príkladov z matematiky, alebo aby ho skúšal, či vie učebnú látku. Zabezpečovacie správanie môže však viesť k pretrvávaniu problémov, pred ktorými sa jedinec chce zabezpečiť. Postihnutý totiž postupne stráca schopnosť zvládať obávanú situáciu bez toho, aby sa nejako nezabezpečil a dochádza u neho k zníženiu sebadôvery. Zabezpečovacie správanie má potom spravidla tendenciu sa rozširovať.

Vyhýbavé správanie - je zvláštnym typom zabezpečovacieho správania, kedy sa postihnutý vyhýba určitým situáciám, aktivitám, ale aj myšlienkam, ktoré s obávanými javmi súvisia, aby sa vyhol negatívnym emóciám a telesným pocitom, ktoré by sa inak objavili, napr.: Vyhnutie sa písomke záškoláctvom, pretože dieťa má strach z trestu doma.

Vyhýbavé správanie je jedným z najdôležitejších udržiavacích faktorov psychických problémov.

Interpersonálne správanie - všetky predchádzajúce typy správania sa môžu objaviť v interpersonálnych situáciách. Medzi najtypickejšie prejavy zabezpečovacieho interpersonálneho správania patrí hľadanie pomoci a uistenie. Medzi interpersonálne správanie, ktoré súvisí s poruchami správania patrí však agresívne správanie, ako je obviňovanie, nadávanie, podráždené výbuchy, niekedy aj fyzická agresia. (Praško, Možný, Šlepecký, 2007)

C sú **dôsledky** správania: "Aký vplyv má toto správanie na mňa, ostatných, alebo na životné prostredie? Čo sa stane v dôsledku tohto správania? ", Keď poznáme **A** a **C**, potom môžeme určiť funkciu správania (t.j. jeho efekt, alebo účel).

Tu je jednoduchý príklad analýzy **ABC**:

Terapeut: Čo máš nové doma?

Dieťa: Včera som sa pohádal s bratom a tiež sa pobil.

Terapeut: Chceš mi povedať, čo sa stalo?

Dieťa: Začali sme sa hádať, kto je lepší, nadávali sme si. Ja som mu povedal, že je adoptovaný.

Terapeut: Čo sa dialo po tom, ako si mu to povedal?

Dieťa: Prišiel ku mne, päsťami mi dal do chrbta, pohádali sme sa, kričal, opľul ma, búchal ma do hlavy.

Terapeut: Čo si urobil ty?

Dieťa: Utrel som sa a utiekol k rodičom.

Terapeut: Čo ti vtedy bežalo v hlave?

Dieťa: Nepovažujem ho za brata, stále sa bije, je to debil, nechcem ho v rodine.

Terapeut: Aký si mal pocit?

Dieťa: Naštvalo ma to.

Terapeut: Čo si urobil?:

Dieťa: Išiel som k rodičom a sťažoval sa na neho.

Terapeut: Čo sa udialo na samom začiatku, pred vašou hádkou?

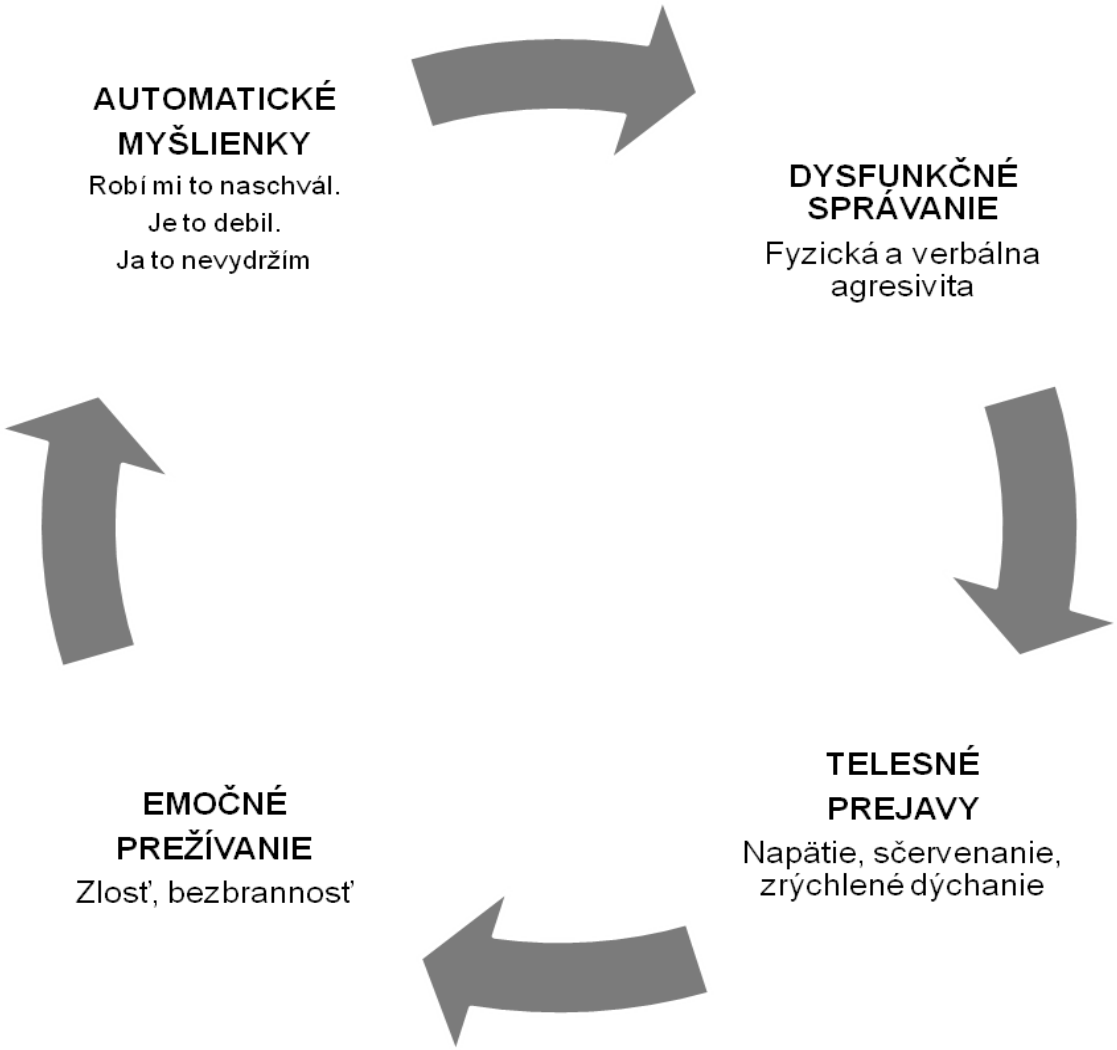
Dieťa: Brat škrabal nožíkom o plechovku.

Terapeut: Čo to v tebe vyvolalo?

Dieťa: Nervozitu. Išiel som za mamou, povedal som jej, že mi to ide na nervy. Mama povedala, aby som išiel do vedľajšej izby. Ja som sa vrátil ku bratovi, on stále škrabal. Mňa to vynervovalo, tak som mu povedal, že je adoptovaný.

Na základe takejto analýzy je potom možné vypracovať s klientom jeho bludný kruh.

Spúšťač: Zvuk škrabania a jeho zhodnotenie klientom.



Dôsledky: Vybitie napätia, ochrana u rodičov

V KBT často žiadame našich klientov, aby si ako prvý krok k jeho zmene, urobili analýzu problémového správania. Tu je príklad ako funkčná analýza správania môže znieť v praxi:

- Terapeut: Takže keď si s bratom a on škriabe nožíkom na plechovku, tak ťa napadá, že: „Toto mi robí naschvál. Ja to nevydržím, Je to debil“. (Príčiny). Čo sa stane?

- Klient: Ako to myslíte?
- Terapeut: No, predstavme si, že je tam kamera, ktorá bude zaznamenávať všetko, čo sa udialo. Keby sme si to video prehrali, čo by sme videli?
- Klient: Myslím, že by ste ma videli chodiť hore dole, hovoriť mu aby prestal, nadávať mu a vykrikovať mu, že je adoptovaný. (správanie).
- Terapeut: A potom?
- Klient: No potom by on vyskočil a začali sme sa biť. (správanie).
- Terapeut: A potom?
- Klient: On je silnejší, tak som musel ujsť k mame. (správanie).
- Terapeut: A potom?
- Klient: Tam som plakal a ona ma zachránila. (následky).
- Terapeut: A tak si sa zachránil pred bitkou a mohol si na neho žalovať, že ti robí naschvál?
- Klient: No asi to tak bolo.
- Terapeut: Dobre, tam si sa cítil bezpečne. (krátkodobý dôsledok). Ako to ale je na druhý deň?
- Klient: No my sa stále hádame a bijeme, nevieme sa spolu hrať. Mama je z nás celá nervózna a potom na nás kričí. (Dlhodobý dôsledok)
- Terapeut: Takže keď ťa napadne, že mi to brat robí naschvál (príčina), tak mu začneš nadávať a pobijete sa (správanie). Potom utečieš k mame, ktorá ťa ochráni (krátkodobý dôsledok), ale brat sa potom s tebou nechce hrať (dlhodobý dôsledok).
- Terapeut: Čo si mohol urobiť lepšie?
- Dieťa: Odísť do druhej izby.
- Terapeut: Keby si tak urobil, čo by sa dialo ďalej?
- Dieťa: On by si škriabal a ja by som pozeral rozprávky.
- Terapeut: Aký by si mal pocit?
- Dieťa: Bol by som pokojnejší.

Postup podľa tohto modelu správania nám v mnohom môže pomôcť. Mohli by sme tu pracovať na vytvorení inej reakcie, na spúšťače zmenou myšlienok a takto zmeniť

emočné reagovanie. Môžeme sa zamerať na dôsledky a prebrať s klientom, aký chce mať vzťah s bratom a či je pre neho dlhodobo výhodné skrývať sa za matku. Môžeme zvážiť rodinnú intervenciu tak aby rodičia posilňovali u obidvoch synov žiaduce správanie. Čitateľ si iste nájde aj iné možnosti, ktoré je možné skúsiť. Pri práci s klientmi, zistíte, že je to veľakrát o funkčnej analýze správania. Najzrejmejšie je to vtedy, keď hovoríme o tom, k čomu správanie slúži, ako je užitočné. Samozrejme, ABA je oveľa viac než sme uviedli, ale bohužiaľ, na podobnejšie rozobratie nie je miesto. Musíme sa posunúť ďalej.

Základnou filozofiou aplikovanej behaviorálnej analýzy je funkčný kontextualizmus.

Môžeme ho pochopiť na príklade stoličky so štyrmi nohami. Predstavte si, že sa s ňou niečo stalo, takže keď si na ňu niekto sadne, zistí, že má jednu nohu kratšiu. Asi by sme povedali, že je "zlomená", "chybná" alebo "poškodená"? Odborne ju môžeme pomenovať "dysfunkčná stolička", alebo dokonca "maladaptívne kreslo"? Väčšina ľudí, ktorí pracujú s problémovými deťmi, ich nejako hodnotí, často múdro odborne.

Problém je, že táto inštinktívna odpoveď - "Áno, niečo nie je v poriadku, stolička je chybná "- neberie do úvahy dôležitú úlohu kontextu. Takže skúsme vymyslieť najmenej tri alebo štyri situácie, v ktorých by sme mohli povedať, že stolička sa nám bude veľmi hodiť.

Napríklad: Niekto si pomocou stoličky urobil kanadský žartík, je to umelecké dielo, rekvizita pre umelecké vystúpenie, pomôcka na zlepšenie rovnováhy, koordinácie a svalovej sily. V týchto kontextoch, táto stolička funguje veľmi efektívne.

Tento príklad ukazuje, podľa čoho dostal funkčný kontextualism svoje meno. Ukazuje nám že veci fungujú len v konkrétnych súvislostiach. Z hľadiska funkčného kontextualizmu žiadna myšlienka, pocit alebo spomienka nie sú samé o sebe problematické, nefunkčné, alebo patologické.

Ako uvádza Harris (2009) väčšina modelov, ktoré používame v psychológii je založená na mechanistickej filozofii. Predpokladáme, že myseľ je stroj zložený z mnohých samostatných častí. "Problémové" správanie, myšlienky a pocity sú chybné súčasti stroja, alebo chyby v jeho štruktúre. Cieľom týchto modelov je opraviť, vymeniť alebo odstrániť tieto chybné diely tak, aby stroj mohol fungovať normálne. Mechanistické modely psychológie predpokladajú, že existujú javy ako myšlienky, pocity a spomienky, ktoré sú vo svojej podstate "dysfunkčné", "maladaptívne", alebo "patologické" Inými slovami, existuje určité správanie, spomienky, myšlienky, pocity, emócie, pohnútky, schémy, stavy ega, základné presvedčenia, a tak ďalej, ktoré sú vo svojej podstate problematické a podobne ako "chybná stolička", je ich potrebné opraviť. Tento prístup bol vo vede a filozofii veľmi úspešný, a tak sa nemožno čudovať, že väčšina modelov v psychológii je založených na nejakej forme takejto mechanickej filozofie. Na tomto mechanizme nie je nič "špatné" a "zlé" alebo "nedostatočné". Chceme len zdôrazniť, že funkčný kontextualismus predstavuje radikálne odlišný filozofický prístup a to prirodzene vedie k rôznym spôsobom terapie.

Rodičia s deťmi, ktoré majú problém so správaním, často prichádzajú na terapiu s týmito mechanistickými predpokladmi. Veria, že klienti sú „chybní“, „poškodení“, alebo „narušení“ a je potrebné ich dať „do poriadku“, alebo „napraviť“. Niekedy sa dokonca deti sami považujú za „nejako vadných". Často veria, že im chýbajú dôležité časti ako "dôvera" alebo "sebaúcta". Alebo sa domnievajú, že je v nich niečo chybné, čo je potrebné odstrániť - ako sú pocity úzkosti, alebo negatívne myšlienky, či traumatické spomienky. Väčšina mechanistických modelov toto posilňuje prostredníctvom:

Slov, ktoré znamenajú, že máme niečo v mysli chybné alebo poškodené - sú to napr. termíny ako "nefunkčné", "maladaptívne", "iracionálne", alebo "negatívne";

Pomocou používania mnohých nástrojov a techník, ktorých cieľom je znížiť alebo nahradiť, či odstrániť tieto nechcené myšlienky a pocity (zvyčajne na základe predpokladu, že toto je podstatné pre zlepšenie kvality života).

Súčasná KBT pristupuje k týmto problémom úplne inak. Snažíme sa pochopiť, akú funkciu má problémové správanie v živote dieťaťa a ľudí okolo neho. Poukazujeme na to, že toto správanie môže byť výhodné z krátkodobého, ale nie z dlhodobého hľadiska. Poukazujeme na to, čo je pre klienta významné, čo chce v živote dosiahnuť, akými hodnotami sa riadi a či je to, čo robí v súlade s tým, aký chce byť. Nesnažíme sa znížiť, alebo odstrániť "príznaky", namiesto toho sa snažíme zásadne meniť klientov vzťah k jeho myšlienkam a pocitom, aby ich už viac nevnímal ako „symptómy“. Vo chvíli, keď myšlienku alebo emóciu označíme ako "symptóm", znamená to, že to je "zlé", "škodlivé", "abnormálne", niečo, čoho je potrebné sa zbaviť, aby sme boli normálny a zdravý. Tento postoj nás vedie k boju s našimi vlastnými myšlienkami a pocitmi - boj, ktorý často má katastrofálne následky.

Čo je cieľom funkčného kontextualismu?

Cieľom je, na základe empiricky získaných postupov, presne a efektívne predvídať a ovplyvňovať správanie. A aký je dôvod toho, že chceme predvídať a ovplyvňovať správanie? Snažíme sa pomôcť ľuďom prežiť bohatý a zmysluplný život. Vedieme klientov, aby si všímali a rozumeli tomu, čo ich správanie spúšťa, ako sa prejavuje a aké sú jeho nielen krátkodobé, ale aj dlhodobé dopady. Vedieme ľudí k zvýšenému uvedomeniu si vlastného správania, k tomu, aby vedeli, akú má v kontextoch ich života funkciu, či kvalitu života zlepšuje, alebo zhoršuje

Môžete sa opýtať, čo chápeme pod pojmom funkcia. Je to odpoveď na otázky: "Aký efekt má toto správanie? Aké sú jeho dôsledky? "Inými slovami, pýtame sa " K akému účelu toto správanie slúži? Čo je jeho cieľom? "

Vysvetlíme to na príklade piatich rôznych osôb, z ktorých si každá porezala predlaktie. Môžeme nájsť päť možných funkcií pre toto správanie?

Tu je niekoľko možností:

- Získanie pozornosti

• Potrestanie sa

• Uvoľnenie napätia

• Zbavenie sa bolestných emócií

• Vytváranie body art

• Snaha niečo cítiť, ak je osoba "absolútne necitlivá"

• Pokus dostať sa do nemocnice

Všimnite si, že pri každom je forma správania rovnaká, avšak funkcia správanie (k akému účelu slúži), je iná.

Teraz predpokladajme, že váš partner je zamyslený a vašou úlohou je získať jeho pozornosť;

Nájdite päť rôznych spôsobov správania ako to dosiahnuť.

Tu je niekoľko nápadov:

• Zakývajte na neho

• Zakričte "Haló, je tam niekto?"

• Nalejte mu na hlavu šálku vody

• Buchnite silno do nábytku

• Povedzte: "Miláčik, môžeš mi chvíľu venovať pozornosť, prosím?"

Na tomto príklade môžete vidieť, že tieto rôzne druhy správania majú rovnakú funkciu. Slúžia k získaniu pozornosti. Pri funkčnom kontextualizme nás zaujíma viac funkcia správania, než jeho forma. Je však dôležité podotknúť, že funkciu správania môžeme poznať, len keď budeme poznať kontext, v ktorom sa vyskytuje. Ak niekto zdvihne svoju ruku vysoko do vzduchu, k čomu to slúži? Je na prednáške a chce sa niečo opýtať? Ukazuje na niečo na oblohe? Alebo sa snaží privolať taxík? Bez znalosti kontextu nemôžeme poznať funkciu správania a naopak.

Poznať funkciu správania teda znamená vedieť, čo ho posilňuje a spôsobuje jeho častejšie opakovanie v budúcnosti. Odstránenie posilňovačov nežiadúceho správania a posilňovanie žiadúceho správania môže významne ovplyvniť problémy deti s poruchami správania.

Literatúra

BZCKOVÁ M. *Behaviorálna modifikácia: Teória a prax*, 1999, UKF Nitra, s. 248 ISBN: 8080502250

HARRIS R., - *ACT Made Simple*, New Harbinger, Oakland 2009 - pôvodná neupravená verzia kapitoly 3 dostupná na internete

YOUNG J. E., KLOSKO J. S., WEISHAAR, M.E. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*, Guilford Press, N.Y. 2003. s. 435

VÝZNAM MERANIA REAKCIE NA STRES PRE ĎALŠÍ POSTUP V TERAPII U DETÍ S PORUCHAMI SPRÁVANIA

PhDr. Antónia KOTIANOVÁ. PhDr. Miloš ŠLEPECKÝ, CSc.

Psychagogia s.r.o.

Príspevok je zameraný na fyziologickú zložku regulácie emócií u detí s poruchami správania. Terapia pomocou biologickej spätnej väzby /biofeedback/ predstavuje metódu, pomocou ktorej si deti môžu uvedomiť inak neuvedomené fyziologické prejavy svojej stresovej odpovede. Práve tá predstavuje dôležitú zložku emočných reakcií, ktoré sú spojené s nižšou kognitívnou kontrolou u detí, keď je mozog ešte vo vývoji a hlavne prefrontálne časti kortexu nie sú ešte dostatočne zrelé, aby dokázali kontrolovať silné emočné reakcie. Táto kontrola je pritom veľmi dôležitá pri nachádzaní efektívnej odpovede na stresové podnety. Pomocou biofeedbackových postupov sa dieťa naučí lepšie regulovať svoje vnútorné psychické stavy. Podstatou terapie je princíp operačného a klasického podmieňovania, pri ktorom v priebehu tréningu opakovaným odmeňovaním dochádza k upevneniu žiaducich reakcií.

Kľúčové slová: Aktivácia. Biofeedback. Emočná regulácia. Stres. Poruchy správania.

Stres môžeme definovať ako nešpecifickú odpoveď organizmu na akúkoľvek požiadavku, ktorá je na neho kladená. Prejavom tejto reakcie je aj množstvo fyziologických prejavov a spôsob, akým sa telo týmto prejavom prispôsobí. Vychádzajúc zo Seleyho teórie stresu predpokladáme, že podnet, ktorý organizmus považuje za stresujúci, v ňom vyvolá poplachovú reakciu založenú na orientačno pátracom reflexe. Zahŕňa zmeny, ktoré sú mierami aktivácie, ale sú krátkodobé: zrýchlená činnosť srdca, dýchanie, elektrodermálna aktivita, zmeny v kostrových svaloch. (podľa Woodworth, Schlosberg 1956). Schéma odpovede je prekvapujúco odolná voči vyhasnutiu alebo adaptácii a je veľmi stabilná. Táto schéma poplachu, jediná krátka epizóda, predstavuje väčšinu čŕt, ktoré možno nájsť v protrahovaných emočných stavoch; ukazuje vzrast všeobecnej úrovne aktivácie a schému odpovede, zahŕňajúci skoro všetky časti tela (Woodworth, Schlosberg 1956). Aj keď je úvodná reakcia viac menej rovnaká, jej spustenie závisí od konkrétneho individuálneho prahu a predispozícií, ktorými sa jedinci navzájom líšia Často sa jedná o subjektvne nepríjemné emočné stavy, deti ich často riešia rieši vyhýbavým spávaním, čím sa tieto prejavy posilňujú a v budúcnosti dochádza k ich generalizácii a zhoršovaniu. Fyziologický komponent nepríjemných emočných stavov je pri opakovaní sa neadaptívnych reakcií veľmi dôležitý a prežívajúcimi osobami intenzívne vnímaný s anticipáciou obáv do budúcnosti. Ďalšou zložkou je kognitívne spracovanie, ktoré môže byť nedostatočné, ak sa jedná o veľmi silné emócie, ktoré dieťa zaplavia. Úlohu zohráva aj nižšia vývojová zrelosť prefrontálnych oblastí a ich následná nedostatočná regulačná funkcia smerom k limbickému systému.

Reakcia, ktorá niekedy v evolučnej minulosti mala adaptívnu funkciu (napr. únik pred predátorom), sa po istom čase môže stať neefektívnou a rigidne sa opakujúcou. Dieťa môže začať odpovedať po fyziologickej stránke rovnako intenzívne aj na podnety, ktoré nie sú život ohrozujúce (napr. na situáciu, ktorú vyhodnotí ako provokáciu). Klesá schopnosť odpovedať primeraným spôsobom na meniace sa podnety a vlastná odpoveď organizmu sa sama o sebe stáva stresorom, ktorú dieťa citlivo vníma a venuje je značnú pozornosť (napr. fyziologické prejavy hnevu).

Činnosť autonómneho nervového systému (ANS), ako aj spoluprácu ANS s centrálnym nervovým systémom (CNS) môžeme merať viacerými biofeedbackovými modalitami. Sledujeme dýchanie, srdcovú frekvenciu a jej variabilitu, svalové napätie, periférny prietok, elektrodermálnu aktivitu (EDA), povrchovú teplotu kože. Hodnotiť ich môžeme aj osobitne, ale ich súčasné snímanie umožňuje vytvoriť komplexnejší pohľad.
Z psychologického hľadiska je dôležité poznať ako pokojový stav dieťaťa, tak jeho reakcie na záťažové situácie. Je potrebné zistiť citlivosť, s akou reaguje na stresujúce podnety rôznej intenzity, poznať schopnosť habituácie v priebehu záťaže a mieru návratu k pôvodným hodnotám. Kombinácia týchto jednotlivých fáz, spojená s meraním fyziologických hodnôt, sa môže stať odrazom flexibility versus rigidity autonómneho a centrálneho nervového systému a ich vzájomnej integrácie. Umožňuje to posúdiť aj diskriminačnú schopnosť pri odpovediach na rôzne záťažové situácie. Táto môže odzrkadľovať ako tendenciu ostávať/neostávať v stave napätej ostražitosti, tak aj vplyv sebahodnotiacich (zväčša negatívne orientovaných – či už smerom k sebe, alebo iným ľuďom) kognícii, čo sa týka spôsobu zvládania priebehu záťaže.
Pri mentálnej záťaži sa rovnováha autonómneho nervového systému mení, dochádza k zvýrazneniu sympatikovej aktivity so súčasným poklesom zložky parasympatikovej. Spolu s prebiehajúcimi hormonálnymi zmenami to má za následok zrýchlenie frekvencie srdca a vzostup tlaku krvi. Faktory, ktoré vplývajú na charakteristiky kardiovaskulárnej odpovede sú rôzne, čo značne sťažuje jej presnú interpretáciu. Svoju úlohu zohráva fyzický stav jedinca a jeho kardiovaskulárneho systému, schopnosť regulačných mechanizmov kompenzovať vzniknutú nerovnováhu, ako aj podmienky prostredia (chlad, hluk). Z psychického hľadiska zasahuje do procesu temperamentová zložka, ako aj komplexný typ osobnosti jednotlivca (A, B, D, X), ako aj silné zážitky, ktoré dieťa zažilo a mnohokrát majú traumatický charakter. Z našej skúsenosti mnohé deti,, ktoré k nám prichádzajú do ambulancie s diagnózou porúch správania zažili v minulosti závažné traumatické udalosti, často úmrtia blízkych ľudí. Nemali a nemajú upokojené základné emočné potreby, čo viedlo k vzniku maladaptívnych emočných schém a v konečnom dôsledku k aktuálnym automatickým maladaptívnym emočným a behaviorálnym vzorcom.

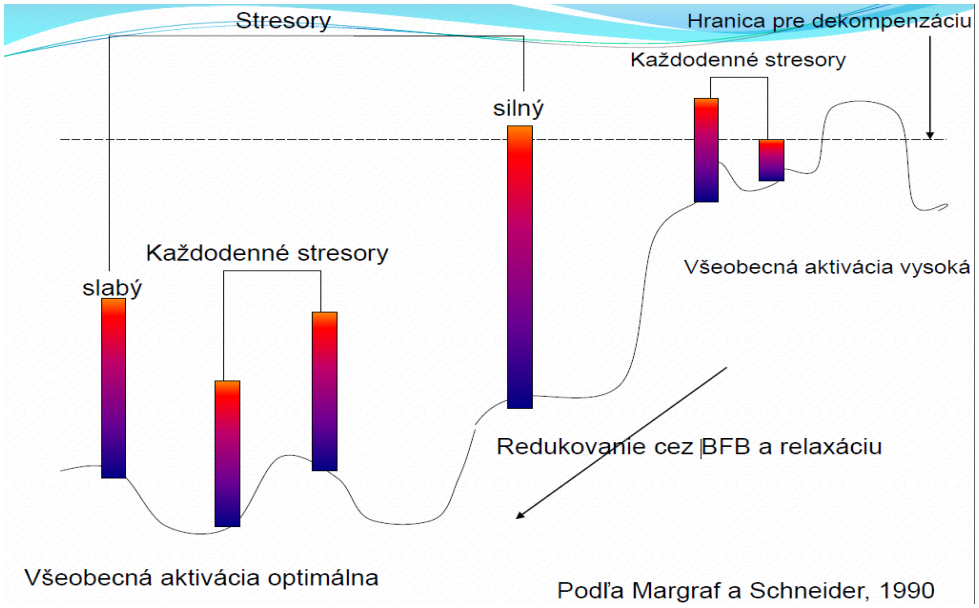
V etiológii porúch správania môžeme podobne ako u ADHD predpokladať odchýlky v dopaminergnom, ale tiež noradrenergnom a serotoninegnom neurtransmiterovom systéme, ktoré by mohli objasňovať nedostatočnú aktiváciu kortexových oblastí, ktoré sú zodpovedné za pozornosť, plánovanie, riadenie správania,

práve tak ako aj za kontrolu motoriky (Newcorn a spol. 2000). Ak predpokladáme zmenu aktivity prefrontálnych oblastí s následným ovplyvnením limbického systému, môže to mať za následok zmeny variability frekvencie srdca (podľa Tonhajzerová, 2008). Keďže však Eisenberg a spol. (2004) vo svojej práci zistili pozitívnu koreláciu medzi zlepšením parametrov variability frekvencie srdca (VFS) a zlepšením symptómov ADHD, poukazuje to na možnosť pozitívneho ovplyvnenia pomocou tréningu fyziologických hodnôt, predovšetkým dynamickej rovnováhy autonómneho nervového systému (sympatikus – parasympatikus) aj porúch správania.

Ak by sme to zjednodušili, tak môžeme povedať, že deti poruchami správania majú po fyziologickej stránke znížené hodnoty parasympatikovej „emočnej brzdy“, čo má za následok že v porovnaní s ostatnými deťmi vedia regulovať svoje emócie omnoho horšie, tieto ich často zaplavujú a následne sa odzrkadľujú v maladaptívnych vzorcoch správania. Ich funkciou je buď sa nepríjemným emočným stavom takýmto spôsobom vyhnúť, ale dosiahnuť pozitívny emočný stav.

Z tohto dôvodu v našom zariadení meriame fyziologické hodnoty pomocou biofeedbackového zariadenia. Našim širším cieľom je získať poznatky, ktoré by umožnili:

- pochopiť jeden aspekt problémov s reguláciou negatívnych emócií u detí s poruchami správania (napr. fyziologické prejavy hnevu)
- zistiť, aká je základná úroveň aktivácie ANS (obr.1)
- vytvoriť podmienky pre kognitívnu prácu a formovanie primeraného správania
- validizovať prežívanie dieťaťa
- overiť si hypotézu terapeuta, čo sa týka prežívania dieťaťa

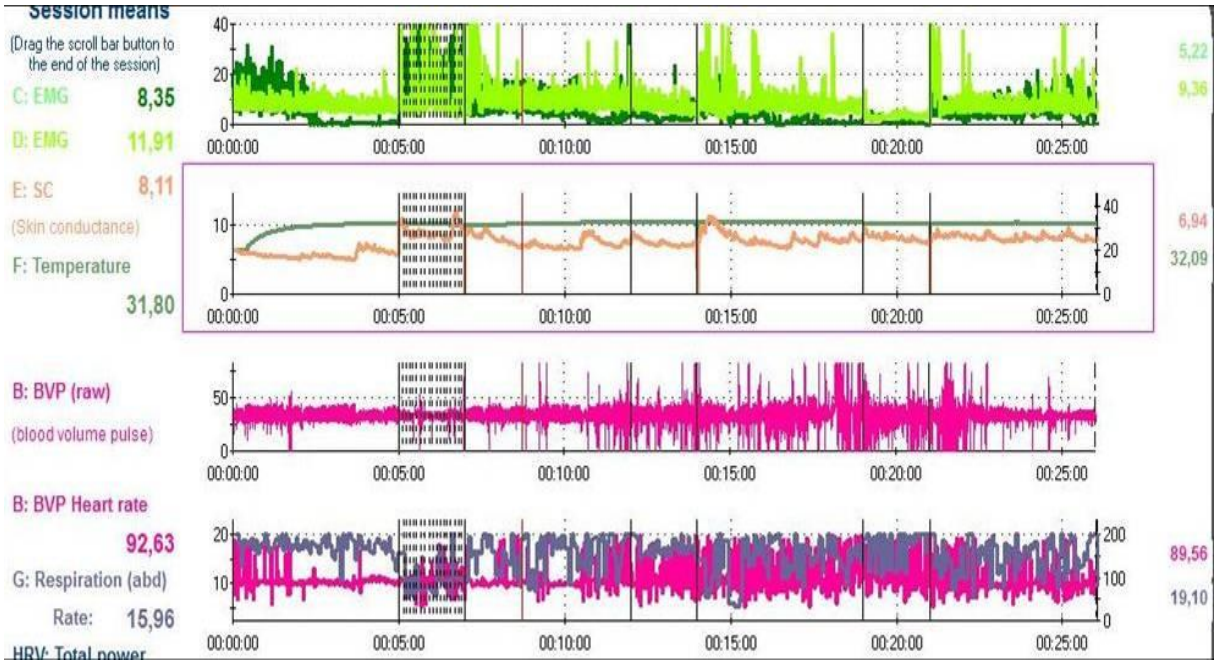


Obr. 1. Vzťah medzi všeobecnou úrovňou aktivácie (arousal) a reakciou na stresové podnety. Čím vyššia je úroveň aktivácie, tým citlivejšie dieťa reaguje aj na menšie podnety z prostredia.

Aby sme mohli dosiahnuť uvedené ciele, meriame fyziologické hodnoty u dieťaťa tak v pokoji , ako aj v priebehu mentálnej záťaže a pri následnom zotavení. V pokoji je najdôležitejším parametrom úroveň aktivácie, v priebehu záťaže sledujeme prehnanú, či redukovanú reaktivitu, prípadne nedostatočnú zmenu v údajoch, schopnosť habituácie v priebehu záťaže a aj citlivosť, s akou dieťa reaguje na rôzne typy záťaže. Vo fáze pokoja po stresovej záťaži (zotavenie) sledujeme mieru návratu k počiatočným hodnotám alebo tendenciu ku kumulácii stresu vo fyziológii. Kombinácia týchto jednotlivých fáz, spojená s meraním fyziologických hodnôt, sa môže stať odrazom flexibility/rigidity autonómneho a centrálneho nervového systému a ich vzájomnej integrácie. Zároveň získame odpoveďovú stereotypiu dieťaťa (napr. odpoveď kardiovaskulárnym, alebo kostrosvalovým systémom). Takto identifikujeme fyziologický vzorec dieťaťa, prepojíme ho s klinickým obrazom a následne nastavíme ciele tréningu, v súlade s potrebami dieťaťa.

Samotné meranie sa väčšinou skladá zo siedmich častí a trvá 23 – 25 minút. Meriame viacero psychofyziologických signálov súčasne (svalové napätie (EMG), kožnú vodivosť (EDA), periférnu teplotu, tepovú frekvenciu a jej variabilitu (HR & HRV), dýchanie. Stresorom môže byť kognitívna úloha, telesný podnet, alebo psychická predstava. Väčšinou používame Stroopov test vo forme powerpointovej prezentácie, mentálnu matematiku a predstavu reálneho stresového zážitku.

Výsledkom je graf, ako na obrázku 2.



Obr. 2. Grafický výstup stresového posúdenia (23 minútové okno) priebehu svalového napätia (svetlozelené), teploty kože (tmavozelená), kožnej vodivosti (oranžová), periférneho prietoku (ružová v strednej časti), rýchlosti dýchania (modrá) a frekvencie srdca (ružová v spodnej časti) u 18 ročného dievčaťa s poruchami správania.

Kazuistika

Pacientka bola odporučená na terapiu z charitatívneho zariadenia, kde bola aktuálne umiestnená. Okrem porúch správania má diagnostikovanú aj bipolárnu poruchu osobnosti a objavovali sa u nej aj hraničné črty s tendenciou k sebapoškodzovaniu. Vyrastala v prostredí, kde nemala naplnené základné potreby bezpečia, lásky a ocenenia. V charitatívnom zariadení má časté konflikty ako s personálom, tak s ostatnými dievčatami, ktoré sú tam umiestnené. Záznam pozostáva z úvodného záznamu (prvých 5 minút), Stroopovho testu (minúta 5 - 7), oddychovej fázy (minúta 7 - 12), matematickej úlohy (minúta 12 - 14), druhej oddychovej fázy (minúta 14 - 16), emocionálneho stresora (minúta 16 - 18) a záverečnej oddychovej fázy (minúta 18 - 23). Na zázname je vidieť vysoké svalové napätie (zelené linky hore - 8,3 µV v pokoji, ktoré v záťaži ešte narastá – norma do 2,2 µV), ktoré naznačuje vyššiu sympatikovú odpoveď. O vysokej miere sympatikovej aktivity vypovedá aj zvýšená hodnota elektrodermálnej aktivity (oranžová linka), na začiatku 8,1 µS (norma do 5 µS) a stúpajúca až do konca merania. Priebeh elektrodermálnej aktivity naznačuje jednak vysokú mieru psychofyziologickej aktivácie počas celého merania a na druhej strane zníženú schopnosť adaptácie na situáciu. To, že v oddychových fázach nemá elektrodermálna aktivita klesajúci trend, môže naznačovať zníženú schopnosť habituácie na stresové situácie.. O vysokej miere psychofyziologickej aktiváce vypovedajú aj ďalšie hodnoty, ako je zrýchlené dýchanie (20 dychových cyklov za minútu) prevažne hrudného typu a frekvencia srdca - 92 úderov za minútu.

Cieľom u pacientka liečby bolo predovšetkým dosiahnuť stav optimálnej aktivácie, ktorý je dôležitým predpokladom pokojného reagovania na stresory.. Na základe získaného individuálneho stresového profilu sme sa rozhodli znižovať frekvenciu dýchania, elektrodermálnu aktivitu, svalové napätie a frekvenciu srdca. Prostriedkom na dosiahnutie týchto cieľov bol biofeedbackový tréning zameraný na optimalizáciu dýchacích vzorcov a znižovanie úrovne psychofyziologickej aktivácie, ako aj relaxačné postupy (predovšetkým mindfullness postupy) za účelom zvyšovania vyváženosti ANS. Rovnako dôležité bolo aj hľadanie optimálnych vzorcov správania a ich prepájanie s reálnymi situáciami. Zároveň sa intenzívne pracovalo na budovaní terapeutického vzťahu a vytvorení pocitu bezpečia v terapii, keďže pocit nedôvery bol u pacientky veľmi výrazný.

Záver

Deti s poruchami správania nevedia dostatočne regulovať silné emócie, ktoré sú často neprimerané . Biofeedbackovým tréningom je možné jednak naučiť ich spôsobilosti tieto emócie kontrolovať adaptívnym spôsobom a prepojiť ich a primeranými vzorcami správania.

Literatúra

EISENBER, J. - BEN-DANIEL, N. - MEI–TAL, G. - WERTMAN, E. 2004. An Autonomic Nervous System Biofeedback Modality for the Treatmnet of Attention Deficit Hyperactivity Disorder – An Open Pilot Study. In *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences.* ISSN 0333-7308, Vol. 41, no. 1, p. 45 – 53.

NEWCORN, JH. - HMIELSTEIN, J. - SCHULZ, KP. - HALPERIN, JM. 2000. The neurobiology of attention – deficit hyperactivity disorder. In *Frontiers in Bioscience*. ISSN 1093-9946, Vol. 5, p. 461 – 468.

TONHAJZEROVÁ, I. - ONDREJKA, I. 2008. Variabilita frekvencie srdca pri niektorých psychiatrických a neurologických ochoreniach. In JAVORKA a kol. *Variabilita frekvencie srdca. Mechanizmy, hodnotenie, klinické využitie*. Martin: Osveta, 2001. ISBN-13 978-80-8063-269-4, s. 149 – 160.

WOODWORTH, R.S. - SCHLOSBERG, H. 1959. *Experimentálna psychológia*. Bratislava: Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied. 1023 s.

UPLATNENIE DYNAMICKÉHO PRÍSTUPU V REEDUKAČNEJ A RESOCIALIZAČNEJ PRAXI – MOŽNOSTI A LIMITY

PhDr. Miroslava BOJAROVÁ, prof. PaedDr.Vladimír LABÁTH, PhD.

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

Psychoterapia je aplikovaná vedná disciplína, ktorú Kratochvíl (2006) charakterizuje ako „...liečebné pôsobenie na chorobu, poruchu, alebo anomáliu“(2006, 13). Ak budeme pokračovať pri citovaní uvedeného autora môžeme o psychoterapii hovoriť ako o zámernom upravovaní narušenej činnosti organizmu psychologickými prostriedkami, sociálnou interakciou, pôsobením prostredníctvom psychiky na celý organizmus. Je procesom pomoci osobám s psychogénnymi poruchami a poruchami, ktoré majú psychické následky. Za psychologické prostriedky možno považovať slovo, neverbalitu, emotivitu, vzťahy, učenie, manipuláciu prostredím a atmosférou, umelecké vyjadrovacie prostriedky (hudba, výtvarné umenie, dramatické a pohybové prejavy, ale aj hru, šport, alebo cielenú pracovnú činnosť a ďalšie aktivity). Podobne pomerne široko, ale v klinickom rámci, definujú psychoterapiu aj Prochaska a Norcross (1999). Podľa nich „psychoterapia je odborná a zámerná aplikácia klinických metód a interpersonálnych postojov vychádzajúcich z uznávaných psychologických princípov so zámerom pomôcť ľuďom zmeniť ich správanie, myslenie, emócie a/alebo osobné charakteristiky smerom, ktoré obe strany považujú za želateľný.“ (Prochaska, Norcross 1999, 16). Vybíral a Roubal (2010) v liečebnom procese zdôrazňujú význam osobnosti a zručností terapeuta, so snahou pokryť široký rozsah psychoterapie od požiadaviek na vzdelanie a oporu vo vede, schopnosti cez vnímanie psychoterapie ako unikátnej príležitosti stretávať druhú osobu, až po kreativitu či osobné umenie terapeuta. Nezabúdajú pritom na etiku a poslanie psychoterapie. V duchu Kratochvílovej definície môžeme teda uvažovať v širšom rámci problematiky narušenia organizmu vo všetkých jeho rovinách, nevynímajúc psychické a sociálne problémy v prepojení na somatickú zložku. Takto chápaná forma pomoci je v súlade s vymedzením zdravia podľa Svetovej zdravotníckej organizácie. Zdravie je stav celkovej fyzickej, mentálnej a sociálnej pohody a nie len neprítomnosť choroby alebo slabosti (http://www.who.int/about/definition/en/print.html).

Vznik novodobej psychoterapie sa datuje k druhej polovici devätnásteho storočia a k prelomu storočí. Jej tradícia sa spája s prvými priekopníkmi P. Janetom, J. Breuerom, predovšetkým však so zakladateľom hlbinnej psychoterapie S. Freudom a jeho spolupracovníkmi O. Rankom, S. Ferenczim a ďalšími, cez K. G. Junga a A. Adlera, neskôr cez behaviorálne, kognitívne, humanistické, systémové koncepcie až po systemické, naratívne, či na riešenie zamerané prístupy, alebo rodovo či kultúrne senzitívne modely. Prochaska, Norcross (1999) píšu o tridsiatich piatich prístupoch v psychoterapii, Vybíral, Roubal (2010) uvádzajú osem základných smerov a ďalších dvadsať prístupov, Kratochvíl (2006) považuje za kľúčových desať oblastí psychoterapie. V celom spektre systémov nemožno prehliadnuť psychodynamický koncept, ktorý možno chápať ako voľnejšie pokračovanie hlbinných prístupov (Kratochvíl 2006).

Psychodynamický, resp. dynamický prístup je podľa Kratochvíla (2006) neortodoxný rozvoj základných myšlienok hlbinných prístupov. Gabbard (2005) ho charakterizuje nasledovne:

1. veľká časť psychického živote je nevedomá
2. dospelého vytvárajú zážitky z detstva
3. pacientov prenos je primárnym zdrojom porozumenia
4. skúmanie prenosu a protiprenosu
5. odpor a jeho skúmanie
6. skúmanie funkcií symptómov, ktoré sú determinované nevedomím
7. snaha získať zážitok autentičnosti a jedinečnosti.

Dynamický prístup sa opiera o koncept deklaratívnej a procedurálnej pamäte, kde sa uchovávajú nielen fakty, udalosti, ale aj zážitky, pocity a emócie. Predpokladá sa pritom, že rané zážitky človeka ovplyvňujú aj v dospelosti a majú významný podiel na emocionálnom, kognitívnom, sociálnom i spirituálnom stave a rozvoji človeka. Popri tradičných názoroch hlbinne orientovaných terapeutov sa v dynamických modeloch pracuje aj horizontálnymi vzťahmi (z celej biografie jedinca) a zohľadňujú sa nielen vertikálne kauzálne vzťahy (väzby v detstve a dospievaní). Obdobne sa očakáva aj väčšia miera zamerania na súčasnosť a aktuálne témy klienta. Terapeutický vzťah má partnerský charakter, niektorí autori (napr. Fredericson 2004) hovoria o psychoterapii ako o kolaboratívnej terapii, resp. o spoluvytváraní zmeny (pacient/klient a terapeut).

Cieľom dynamického prístupu je podobne ako v hlbinných modeloch získanie náhľadu, nepredpokladá sa však, že dosiahnutím akéhokoľvek stupňa náhľadu sa terapeutický/resocializačný či reedukačný proces končí. Naopak názory a skúsenosť ďalších autorov (Kratochvíl 2006, Knobloch, Knoblochová 1999, Yalom 1995 a ďalší) odporúčajú prepojenie na iné, pôvodne protichodné prístupy, akými sú behaviorálne, kognitívne, kognitívno-behaviorálne či humanistické smery alebo systémové modely. V tomto duchu by sme pravdepodobne mohli hovoriť o integratívnom zábere, resp. posune dynamických modelov v smere k eklekticizmu, v systematickom prípade k integrácii.

Jadrom dynamického prístupu však zostáva biografický fókus práce, analýza vzťahu medzi detstvom, psychosociálnym vývinom jedinca, nielen v kontexte rodiny, ale v širšom rámci podnetov a významných osôb. Popri tom sa v prístupe zameriavame na snahu odkrývať neuvedomené, prípadne nevedomé mechanizmy, vnímať ich v kontexte biografie a sociálnych štruktúr v subjektívnom rámci interpretácie. Predpokladá sa zameranie a analýza prenosov a protiprenosov. Významným zdrojom sebaskúmania (predovšetkým v skupinovej psychoterapii) sú primárne projekcie, ale i ďalšie obranné mechanizmy. Pre praktickú činnosť za inšpiratívne považujeme terče terapeutického pôsobenia, ktoré môžeme chápať ako cestu k osvojeniu náhľadu (Gabbard 2005). V tomto smere predpokladáme vysokú mieru subjektivity. Oporu k jej interpretácii môžeme nájsť v kognitívnych koncepciách mentálnej reprezentácie resp. personálnych konštruktov, kde sa uchopenie reality a pripisovanie významov považuje za individualizovaný, subjektívny, unikátny a prirodzený pohľad na sociálnu realitu. Dynamický prístup nemá ambíciu posudzovať realitu objektívne, pracuje obdobne s odrazom reality v mysli klienta.

Psychoterapia je nesporne široko rozvetveným modelom práce s ľuďmi. Spoločným menovateľom je však pomoc, vzťah, zmena. V pomáhajúcich profesiách sú v hre vždy minimálne tri faktory – terapeut (psychológ, poradca, učiteľ, liečebný pedagóg, sociálny pracovník), klient (žiak, pacient) a metóda (postup, intervencia, forma).[1]

V odborných kruhoch sa dlhé roky vedie vášnivá diskusia, aké univerzitné vzdelanie je podmienkou pre výkon psychoterapeutickej činnosti. Vybíral, Roubal (2010) rozlišujú v tomto smere dva elementárne postoje. Oproti názoru, že právo na výkon profesie psychoterapeuta majú len absolventi psychiatrických a klinicko-pschologických univerzitných odborov stoja liberálnejší terapeuti, ktorí presadzujú možnosť výkonu psychoterapie aj pre absolventov iných odborov (humanitných, pedagogických, sociálnych, teologických). Oba názory sú podložené celým radom argumentov a v domácej ani zahraničnej odbornej obci nie je v tomto smere dosiahnutý konsenzus.

Z hľadiska aplikácie môžeme v širokom rámci hovoriť o uplatnení psychoterapie v klinickej a mimoklinickej oblasti. V klinickej oblasti, bez ohľadu na primárne pregraduálne vzdelanie, je z hľadiska formálnych náležitostí psychoterapia v súčasnosti akceptovaná. Snaha o jej legitímne uplatnenie mimo zdravotníckych služieb naráža na nepochopenie a odpor. Na jednej strane je takýto postoj z hľadiska rizík vyplývajúcich z psychoterapeutického potenciálu a kvalifikácie odborníka pochopiteľný. Na strane druhej je to čiastočne aj otázka financovania služieb a mocenských záujmov. Tendencie vniesť psychoterapeutické prístupy, modely, systémy do školského a sociálneho systému starostlivosti (predovšetkým pedagogicko-psychologické poradenstvo, diagnostické a reedukačné centrá, liečebno-výchovné sanatóriá) sú na Slovensku obdobne ako aj v Českej republike pomerne silné a dlhodobé. Systém postgraduálnej prípravy pracovníkov školstva a sociálnej sféry v dynamicky orientovanom psychoterapeutickom prístupe (v základnej časti spĺňa kritériá plnohodnotného psychoterapeutického vzdelania) má v našom kultúrnom prostredí štyridsaťročnú tradíciu. Vychádza zo a je súčasťou systému SUR (Skála, Urban, Rubeš) a jeho absolventi nachádzajú uplatnenie vo vyššie uvedených inštitúciách rovnako ako v zdravotníckom prostredí. Tento model je postavený na psychodynamickom prístupe, je však obohatený o ďalšie prvky, ktoré môžeme charakterizovať ako behaviorálne alebo kognitívne. Z tohto pohľadu by sme mohli pravdepodobne hovoriť o integratívnych prvkoch v príprave odborníkov na psychoterapiu, resp. na uplatnenie metód psychoterapie mimo zdravotnícky sektor.

V oblasti pedagogicko-psychologického poradenstva je evidentné, že sa problematika klientov viaže vo veľkej miere k vzdelávaniu, zaškoľovaniu, problémom výchovy, sociálnej adaptácii, k vývinovým a osobnostným problémom. V oblasti rizikového správania a porúch správania ide viac o otázky dissociálneho vývinu, sociálnych vzťahov, regulácie a sebaregulácie. So značnou mierou zjednodušenia môžeme potom hovoriť o prepojení psychoterapie a reedukácie, resp. resocializácie. V posledných desaťročiach sa resocializácia dominantne spája so závislosťami. Rezidenciálne zariadenia pre deti a mládež s poruchami správania sa nielen zmenou názvu inštitúcií (z výchovných ústavov sa stali reedukačné centrá) dostali do oblasti reedukácie. Nie je pritom dostatočne diferencované či ide skôr o proces učenia, preučovania či prevýchovy (reedukácia tradične pochádza zo špeciálnej pedagogiky), alebo je snaha ovplyvniť procesy socializácie či resocializácie jedinca alebo skupín

[1] Pre zjednodušenie textu uvádzame len mužský rod, uvedomujeme si požiadavku uplatňovať oba rody.

(Labáth 2008). Kondáš a kol. (1985) v publikácii Psychoterapia a reedukácia vnímajú reedukáciu v kontexte behaviorálnych prístupov, čo vymedzenie trochu komplikuje, ale aj zjednodušuje tým, že procesy učenia vnímajú interdisciplinárne a integratívne. Zaiste nie je rozhodujúce, do ktorej kategórie sa prístupy zaradia, zásadné je skôr či vytvárajú zrozumiteľný, uchopiteľný a zmysluplný rámec pre pomoc klientovi. Ak chceme obhajovať psychoterapiu mimo rámec zdravotníctva potom priradenie reedukácie do psychoterapie platí aj v opačnom smere – včlenenie, resp. obohatenie reedukácie o psychoterapeutické prvky.

Psychoterapia je posudzovaná aj podľa intenzity vplyvu v liečbe pacienta. Rozlišuje sa kauzálna a symptomatická, podporná a rekonštrukčná, parciálna a systematická psychoterapia. V tomto duchu možno potom uvažovať aj o jej uplatnení mimo rámec liečby. Psychoterapeutické myšlienky, názory, postoje, rovnako ako metódy, prístupy a formy je možné nesporne aplikovať v širokom rámci mimo zdravotníctva. Psychoterapeutické princípy môžu slúžiť ako bazálny rámec fungovania systému, napríklad zásady terapeutickej komunity (Kratochvíl 1979, Kalina 2008). Môžu byť aplikované diferencovane v závislosti od schopností klienta a jeho problematiky. V niektorých prípadoch je dostačujúca podpora, v iných je nevyhnutné ovplyvňovať postoje, v ďalších je cestou k zmene získanie náhľadu, porozumenie zdrojom problému a sebapoznanie. Môže ísť o podpornú, ale aj kauzálnu formu ak, samozrejme, odborník disponuje dostatočnou kvalifikáciou na výkon profesie tohto druhu.

Psychoterapeutické školy vznikali a rozvíjali sa vo väčšine prípadov v zdravotníckom kontexte, v prepojení na iné metódy liečby, psychiatriu a psychopatológiu. V celom kontinuu vývoja odboru však vidno mnoho pokusov uplatniť skúsenosť a metódy psychoterapie aj mimo rámec duševných chorôb a porúch. Za všetkých možno spomenúť A. Adlera a jeho prácu so sociálne znevýhodnenými ľudmi, J. L. Morena a jeho pokusy s delikventami, deťmi ulice a prostitútkami, alebo C. R. Rogersa, ktorý dokonca zmenil názov svojho originálneho modelu z Na klienta orientovaného prístupu na Na človeka orientovaného prístupu. Mimoklinická sféra teda nie je a ani nemôže byť psychoterapiou obchádzaná. Psychoterapia je nesporne efektívna nielen za „hranicou“ duševného zdravia, ale aj pri iných, hraničných, traumatizujúcich a stigmatizujúcich zážitkoch, tranzitórnych, vývinových a epizodických stavoch zníženého výkonu, pri emočnej labilizácii, sociálnych problémoch či v súvislosti s psychosomatickými alebo somatopychickými zmenai. Prvé pokusy uplatnenia psychoterapie v našej kultúrnej oblasti u mládeže s rizikovým a dissociálnym správaním sa viažu k sedemdesiatym rokom minulého storočia.

Poruchy správania sú popisované rôzne, niektorí autori uprednostňujú koncept emocionálneho a behaviorálneho narušenia, iní sa držia medicínskej klasifikácie čI psychologických konceptov. V kontexte uplatňovania psychoterapeutických prístupov v resocializácii a reedukácii sa ponúka model diferencovaného chápania porúch správania jednak na kontinuu biografie, jednak v kontexte príčin a foriem dissociálnych prejavov. Ak sa oprieme o delenie rizikového správania na tzv. primárne a sekundárne formy maladaptácie dostávame sa k druhej skupine, kde prvotnou príčinou zlyhávania jedinca nie je dissociálny vývin rozpoznateľný v mladšom školskom veku, ale iné nejednoznačne identifikovateľné zdroje. Medzi najfrekventovanejšie patria prejavy rozpoznané a definované pred desiatkami rokov. Predovšetkým ide tzv. substitučné poruchy (Balaštík 1988), deliberačný syndróm (Dobrotka 1966), či externalizované prejavy depresívnych symptómov alebo iné formy komorbidity (Nelson, Finch, Hart 2006, Marmorstein 2006,

Liabo, Richardson 2007, Mathys, Lochman 2010,), členstvo a lojalita s dissociálnou skupinou (Labáth 2009), nevýznamné nie sú ani poruchy kognitívneho vývinu (Kuruc 2013). U týchto porúch, pri primeranej úrovni intelektových schopností, adekvátnej schopnosti sebareflexie a introspekcie a dostatočnej sociálnej inteligencii a senzitivite, možno predpokladať výrazne vyšší efekt uplatnením dynamicky orientovanej psychoterapie ako tradične chápané behaviorálno-režimové, či moralisticko-kognitívne prístupy. Nelson, Finch, Hart (2006) uvádzajú efektivitu rôznych prístupov – hlbinný prístup, rodinná terapia, behaviorálny, kognitívno-behaviorálny, kognitívno-vývinový, multisystémový prístup a psychofarmakologické možnosti ovplyvňovania porúch správania. Neprinášajú jednoznačné preferencie, zo záverov však do popredia vystupujú behaviorálne a kognitívno-behaviorálne modely. V našej kultúrnej tradícii má dynamický prístup v školskej a sociálnej sfére viac ako tridsaťročnú tradíciu, čo potvrdzuje celý rad publikácií v širokom časovom rozpätí (Řezníček 1980, Kožnar, Štúrová 1981, Kožnar 1990, Škoviera, 2008 a 2011, Labáth 1985 a mnohé ďalšie). Rozhodujúcim faktorom pri implementácii psychoterapeutických metód je však kompetencia a motivácia pomáhajúceho profesionála, ktorý je oprávnený využívať metódy dynamickej, resp. integratívnej psychoterapie.

Literatúra

BALAŠTÍK, D. 1988. Substituční krádeže. In: Psychológia a patopsychológia dieťaťa, XXIII, 1988, 3, 195-209

.DOBROTKA, G. 1966. Deliberačný psychosyndróm a juvenilná delikvencia. Psychologica, Sborník FF UK. XVII, VI, 1966, s. 39-57.

http://www.who.int/about/definition/en/print.html

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

GABBARD, G., O. 2004. Dlhodobá psychodynamická psychoterapia. Trenčín: Vydavateľstvo F. ISBN 80-88952-29-8

KALINA, K. 2008. Terapeutická komunita. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2449-2

KNOBLOCH, F., KNOBLOCHOVÁ, J. 1999. Integrovaná psychoterapie v praxi. Praha: Grada. ISBN 80-7169-679-X

KONDÁŠ, O., KRATOCHVÍL, S. a kol. 1985. Psychoterapia a reedukácia, Martin: Osveta.

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

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

KRATOCHVÍL, S. 2006. Základy psychoterapie, 5. vyd., Praha: Portál. ISBN 80-7367-122-0

KURUC, M. 2013 Kognitívny vývin človeka a jeho poruchy. Bratislava: Univerzita Komenského, 2013. 75 s. ISBN 978-80-223-3537-9

LABÁTH, V. 2008. Východiská resocializácie porúch správania. Bratislava: OZ Sociálna práca. ISBN 978-80-89185-32-0

LABÁTH, V. 2009. Dissociálne poruchy správania. Bratislava: OZ Sociálna práca. ISBN978-80-89185-31-3

LIABO, K., RICHARDSON, J. 2007.Conduct Disorder and Offending Behaviour in Young People. London: Jessica Kingsley Publishers.143 s. ISBN 978 1 84310 538 1

NELSON, M., W., FINCH, A., J., HART, K., J. 2006. Conduct Disorder. New York: Springer Publishing Company, Inc. 362 s. ISBN 0-8261-5615-0 (sc)

MARMORSTEIN, N., R. 2006. Adult Antisocial Behaviour Without Conduct Disorder: Demographic Characteristics and Risk for Cooccurring Psychopathology. Canadian Journal of Psychiatry. 2006, 51, 4, s. 226-233.

MATTHYS, W., LOCHMAN, J. 2010. Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood. Oxford: John Wiley and Sons Ltd. 262 s. ISBN 978-0-470-51088-9

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, Duševní poruchy v primární péči. 2001. Praha: Psychatrické centrum. 104 s. ISBN 80-85121-09-3

PROCHASKA, J, O., NORCROSS, j., C. 1999. Psychoterapeutické systémy. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-766-4

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

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

ŠKOVIERA, A. 2011. Prevýchova. Bratislava: FICE. ISBN 978-80-969-2534-6

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

YALOM, I., D. 1995. Skupinová psychoterapie. Teorie a praxe. Hradec Králové: Konfrontace. ISBN 80-86088-05-7

PRÍSTUP ZAMERANÝ NA ČLOVEKA A JEHO POTENCIÁL V PRÁCI S PORUCHAMI SPRÁVANIA[2]

PhDr. Jana PRUŽINSKÁ, PhD.

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

Príspevok je venovaný špecifikám jedného z psychoterapeutických smerov, prístupu zameraného na človeka (Person-Centered Approach, ďalej PCA), v práci s poruchami správania. Poruchy správania neboli v centre hlavnej pozornosti zakladateľa tohto smeru, Carla R. Rogersa (1902 - 1987). Zaujímavosťou však zostáva, že to bola práve práca s mladistvým delikventom, ktorá ho podnietila k hľadaniu novej cesty v práci s ľuďmi.

Poruchy správania vzhľadom k zložitosti svojej etiológie (Vágnerová, 2014; Labáth, 2009; Theiner, 2007) sú posudzované z rôznych odborných hľadísk. A tak nie je vylúčené, že dieťa alebo mladistvý sa bude pri riešení svojich problémov stretávať s viacerými odborníkmi ku ktorým môžu patriť aj psychoterapeuti. Najzávažnejší aspekt poruchy rozhodne aj druhu pomoci, ktorá by mu mala byť poskytnutá prednostne. Psychoterapia sa pri tom môže využívať ako hlavná alebo podporná terapia.

Rogersove názory na prácu s klientom

Osobné skúsenosti Rogersa z poradenskej praxe ho presvedčili o tom, že *účinnosť* rôznych poradenských alebo psychoterapeutických prístupov súvisí nielen s *príčinou* klientovho problému (nízke sebavedomie, nedostatočná socializácia, odlišné osobné hodnoty, neschopnosť nadviazať vzťahy s druhými ľuďmi, udržať vzťahy s druhými, neuvedomovaný vnútorný konflikt,...) a spôsobom práce s ňou, ale aj s príležitosťami na uspokojenie *potrieb* klienta (klient si ich väčšinou neuvedomuje), ktoré mu daný psychoterapeutický prístup vytvára.

Rogers presadzoval vo svojom prístupe zmeny vo viacerých oblastiach (Pružinská, 2013). Podstatnou bola *zmena cieľa* v práci s klientom. V práci smeroval k väčšej nezávislosti (od očakávaní druhých ľudí) a vnútornej integrácii (prežívania a správania) klienta. Takto stanovený cieľ si vyžadoval zmenu *spôsobu práce* s klientom. Znamenalo to dosahovať výsledky tak, že poradca[3] sa nepodieľa na riešení problému, ale pomáha klientovi objavovať zdroje pomoci v sebe. Počas práce s klientom *pozornosť zameriava na jedinca*, na nositeľa problému, nie na problém. Dôraz kladie na *proces* práce s klientom, nie obsah. Samotné riešenie problému nemá pre klienta takú hodnotu ako proces, ktorým prešiel. Zmena v prístupe sa prejavila aj v chápaní toho, čo má byť

[2] Príspevok vznikol vďaka podpore grantu VEGA č. 1/0462/14 pod názvom: Delikvencia mládeže Slovenskej republiky v kontexte vybraných špecifických faktorov - národná self-reportová výskumná štúdia.

[3] V texte sú pojmy poradca a psychoterapeut používané alternatívne a to z dvoch dôvodov. Prvým je rozdielne chápanie poradenstva a psychoterapie predstaviteľmi PCA. Druhým dôvodom sú rozdielne zmeny dosahované aplikáciou PCA. Prístup PCA môže navodzovať psychoterapeutické zmeny a môže sa tiež využívať ako poradenský prístup.

výsledkom práce s klientom. V prístupe zameranom na človeka je to individuálny *rast* klienta. S narastajúcou integráciou prežívania a správania, zvyšovaním kongruentnosti, sa objavuje schopnosť klienta pristupovať k svojmu problému zodpovednejšie, menej zmätene a samostatnejšie. Nadobudnutá alebo zvýšená miera kongruencie vytvára predpoklad, že klient sa dokáže lepšie a ľahšie rozhodovať a preto podobné problémy v budúcnosti bude riešiť sám. Stane sa nezávislým od poradcu.

Názory Rogersa na problémy človeka

Rogers sa sústredil najmä na porozumenie **intrapsychickej dynamiky** jedinca. Za základnú motivačnú silu, ktorá poháňa ľudí k takým činnostiam, ktorými sa zachováva a rozvíja ich organizmus (Meador, Rogers, 1984) považoval aktualizačnú tendenciu. Ide o vrodenú tendenciu k rastu človeka (Rogers, 1998) a naplneniu jeho života. Táto vnútorná sila však môže naraziť na rôzne prekážky, ktoré prichádzajú z vonkajšieho prostredia od ľudí v podobe očakávaní, ktoré by mal jedinec splniť. Ak sa tieto očakávania rozchádzajú so zameraním jeho aktualizačnej tendencie, jedinec môže byť zmätený. Potrebuje sa rozhodnúť či bude naďalej dôverovať svojmu organizmickému hodnotiacemu procesu (múdrosti pohnútok aktualizačnej tendencie – pocity, zážitky) a riskuje odmietnutie pre neho významnými ľuďmi alebo začne plniť ich očakávania a bude sa vyvíjať a rásť smerom, ktorý sa vzďaľuje od jeho vnútorného založenia. Tento konflikt medzi potrebou získavať súhlas druhých (byť prijímaný druhými ľuďmi) a múdrosťou vlastného organizmického hodnotiaceho procesu je príčinou mnohých problémov. U ľudí vzniká vnútorná neistota, prestávajú si veriť a nedokážu sa dobre rozhodovať. Dochádza k strate kontaktu s aktualizačnou tendenciou, dôvere v organizmický hodnotiaci proces a jedinec si začína vytvárať také sebaponímanie, ktoré bude v rozpore so všetkými pohnútkami, ktoré sú jeho odpoveďami na zážitok a prežívanie. Začína vzďaľovať sa sám sebe, prestáva si veriť.

Riešenie problémov človeka Rogers videl v obnovení alebo nadobudnutí sebaakceptácie (prijímanie seba s pozitívnymi aj negatívnymi zážitkami). Jedinec to môže dosiahnuť prostredníctvom znovuobjavenia spoľahlivosti svojho organizmického hodnotiaceho modelu (interný zdroj hodnotenia zážitkov). K tomu je potrebné, aby sa u neho zvýšila miera sebauvedomenia v dôsledku čoho dokáže vstúpiť do kontaktu so svojim vnútorným svetom, so svojimi zážitkami. Jedinec si zážitky sprístupňuje, začína im rozumieť, dokáže rozlišovať medzi tým, čo je pre neho vhodné a dobré. Dokáže rozhodovať o sebe. Prijatie vlastného Ja a následne schopnosť sebaaktualizácie mu pomáhajú prekonávať problémy. Význam sebauvedomovacieho procesu vystihuje známy výrok Rogersa o tom, že klient je najlepší odborník na svoj život. Dlhodobá práca s neurotikmi (pohnútky aktualizačnej tendencie sú opozícii k zvnútorneným príkazom rodičov) priviedla Rogersa k názoru o tom, že vonkajšie sociálne vplyvy sú pre jedinca negatívne, pretože bránia prejavom aktualizačnej tendencie. Tento svoj názor zovšeobecnil aj na ostatné sociálne vplyvy, nielen na rodinu. Dôsledkom bolo odmietanie sociálnych noriem, spoločenské vplyvy boli vnímané ako obmedzujúce spontaneitu, prirodzenosť človeka. V 60-tych rokoch 20. storočia bolo toto vyhlásenie Rogersa pozitívne prijímané alternatívnymi kultúrami povzbudzujúcimi k voľnému sebavyjadrovaniu človeka (Mearns, Thorne, 2013).

Ďalší rozvoj PCA

Závery Rogersa o obmedzovaní aktualizačnej tendencie, prirodzeného rastu človeka vplyvmi sociálneho prostredia boli neudržateľné z dôvodu limitovania prístupu PCA na istú skupinu ľudí. Dochádza k ďalšiemu rozvoju teórie v podobe korigovania vzťahov medzi jedincom a jeho prostredím. Stúpenci a nasledovníci Rogersa presunuli pozornosť na **interpersonálnu dynamiku** a jej význam pre človeka. Často kritizovaný individualizmus jedinca, ktorý mohol byť jedným z výsledkov v predchádzajúcej práci s klientom (klient bol povzbudzovaný k sebaaktualizácii, k rozvoju v zhode jeho vnútornými predpokladmi) upozorňoval na znižovanie významu prítomnosti druhých ľudí . Jedinec sa istým spôsobom vyčleňoval zo sociálneho prostredia. Bol sám sebou. Bol sám? Bol osamelý?

Rozpracovávanie prístupu zameraného na človeka, predovšetkým európskou vetvou britských autorov (Merry, 2004; Mearns, D., Thorne, B., 2013; Mearns, D., Thorne, B., McLeod, J.; 2013) po smrti Rogersa, predstavuje korigovanie niektorých častí teórie PCA: aktualizačnú tendenciu, inkongruenciu ako príčinu problémov jedinca, očakávania druhých ľudí ako prekážky aktualizačnej tendencie. Títo autori prichádzajú s novými teoretickými konštruktmi ako sociálna mediácia, ego syntonický proces, koncepcia vzťahovej hĺbky. Nové pohľady na PCA objasňujú psychopatológiu z nových teoretických pozícií, vysvetľujú problémy človeka, vrátane porúch správania.
Aktualizačný proces

Mearns a Thorne (2013) formulujú koncept aktualizačnej tendencie z pozícií interakcií medzi jedincom a jeho prostredím. Prostredie predstavuje podmienky, v ktorých sa uskutočňuje, aktualizuje vývinová energia človeka. Súčasťou prostredia môžu byť aj rôzne obmedzenia, dokonca prekážky, ktoré bránia optimálnemu rastu. Preto prejavmi aktualizačnej tendencie môže byť správanie, ktoré nemusí byť okolím vnímané ako príjemné, priaznivé, pozitívne. Ak sa na tú istú situáciu pozrieme z pohľadu prebiehajúcich interakcií, budeme tvrdiť, že aktualizačná tendencia podnecovala daného jedinca k tomu, aby využil existujúce podmienky čo najlepšie k svojmu prežitiu. Ak je zdroj hodnotenia prejavov aktualizačnej tendencie externý (druhí ľudia), v hodnotiacich výrokoch sa pravdepodobne budú objavovať slová s negatívnym nábojom. Ak je zdroj hodnotenia interný (jedinec), hodnotenia sú pozitívne, dôsledky aktualizačnej tendencie sa prežívajú ako príjemné.

Aktualizácia ktoréhokoľvek jednotlivca sa uskutočňuje v sociálnom kontexte, v ktorom sa určité činy a prostriedky vyjadrovania hodnotia pozitívne a iné negatívne. Proces tvorby self je procesom socializácie (Malik, in Merry, 2004), zaradením dieťaťa do spoločnosti. Pomocou neho sa prírodný tvor mení na sociálnu bytosť, objekt na subjekt, zviera na človeka.

Do pozornosti sa dostáva sociálny aspekt vývinu jedinca. Objavuje sa pojem *sociálna mediácia* (Mearns, Thorne, 2013). Ide o nový druh orientácie na druhých ľudí, v interakcii s ktorými sa môže aktualizačná tendencia realizovať aj v dimenzii „sociálneho“, čo pre rast jedinca znamená obohatenie v podobe rozšíreného sebaponímania. Prevencia nerovnováhy obidvoch druhov potom spočíva neustále prebiehajúcej výmene medzi pohnútkami aktualizačnej tendencie a varovaním sociálnej mediácie. Jedinec sa tak nemôže spoliehať len na svoje vlastné prežívanie, ale začína rozvíjať aj svoju vnímavosť voči prežívaniu druhých.

Sociálna mediácia vyjadruje potrebu zmierňovať, niekedy usmerňovať prejavy aktualizačnej tendencie. Táto zmierlivá sila sa objaví, ak aktualizačná tendencia narazí na prekážku, ktorá súvisí s aktualizáciou jedinca ako sociálnej bytosti (Šiffelová, 2010). Pojem a*ktualizačný proces* vyjadruje prepojenie aktualizačnej tendencie a sociálnej mediácie.

Príčiny porúch správania z pohľadu PCA

Každý poradenský alebo psychoterapeutický prístup pristupuje k poruchám správania inak. Táto odlišnosť súvisí s predstavami a formuláciami o normálnom fungovaní osobnosti, porozumením príčin problémov človeka a spôsobom pomoci s človeku s problémami.

Príčiny porúch správania z pohľadu PCA môžeme vnímať v troch základných oblastiach.

Prvou je *prekážka rastu* (podmienky ocenenia), obmedzovanie aktualizačnej tendencie (prirodzeného vývoja) vonkajším prostredím v podobe očakávaní prichádzajúcich od významných ľudí (rodičia, iné dospelé autority, rovesníci), ktoré spochybňujú jeho vnútorný zdroj hodnotenia vnemov a zážitkov. Príčinou môžu byť neprimerané očakávania rodičov (Grófová, 2013), podceňovanie dieťaťa, príliš vysoké nároky, ľahostajný postoj k dieťaťu a i. Jedinec sa stáva závislý na druhých ľuďoch, jeho zdroj hodnotenia je vonkajší, druhí ľudia. Neistota vedie k vytváraniu rôznych stratégií, aby dosiahol od nich isté uznanie a ocenenie. Sebaponímanie bude nízke a tak sa nechá viesť druhými alebo sa bude chcieť každému zavďačiť. Zvlášť rizikovými vplyvmi pre takéto dieťa alebo mladistvého je vplyv rovesníckych skupín s asociálnou či antisociálnou orientáciou.

Druhou oblasťou je *narušená rovnováha* medzi aktualizačnou tendenciou a sociálnou mediáciou. Ak preváži aktualizačná tendencia vývin jedinca smeruje k egocentrickému zameraniu na seba. Vzďaľuje sa od sociálneho sveta druhých ľudí. Ak budú veľmi tlmené pohnútky aktualizačnej tendencie, jedinec bude ustupovať druhým, robiť to, čo od neho potrebujú bez toho, aby prihliadali k jeho potrebám. Jedinec sa spolieha alebo len na vlastné prežívanie alebo len na očakávania druhých. Táto rovnováha sa mení počas času a v rôznych oblastiach života človeka. Porucha vzniká, ak človek chronicky uviazol vo svojom aktualizačnom procese, zostáva egocentricky zameraný len na seba alebo len plní očakávania druhých, je taký akým ho chcú mať. Nedokáže si vytvoriť psychickú rovnováhu, ktorá by zodpovedala meniacim sa okolnostiam (Mearns, Thorne, Mc Leod, 2013).

Treťou oblasťou príčin porúch správania je *ego-syntonický proces*. Tento sa objavuje u ľudí, ktorí boli zneužívaní, najmä emocionálne. Zážitky spojené s ich výchovou sú negatívne. Boli zmätení tým, že nemohli predvídať, kedy budú oceňovaní a ľúbení. Situácie, v ktorých sa dalo očakávať niečo pozitívne, sa objavovali negatívne zážitky. *Nedalo sa spoľahnúť na vzťah.* A tak sa jedinec spolieha len na vlastné prežívanie, dôsledkom čoho je, že sociálna oblasť jeho sebaponímania sa nerozvíja spôsobom, ktorý je prijateľný pre druhých ľudí. Sebaponímanie tohto jedinca je založené

na *potrebe ochraňovať sa*. V snahe o sebazáchovu všetko sústreďuje okolo svojho Ja a svojmu sociálnemu svetu rozumie len z tejto egocentrickej perspektívy.

Prežitie v emocionálne a sociálne nespoľahlivom a ubližujúcom prostredí je pre jedinca možné za splnenia niektorého z týchto predpokladov:

- stiahne sa z emocionálneho pripútania
- nájde spôsob ako vzťahy kontrolovať
- nájde spôsob ako vo vzťahoch kontrolovať seba.

Stiahnutie sa z emocionálneho pripútania je prejavom nízkej intenzity ego-syntonického procesu. Jedinec je zmätený a vystrašený.. Vie, že sa mu nedarí a to isté aj očakáva. Avšak nerozumie prečo to tak je. Snažil sa ako len vedel.

Výraznejším prejavom ego-syntonického procesu je , že človek priťahuje vzťahy, ale vo vzťahoch sa mu nedarí, pretože všetko musí mať pod kontrolou. Potrebuje *určiť realitu* a brániť sa pred jej zmenou. V povrchnejších vzťahoch funguje primerane. Vzťah si cení pokiaľ mu prináša istý obdiv a pokiaľ si na neho druhý vo vzťahu neuplatňuje žiadne požiadavky.

Vážnejším prejavom je, keď sú takíto ľudia *nebezpeční pre seba a pre druhých.* Cítia sa byť vzťahmi natoľko ohrození, že sa ich sebaochraňujúci systém neprejavuje zmätkom alebo potrebou kontrolovať, ale nezaujatosťou a dokonca aj násilím. Ich obavy sú tak veľké a prispôsobenie, ktoré si vytvorili, tak slabé, že nezaujatosť, a dokonca sebadeštrukcia alebo deštrukcia iných, môže byť jedinou ochranou existencie, ktorá im zostala.

Sociálne dôsledky ego-syntonického procesu sa môžu prejavovať v rôznej intenzite. Jedinec môže byť obľúbený, ale nedotknuteľný. Môže byť sám a opustený. Ale môže byť aj kontrolujúci, chladný, krutý, s vražednými alebo sebevražednými úmyslami.

Objasnenie ego-syntonického procesu, ako príčiny psychických porúch sa upozorňuje na možnosť *rozšírenia populácie klientov,* u ktorých sa dá prístup aplikovať. Okrem neurotických pacientov je prístup zameraný na človeka využiteľný aj pre klientov s inými formami porúch.

U detí a mladistvých s poruchami správania (Vágnerová, 2014; Bowlby, 2010; Redgrave, 1991) sa môžeme stretnúť so všetkými vyššie uvedenými situáciami.

Potenciál PCA pri poruchách správania

V závislosti od príčiny a rozsahu poruchy správania môžeme uvažovať o miere pozitívneho vplyvu PCA pri jej eliminácii alebo zmierňovaní.

Vzťahová hĺbka. Základným predpokladom práce s poruchami správania je vzťah medzi klientom a poradcom/psychoterapeutom. Rogers ho charakterizoval ako triádu postojov, ktoré prejavuje terapeut voči klientovi a klient ich musí vnímať. Ide o postoj empatického porozumenia klienta, prijímania klienta bez hodnotenia a kongruencie terapeuta. Dave Mearns (1997) hovorí o tzv. vzťahovej hĺbke, ako o jednej, celistvej schopnosti (geštalt) terapeuta/poradcu pracovať na hĺbke vzťahu s klientom vo všetkých terapeutických podmienkach súčasne. Ide o kvalitu terapeutovej/poradcovej prítomnosti

s klientom. Z hľadiska záberu terapie do hĺbky osobnosti, môžeme uvažovať o troch úrovniach. Prvá je zameraná na *behaviorálnu úroveň,* kde sa pracuje s aktuálnym problémom klienta. Zmeny v správaní sú dôsledkom zmeny centra hodnotenia – z vonkajšieho na vnútorné. Klient sa spolieha na vlastné prežívanie, získava väčšiu dôveru vo vlastnú skúsenosť a dokáže sa lepšie rozhodovať, je autonómnejší (Quinn, 2011). Druhá, *intrapsychická úroveň,* predstavuje prácu s procesmi a dialógmi v „Ja" (self). Tieto procesy vo vnútri Ja môžu byť ukryté za prezentovaným problémom. Na tejto úrovni prežívania sa pracuje so znovuobjavením alebo nadobudnutím schopnosti prežívať sa ako človek s hodnotou. Najintenzívnejšiu prácu predstavuje tretia úroveň, na ktorej sa terapeut stretáva s klientom na úrovni jeho existenciálnych procesov. Ide o tzv. *existenciálne „Ja".* Je vyjadrením našej podstaty, toho čo cítime, čo si o sebe myslíme, kde nemusíme nič skrývať a predstierať pred druhými, ani pred sebou. O tom, na ktorej úrovni sa bude pracovať, rozhoduje klient. Nejedná sa o zámerné rozhodovanie. To, čo nakoniec rozhodne, je stav, do ktorého sa klient dostáva vo vzťahu s terapeutom, a ktorý prežíva ako významný a zmysluplný (Pružinská, 2013). Pri poruchách správania by vzťahu pravdepodobne dosahoval behaviorálnu úroveň.

Zmeny v správaní sa navodzujú prostredníctvom zmien v prežívaní klienta. V špecifickom vzťahu medzi terapeutom a klientom, v terapeutickej klíme utváranej postojmi empatie, kongruencie a nehodnotiaceho pozitívneho prijímania klienta dochádza k facilitácii klientovho prežívania. Terapeut nehodnotiaco prijíma toto prežívanie[4] (neznamená to, že súhlasí či schvaľuje správanie klienta) , klientovi komunikuje empatické porozumenie a je pri tom sám sebou. Nepreberá na seba rolu odbornej autority, čo v tej to situácii znamená, že prejavuje úprimný záujem o klienta, bez toho aby mu dával nejaké rady na polepšenie sa. Klient má jedinečnú príležitosť korigovať svoje doterajšie emocionálne skúsenosti, ktoré získaval pri pre neho významných postavách (rodičia, učitelia, vychovávatelia, a ďalší, ku ktorým sa vzťahoval).

Klienti s poruchami správania sa väčšinou stretávajú s rôzne intenzívnymi formami odmietania a veľakrát už nečakajú, že by sa to mohlo zmeniť. Ak klient vnímal terapeutické postoje empatického porozumenia, nehodnotenia a kongruencie, okamžite registruje túto zmenu. Byť prijímaný takým akým je pre klienta znamená, že už nemusí odmietať svoju múdrosť (organizmické pohnútky k rastu v súlade s jeho vnútorným potenciálom) pretože jeho aktuálne prežívanie bolo v súlade s jeho aktualizačnou tendenciou. Bol na chvíľu sám sebou a bol spokojný. Na to, aby dokázal uveriť tejto možno epizodickej skúsenosti, bude potrebovať podstatne viacej podobných skúseností. Bude sa s veľkou pravdepodobnosťou rôznym spôsobom uisťovať, že to bolo úprimné zo strany terapeuta, myslené vážne. Bude potrebovať/chcieť uveriť tomu, že je pre niekoho hodnotným človekom napriek tomu, že konal nesprávne, zle, možno ubližoval. Zmeny v prežívaní sa neuskutočnia naraz a v celom rozsahu. Nie je možné očakávať, že sa objavia zároveň aj zmeny v správaní.

[4] Niekedy sa nesprávne chápe postoj nehodnotiaceho prijímania klienta v zmysle súhlasu terapeuta so správaním klienta. Terapeut nehodnotí zážitky klienta, či sú dobré alebo zlé, ale všetky prijíma, t.j. je prítomný, počúva klienta a prejavuje porozumenie toho, čo klient prežíva. Na základe porozumenia prežívania z vnútorného vzťahového rámca klienta terapeut dokáže porozumieť správaniu a konaniu klienta, ktoré z vonkajšieho vzťahového rámca (vonkajší svet, pohľad druhých ľudí) môže byť vnímané ako neprimerané, rušivé, deštruktívne, asociálne, dyssociálne, antisociálne.

Čím dlhšie sa porucha v správaní rozvíjala, možno zintenzívňovala, stávala sa závažnejšou, tým viacej času bude potrebné na postupné nastupovanie zmien v správaní. Pre poruchy správania je charakteristické opakované a pretrvávajúce, asociálne, agresívne alebo vyzývavé konanie (MKCH 10). Nielen od terapeuta to bude vyžadovať veľa času, úsilia a trpezlivosti, ale aj klienta.

Rogers nikdy nechcel hovoriť o tom, že by terapeut mal byť *vzorom* pre klienta. V istom momente to ale klient môže potrebovať a to práve vtedy, keď bude pochybovať o zmysluplnosti týchto stretnutí, považovať čas strávený s terapeutom za stratený, provokovať terapeuta k zlyhaniu. Terapeut aj v takýchto situáciách komunikuje klientovi empatické porozumenie jeho správania, neodsudzuje ho a zostáva sám sebou. Práve prejavy kongruencie u terapeuta môžu klientovi pomôcť porozumieť čo svojím správaním skutočne vyvoláva v druhých ľuďoch. Terapeut nezľahčuje a nezveličuje, ale úprimne prejavuje účinky správania klienta v jeho prežívaní a dôsledky pre jeho správanie.[5]

Pri vonkajších príčinách porúch správania je užitočné umožniť jedincom prostredníctvom vzťahu s terapeutom získať *korektívnu emocionálnu skúsenosť*. Prístup v zmysle PCA vytvára veľkú príležitosť, aby klient s poruchou správania, za ktorú bol v minulosti veľakrát potrestaný, negatívne hodnotený a odmietaný najmä dospelými autoritami, prežil pravý opak. Nová emocionálna skúsenosť môže byť začiatkom zmeny v jeho správaní.

Pri kombinovaných príčinách (biologických a sociálnych) môže tento prístup mať podporné účinky, napr. umožniť *uvoľnenie všetkých frustrácií*, naplno prežívať všetko čo sa v dieťati deje, prejaviť emócie, ktoré prežíva zažíva dieťa s poruchou ADHD. Trvanie na potlačení či ovládaní týchto emócií môže viesť ešte k silnejším prejavom v prežívaní, ktoré dieťa nemusí ovládať, mať pod kontrolou.
Lenická (2011) opisuje účinky PCA hrovej terapie, ktorá poskytuje priestor pre slobodné sebavyjadrenie dieťaťa. Pozitívny efekt hrovej terapie sa prejavuje pri problémoch, z ktorých ako hlavné uvádzame ako sociálna neprispôsobivosť, utiahnuté správanie, poruchy správania a agresivita, emocionálna neprispôsobivosť, domáce násilie, ADHD, neprispôsobivé správanie v škole.

K vyššie uvedeným tvrdeniam nás oprávňuje poznanie o význame a dôležitosti medziľudských vzťahov v živote človeka (socializácia – bez prítomnosti druhých ľudí a interakcií s nimi sa nestávame sociálnou bytosťou), ako aj o dôsledkoch, ktoré sa dostavujú v prípadoch, keď tieto vzťahy zlyhávajú a neumožňujú uspokojovať základné vývinové potreby dieťaťa či mladistvého: zážitky početných frustrácií, deprivačné účinky, vnútorná neistota, chýbanie pocitu istoty a bezpečia vo vzťahoch s ľuďmi, neschopnosť dôverovať, nízka sebaúcta, nepoznanie zážitkov vzájomnosti, obava z blízkych vzťahov, neschopnosť vytvárať vzťahy s druhými ľuďmi, neschopnosť ich rozvíjať a udržať, pocity viny, citová otupenosť, a i. s následnými problémami v sociálnom správaní. Dôležitosť blízkej osoby v rannom veku je pre ďalší vývin nespočetnekrát preukázaná. Spája sa uspokojovaním potreby mať blízku osobu. Význam vzájomného citového puta je pre dieťa dôležitý v mnohých oblastiach (Fahlberg, in Redgrave, 1991): rozvoj

[5] Často sa stretávame so skresleným chápaním kongruencie a nehodnotiaceho postoja terapeuta v zmysle toho, že terapeut dovolí klientovi čokoľvek. Terapeut dovolí klientovi prežívať čokoľvek. Ktoré správanie klientovi toleruje a ktoré nie, je vecou jeho osobnej voľby a zodpovednosti. Terapeut pozná svoju hodnotu a podľa toho sa bude rozhodovať ako bude ďalej postupovať. Do úvahy prichádza aj to, že prácu s klientom ukončí. Ak k tomu príde, bude to výsledok eticky informovaného rozhodnutia.

intelektuálneho potenciálu, rozlíšiť čo vníma, logicky myslieť, schopnosť dôverovať, získavať sebadôveru, zvládať stres a frustrácie, prekonávanie strachov a rôznych obáv, rozpoznávanie hodnoty seba/vlastnej hodnoty, vývin svedomia, vytárať vzťahy.

Prístup PCA vytvára priestor na stretnutie s človekom, ktorý pracuje s takou kvalitou vzťahu s klientom, ktorú mnohí zažívajú po prvýkrát v živote. Prostredníctvom tohto vzťahu vytvára príležitosť pre klienta, aby v ňom prežíval to, čo je pre neho to najdôležitejšie.

Predpokladaný prínos PCA

Tak ako u žiadnej z psychoterapeutických škôl sa nedá jednoznačne preukázať jej účinnosť pri jednotlivých poruchách a problémoch človeka (vždy sa uplatňujú ešte aj iné kontrolované a nekontrolované vplyvy), podobne je to aj v PCA. Všeobecnou otázkou o možnosti využitia psychoterapie u mládeže s poruchami správania sa zaoberá Labáth (2014), keď sa pokúša konkretizovať podmienky jej využívania v podobe individuálnych faktorov klientov, sociálnych a inštitucionálnych faktorov, odborných a individuálnych faktorov pracovníkov. Znalosť prebiehajúcich odborných diskurzov, ako aj dlhoročná skúsenosť v práci s touto klientelou ho vedú k zdržanlivosti a opatrnosti v záveroch o nastolených otázkach.

Radi by sme prispeli k istému optimizmu a nádeji v práci s touto skupinou detí a mládeže a preto spomenieme najčastejšie uvádzané zlepšenia u klientov, ktoré sa prejavili ako účinky PCA. Patrí k nim získanie alebo prehĺbenie sebaúcty klienta, schopnosť samostatne sa rozhodovať na základe vlastných skúseností, schopnosť poučiť sa z vlastných chýb, zníženie defenzívnych mechanizmov, zníženie pocitu viny a neistoty, pozitívnejšie vzťahy s druhými, schopnosť prežívať a spontánne prejavovať pocity, otvorenosť voči novým zážitkom, nový spôsob nazerania na svet a život.

Záver

Deti a mladiství s poruchami správania často zažívajú odmietanie zo strany dospelých aj rovesníkov, v rodine, v škole a aj v širšom sociálnom prostredí. Prístup PCA im ponúka opačnú skúsenosť, prežívať sa ako človek, ktorý je prijímaný druhým človekom. Domnievame sa, že predpoklad PCA prístupu pre navodenie pozitívnych zmien u tejto skupiny klientov spočíva predovšetkým v nasledovnom.
Zaujímanie nehodnotiaceho prístupu dospelej osoby. Klienti s poruchami správania majú bohaté skúsenosti s hodnotením svojho správania a poučovaním, čo ich stavia do opozície.

Vzdávanie sa roly experta. Expertíza terapeuta/poradcu je v úzadí. Terapeut nenúti pracovať klienta na niečom čo je podľa neho dôležité. O všetkom čo sa bude diať rozhoduje sám klient.
Rešpektovanie autonómie klienta. Klient rozhoduje o úrovni uskutočňovaných zmien v závislosti od hĺbky vzťahu s terapeutom.
Celkový zisk z terapeutickej práce PCA by sme mohli charakterizovať ako nadobudnutie vnútornej istoty človeka prežívanej v sociálnom kontexte.

Literatúra

BOWLBY, J. 2010. *Vazba: teorie raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál. ISBN 80-85850-66-4

GRÓFOVÁ, H. 2013. *Významné osoby v procese socializácie u detí s poruchami správania.* Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. ISBN 978-80-223-3269-9

LABÁTH, V. 2014. Možnosti a medze uplatnenia psychoterapie u mládeže s poruchami správania. *Križovatky V.* Recenzovaný zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie „Poruchy správania – prevýchova, psychoterapia, resocializácia“. T. Cehlár. ISBN 978-80-969253-8-4. S. 4 - 10

LABÁTH, V. 2009. *Dissociálne poruchy správania.* Bratislava: OZ Sociálna práca. ISBN 978-80-89185-31-3

LENICKÁ, L. 2011. Na dieťa zameraná hrová terapia. *Empatia 4/2011*, s. 37 - 44

MEARNS, D. 1997. *Person-Centered Counselling Training. London*: Sage. ISBN 0-7616-5291-8

MEARNS, D., Thorne, B. 2013. *Terapie zaměřená na člověka*. Pro využití v praxi. Praha. Grada. ISBN 978-80- 247-3881-9.

MEARNS, D., THORNE, B., McLEOD, J. 2013. *Person-Centered Counselling in Action*. 4rd ed. London: Sage. ISBN 978-1-4462-5253-6.

MERRY, T. 2004. *Naučte sa byť poradcom. Poradenstvo zamerané na človeka*. Bratislava: Ikar. ISBN 80-551-0768-8

PRUŽINSKÁ, J. 2013. *Person-Centred Approach in Social Work*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe. ISBN 978-83-01-17595-5

REDGRAVE, K. 1991. If Only Somebody Had Told Me. Understanding deprived and abused children. *Cheadle: Boys´and Girls´ Welfare Society*. ISBN 1- 869801- 09- 1

QUIN, A. 2011. A Person-Centered Approach to the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Journal of Humanistic Psychology*. Vo. 51. No 4. p. 465–491

ŠIFFELOVÁ,D. 2010. *Rogersovská pschoterapie pro 21. století*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2938-1

THEINER, P. 2007. Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiat. pro praxi*; 2007; 2. s. 85–87.

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

MEDZINÁRODNÝ VÝSKUM DELIKVENCIE MLÁDEŽE V KONTEXTE SELF-REPORTOVÝCH ŠTÚDIÍ

PhDr. Martin LULEI , PhD.

Centrum výskumu v sociálnej práci a liečebnej pedagogike
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky
PF UK
Ul. Šoltésovej č. 4
811 08 Bratislava
Slovenská republika
Tel.: +421-2-502-221-14
E-mail: lulei@fedu.uniba.sk

Kriminalita mládeže v Európe a na Slovensku - exkurz

V Európe sa priemerné percentuálne vyjadrenie podielu mládeže na celkovej kriminalite pohybuje na úrovni 15%. Aj preto je v európskych krajinách kriminalita mládeže považovaná za dôležitú sociálnu a politickú oblasť.

Na Slovensku predstavujú mladí ľudia vo veku do 30 rokov podstatnú časť obyvateľstva (37,4 %), čo je takmer 2 milióny občanov (Stratégia, 2014). Kriminalitu a delikvenciu mládeže vo vzťahu k páchateľovi ovplyvňujú predovšetkým rizikové statické (stále resp. nemenné) a dynamické (meniace sa v čase) kriminogénne faktory akými sú napr. nezamestnanosť, chudoba, sociálne vylúčenie, počiatočný vek kriminálnej kariéry, abúzus návykových látok a i. Z celkového počtu nezamestnaných mladých ľudí na Slovensku je až 54,4 % dlhodobo nezamestnaných. Slovensko je s Maltou krajinou, v ktorej mladí muži opúšťajú rodičov vo veku 30 až 35 rokov a mladé ženy vo veku 28 až 30 rokov, pričom dôvodom tohto trendu je i obava z toho, že po odchode od rodičov budú vystavení sociálnemu vylúčeniu a chudobe (Stratégia, 2014). V roku 2014 bolo odsúdených 1 554 mladistvých za 2 008 skutkov. Priemerný podiel mladistvých na celkovom počte odsúdených za roky 2010 – 2014 je 5,23 %. Kým u mladistvých a odsúdených zaradených do stredného stupňa stráženia bol zaznamenaný pokles počtu, u odsúdených zaradených do minimálneho a maximálneho stupňa stráženia bol zaznamenaný nárast ich počtu (MS SR, 2014). Rychtárik (2013) vo svojom príspevku s názvom Kriminalita na Slovensku v rokoch 2007 až 2011 optikou oficiálnych štatistík[6] uvádza niekoľko záverov týkajúcich sa aj kriminality mládeže a recidívy páchania trestnej činnosti:

- kriminalita na Slovensku v ostatnom období kvantitatívne klesá, úroveň celkovej registrovanej kriminality v SR sa od roku 2007 v porovnaní s rokom 2011 znížila o 16 %,

[6] Príspevok bol publikovaný v zborníku s názvom SOCIÁLNA PATOLÓGIA OPTIKOU SOCIOLOGICKÉHO SKÚMANIA z medzinárodnej vedeckej konferencie zo slovensko – českých sociologických dní (Lubelcová, Džambazovič, 2013). Autor sa zameral na štatistickú deskripciu trestnej činnosti evidovanej v SR v rokoch 2007 až 2011, a to z údajov sústredených v rámci Evidenčno-štatistického systému kriminality vedeného Policajným zborom SR.

- najrozšírenejšou formou kriminality na Slovensku je majetková trestná činnosť, takmer polovica všetkých trestných činov v SR sa týka krádeží (prípadne poškodzovania majetku), podiel majetkových a násilných trestných činov na celkovom počte trestných činov klesá, zatiaľ čo sa zvyšuje podiel ekonomických a tzv. zostávajúcich trestných činov (napríklad trestný čin zanedbania povinnej výživy a i.),
- v sledovanom období dochádza k poklesu podielu páchateľov v mladistvom a maloletom veku, zastúpenie osôb mladších ako 14 rokov medzi páchateľmi kriminality sa od roku 2007 znížilo z 3 % na 2 % a podiel mladistvých páchateľov (osoby mladšie ako 18 rokov, ale staršie ako 14) sa znížil z 11 % na 8 %,
- dochádza k zmenám v sociálnych profiloch páchateľov kriminality – zvyšuje sa zastúpenie žien a osôb s vysokoškolským vzdelaním a znižuje sa podiel detských a mladistvých páchateľov,
- medzi páchateľmi kriminality sa v sledovanom období zvyšovalo zastúpenie tých osôb, ktoré už boli v minulosti stíhané za podobný trestný čin, zatiaľ čo v roku 2007 z celkového počtu páchateľov predstavovali recidivisti len 16 %, v roku 2011 to bolo 18 %, oproti predchádzajúcim rokom 2009 a 2010 však došlo k poklesu a v týchto rokoch podiel recidivistov dosahoval 20 % a 21 %.

Absenciu a potrebu juvenilnej justície na Slovensku identifikovalo už viacero odborníkov z rôznych oblastí (napr. Kusá, Nurse, 2014 a i.) ako i závery vedeckých podujatí (napr. konferencie o kriminalite mládeže).

Self-reportové výskumy delikvencie mládeže

Self-reportové výskumy delikvencie majú spravidla tri rozličné a zároveň sa prekrývajúce ciele (Junger-Tas et al., 2012):

1. meranie prevalencie a výskytu páchania trestnej činnosti,
2. testovanie teórií, týkajúcich sa korelácii vybraných faktorov páchania trestnej činnosti,
3. deskripcia dimenzií a trajektórií delikventnej kariéry (napr. vek a i.).

Prvé self-reportové štúdie boli realizované v USA v 40. rokoch 20. storočia[7]. Výskumne sa osvedčili, ich metodológia bola a je neustále zdokonaľovaná a stali sa jednou z najvyužívanejších výskumných techník v kriminológii (Tomášek, 2013). Self-reportové štúdie možno aj slovami iných autorov (napr. Junger-Tas et al., 2012) považovať za „poklad“ v nahliadnutí do problematiky delikvencie, kriminality a viktimizácie. Využívajú sa ako „doplnok“ alebo dokonca „protipól“ oficiálnych štatistických dát registrovanej kriminality. Prečo? Pretože ich prínosom je priama výpoveď respondentov. Najzávažnejším nedostatkom oficiálnych štatistických dát registrovanej kriminality je podľa Štefunkovej (2014) to, že to nie sú informácie o „skutočnej“ kriminalite, ale len o tej jej časti, o ktorej sa organizácie zhromažďujúce tieto štatistické dáta dozvedeli resp. bola nimi registrovaná. Ďalšími z kľúčových nedostatkov sú v komparačných výskumoch napríklad rozdiely v jednotlivých národných jurisdikciách (skutok, ktorý je trestným činom v jednom štáte, nemusí byť trestným činom v štáte inom) ako i fakt, že na registrovanú kriminalitu má kľúčový vplyv oznámenie trestného činu zo strany obete/poškodeného alebo svedka. Práve oznámenie obete alebo svedka o trestnom čine úzko súvisí aj s dôverou verejnosti v systém trestnej justície. Dôveru

[7]Za prvú self-reportovú štúdiu, ktorá bola medzinárodná, komparatívna a realizovaná na rozsiahlom výskumnom súbore respondentov z 13 štátov možno považovať International Self-Reported Deliquency Study I. (Barberete, 2004).

slovenskej verejnosti v systém trestnej justície možno považovať za absolútne kritickú (v negatívnom slova zmysle), čo potvrdili i výsledky Flash Eurobarometra 385 z roku 2013 ako i výskumy verejnej mienky (napr. Via Iuris, 2015)[8]. Preto možno oficiálne/rezortné štatistické dáta o registrovanej kriminalite považovať skromne za lepšie ako žiadne východisko. Na analyticko-interpretačné limity týchto dát upozorňujú viacerí renomovaní autori (napr. Rychtárik, Lubelcová a i.).

Projekt VEGA - Delikvencia mládeže Slovenskej republiky v kontexte vybraných špecifických faktorov - národná self-reportová výskumná štúdia

Národná self-reportová štúdia delikvencie mládeže (NSRD) vychádza z tradícií medzinárodných výskumov ISRD 1 a ISRD 2 (základné informácie uvádzame v Tabuľke 1). Tabuľka 1 – Výskumy ISRD 1 -3

Názov výskumu a poradové číslo	Časové obdobie realizácie (roky od do)	Počet zúčastnených štátov	Názvy štátov	Bibliografický záznam vybranej publikácie s výstupmi z výskumu
ISRD 1	1992 - 1993	13	Belgicko, Anglicko a Wales, Fínsko, Nemecko, Grécko, Taliansko, Severné Írsko, Nový Zéland, Portugalsko, Španielsko, Švajčiarsko, Holandsko, USA	Junger-Tas, Josine, Terlouw, Gert-Jan, & Klein, Malcolm W. (Eds.). (1994). *Delinquent Behavior Among Young People in the Western World: First Results of the International Self-Report Delinquency Study*. Amsterdam: RDC – Ministry of Justice, Kugler Publications.
ISRD 2	2005 -2007	31	Čína, Arménsko, Bosna a Hercegovina, Česká republika, Estónsko, Maďarsko, Litva, Poľsko, Rusko, Slovinsko, Cyprus, Taliansko, Portugalsko, Španielsko, Dánsko, Fínsko, Island, Nórsko, Švédsko, Rakúsko, Belgicko, Francúzsko, Nemecko, Írsko, Švajčiarsko, Holandsko, Kanada, USA, Surinam,	Junger-Tas, Josine, Marshall, Ineke Haen, Enzmann, Dirk, Killias, Martin, Steketee, Majone, & Gruszczynska, Beata (Eds.). (2010). *Juvenile Delinquency in Europe and Beyond: Results of the Second International Self-Report Delinquency Study*. New York: Springer.

[8] Podľa výsledkov prieskumu verejnej mienky, ktorý bol realizovaný v časovom období od 30. septembra do 2. októbra 2013, na 26 581 respondentoch s rôznym socio-demografickým statusom z 28 štátoch EÚ prostredníctvom metódy telefonického interview, sa menej ako 3 respondenti z desiatich vyjadrili, že inklinujú k dôvere v národný systém justície v SR. Vzhľadom k tomu, že podľa výsledkov resp. poradia od najvyššej dôvery smerom k najnižšej bola SR predposledným štátom z členských štátov EÚ, možno toto zistenie považovať za alarmujúce. Reprezentatívny kvantitatívny prieskum medzi obyvateľmi SR vo veku od 18 rokov realizovala VIA IURIS v spolupráci s Agentúrou Focus od 1. do 9. septembra 2015. Výberovým súborom bolo 1003 respondentov (použitý bol kvótny typ výberu súboru podľa socio-demografických ukazovateľov pohlavie, vek, vzdelanie, národnosť, veľkosť sídla, kraj). Respondentom prieskumu bola položená otázka: Do akej miery dôverujete alebo nedôverujete nasledujúcim inštitúciám – súdy a súdnictvo? 37 % respondentov sa vyjadrilo, že súdom a súdnictvu vôbec nedôveruje, 37 % skôr nedôveruje, 20 % skôr dôveruje, 2 % úplne dôveruje a 5 % respondentov nevedelo na otázku odpovedať (VIA IURIS, 2015).

			Holandské Antily a Aruba, Venezuela	
ISRD 3	2012 - 2015	35	Kapverdy, Čína, India, Indonézia, Južná Kórea, Arménsko, Bosna a Hercegovina, Česká republika, Estónsko, Kosovo, Litva, Macedónia, Rumunsko, Srbsko, Slovenská republika, Ukrajina, Chorvátsko, Grécko, Taliansko, Portugalsko, Španielsko, Dánsko, Fínsko, Švédsko, Rakúsko, Belgicko, Francúzsko, Nemecko, Švajčiarsko, Holandsko, UK (Anglicko a Škótsko), USA, Brazília, Čile, Venezuela	-

Hlavným cieľom ISRD 3, ktorého parciálnou časťou je NSRD na národnej úrovni, je deskripcia a explanácia kriminality mládeže. V súčasnosti možno identifikovať absenciu medzinárodne koordinovaného a komparatívneho výskumu kriminality mládeže, násilia a zneužívania návykových látok, ktorý by zahrňoval európske a iné štáty a využíval štandardizovaný výskumný nástroj, reprezentatívny typ výberu súboru a analýzu. Deskripcia prevalencie a výskytu (frekvencie) kriminálneho správania na nadnárodnej úrovni prináša možnosť vyhodnotenia prostredníctvom komparatívnej medzinárodnej štúdie, orientovanej na porovnanie vybraných aspektov s inými štátmi. Komparácia rozdielov medzi krajinami je potrebná aj z toho dôvodu, že kriminalita mládeže a násilie narastá v niektorých západoeurópskych štátoch viac ako vo zvyšku Európy, zatiaľ čo za posledné roky vo východoeurópskych krajinách narastá konzumácia drog a alkoholu. Na národnej úrovni (SR) boli realizované v roku 2000 (Bratislava) a 2006 (Nitra) dve prestížne medzinárodné konferencie o kriminalite mládeže. Problematike kriminality mládeže sa v slovenských podmienkach venujú odborníci z rôznych vedných disciplín (sociológia kriminality, kriminológia, sociálna práca a i.). Napriek širokému spektru publikácii od expertov v danej oblasti (Ondrejkovič, Lubelcová, Džambazovič, Holcr a i.) na Slovensku absentujú výstupy zo self-reportových štúdií reprezentatívneho charakteru.

Prvou iniciatívou pre participáciu Slovenska na v poradí tretej medzinárodnej self-reportovej výskumnej štúdii delikvencie mládeže (ISRD 3) bol kontakt s holandskou inštitúciou Wervey Jonker Instituut (organizácia zameraná na vedecký sociálny výskum) z októbra 2010, týkajúca sa partnerstva v medzinárodnom projekte financovanom zo zdrojov EÚ. Projekt bol vypracovaný a podaný holandskou organizáciou, avšak nebol zaradený medzi financované projekty. Následne doc. Pavelová, prof. Labbáth. a Dr. Lulei s výskumným tímom z Katedry sociálnej práce a Centra výskumu v sociálnej práci a liečebnej pedagogike PF UK podal v roku 2013 projekt VEGA s názvom Delikvencia mládeže Slovenskej republiky v kontexte vybraných špecifických faktorov - národná self-reportová výskumná štúdia. Projekt bol úspešný a aktuálne je v druhom roku implementácie (časové obdobie realizácie projektu je od 01/2014 – 12/2016).

Hlavným cieľom projektu je získanie špecifických dát z oblasti delikvencie mládeže (kriminalita mládeže, viktimizácia, zneužívanie návykových látok a i.), ktoré nie sú identifikovateľné zo štatistických ukazovateľov a reprezentatívnych národných výskumov a štatistík celkovej kriminality. Na národnej úrovni sa vedecký projekt orientuje na nasledovné ciele:

1. deskripcia prevalencie páchania trestnej činnosti a viktimizácie medzi mládežou vo veku 12 – 15 rokov (7. – 9. ročník základnej školy),
2. analýza významu špecifických premenných vo vzťahu k páchaniu trestnej činnosti mládeže (mikroúroveň – jednotlivec, mezoúroveň - škola a rovesnícke skupiny, makroúroveň - mesto a štát),
3. identifikácia reakcií kľúčových štátnych orgánov na kriminalitu mládeže (národné stratégie, národné programy, akčné plány, projekty a i.),
4. identifikácia korelácií v páchaní trestnej činnosti mládeže medzi vybranými premennými (napr. vek, rodina, spôsob trávenia voľného času, afiliácia k rovesníckym skupinám, užívanie návykových látok, páchanie trestnej činnosti rodinnými príslušníkmi a i.),
5. tvorba vedeckej monografie zameranej na výstupy z realizácie výskumu.

Výskum prinesie dve základné úrovne výstupov ponúkajúcich realizáciu v spoločenskej praxi:

1. úroveň špecifických intervencií v konkrétnej praxi s cieľovou skupinou:
   Výstupy budú prínosom pre deti a mládež (12 – 15 ročných), ktoré sa stali obeťami násilia. Výsledky zo self-reportovej štúdie, zážitkov obetí a charakteristík páchateľov, budú poskytovať potrebné informácie, ktoré budú východiskom pri nastavení preventívnych aktivít a špecifických programov a intervencií pre budúce obete a potenciálnych páchateľov. Výstupy z NSRD budú využiteľné v konkrétnej praxi, na národnej úrovni, týkajúcej sa rôznych foriem a metód práce s cieľovou skupinou detí a mládeže napr. prevencia kriminality mládeže (tvorba a nastavenie preventívnych aktivít), prevencia závislostí, prevencia viktimizácie) a i.
2. strategicko - koncepčná úroveň:
   Výstupy sa budú reflektovať v tvorbe národných stratégií, akčných plánov a iných dokumentov na národnej úrovni.

Počas prípravy, vo fáze realizácie a následne analýzy a interpretácie získaných výskumných dát výskumný tím spolupracuje s Karlovou Univerzitou (Praha, ČR), Northeastern University (Boston, USA) a Universität Hamburg (Hamburg, Nem.). Vzhľadom na náročnosť projektu (rozsah výskumného súboru, zber dát a ich spracovávanie a i.) v máji 2015 výskumný tím komunikoval aj so Slovenským inštitútom mládeže (Iuventa). Dopyt zo strany riešiteľského kolektívu bol predovšetkým po doplnkovom financovaní resp. akejkoľvek finančnej podpore (napr. na personálne náklady, cestovné, výdavky v súvislosti s publicitou a informovanosťou, disemináciou a pod.). Odbor stratégie a metodiky odborných činností Iuventy však na tento dopyt nereflektoval, čo možno vzhľadom na jedinečnosť výskumu ISRD 3 a deklarovanú misiu Iuventy („Podporujeme mladých ľudí, aby poznali, vedeli a mohli využívať príležitosti pre kvalitnejší život“) považovať prekvapujúce a smutné zároveň. V apríli 2013 sa členovia výskumného tímu zúčastnili pracovného stretnutia k ISRD, ktoré sa uskutočnilo na Karlovej Univerzite a následne aj na konferencii Európskej kriminologickej spoločnosti (ESC) v Prahe.

Konkrétne postupy na dosiahnutie cieľov projektu sú nastavené nasledovne:

1. metaanalýza dostupných výskumov k danej problematike na národnej a medzinárodnej úrovni,
2. úprava a preklad štandardizovaného výskumného nástroja (dotazník ISRD 3),
3. stáže výskumného tímu v spolupracujúcich inštitúciách (Hamburg, Praha) – konzultácie,
4. príprava hlavnej fázy výskumu (manažment a technické zabezpečenie zberu dát a jeho vyhodnotenia),
5. realizácia výskumu na výskumnom súbore 1800 respondentov stredných a základných škôl (7., 8. a 9. ročník) na národnej úrovni (reprezentatívny súbor, náhodný typ výberu súboru v dvoch veľkomestách - Bratislava, Nitra),
6. analýza a interpretácia získaných dát,
7. publikovanie vedeckej monografie.

Zber dát bol ukončený v júni 2015 (podrobnejšie informácie sú v Tabuľke 2). Aktuálne prebieha nahadzovanie dát do špecializovaného softvéru, ktoré realizuje výskumný tím v spolupráci s vyškoleným personálom. Publikovanie prvých vybraných výsledkov na deskriptívnej úrovni sa predpokladá v lete 2016.

Tabuľka 2 Zber dát ISRD 3 Slovenská republika

Mesto	Časové obdobie realizácie zberu dát	Počet zapojených škôl	Aktuálny počet dotazníkov po ukončení zberu dát	Počet osôb realizujúcich zber dát
Nitra	3/2015 – 6/2015	17	1 397	12
Bratislava	4/2015 – 6/2015	44	946	47
Spolu		61	2 343	59

Záver

Self-reportové výskumné štúdie a ich kredibilita v porovnaní s oficiálnymi štatistickými údajmi predpokladajú interpenetráciu výsledkov týchto štúdií do konkrétnej praxe práce s mládežou. Tá by mala byť celoplošne a efektívne koordinovaná ako JEDNOTNÝ SYSTÉM (napr. prevencia kriminality, sociálno patologických javov a i.), čomu tak v súčasnosti nie je. Autor vyjadruje presvedčenie, že ISRD 3 resp. Národná self-reportová štúdia delikvencie mládeže a jej výsledky budú jedným z hodnotných zdrojov pri nastavovaní strategicko-koncepčnej úrovne pri práci s mládežou. Zároveň autor vyjadruje ocenenie a poďakovanie všetkým „osvieteným“ vedeniam škôl, ktoré sa do výskumu zapojili ako i celému výskumnému tímu.

Literatúra

BARBERETE, Rosemaryet al. 2004. *Self-Reported Juvenile Delinquency in England and Wales,TheNetherlands and Spain.* HEUNI: Helsinky, 2004. 181 s. ISBN 952-5333-19-1.

Online:http://www.heuni.fi/material/attachments/heuni/reports/6KkcCSCrn/43_Self-Reported_Juvenile_Delinquency_in_Eng-Wales-Neth-Spain.pdf [2014-07-15]

European Commission, Directorate-General for Justice. 2013. *Justice in the EU* (Report, Flash Eurobarometer 385). Online:http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_385_en.pdf [2014-11-15]

JUNGER – TAS et al. 2012. *The Many Faces of Youth Crime.* Springer: New York, 2012. ISBN 978-1-4419-9455-4.

KUSÁ, D. – NURSE, A., M. 2014. Juvenile Justice in Slovakia. In: Winterdyk, J. 2014. Juvenile Justice: International Perspectives, Models and Trends. 410 p. ISBN 978-1-4665-7967-5.

Northeastern University: About ISRD. Online: http://www.northeastern.edu/isrd/summary/ [2015-11-15]

RYCHTÁRIK, J. 2013. Kriminalita na Slovensku v rokoch 2007 až 2011 optikou oficiálnych štatistík. In: Lubelcová, G. – Džambazovič R. (eds.) 2013. Sociálna *patológia optikou sociologického skúmania* (slovensko-české sociologické dni) – zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: Stimul, 2013. s. 70 – 80. ISBN 978-80-8127-077–2.

STRATÉGIA SLOVENSKEJ REPUBLIKY PRE MLÁDEŽ NA ROKY 2014 – 2020.

Online: https://www.minedu.sk/data/files/3889_strategia_pre_mladez.pdf Správa o sociálnej situácii [2014-11-15]

ŠTEFUNKOVÁ, M. 2014. Výzkumy obětí jako zdroj informací o kriminalitě**.** In: Svatoš, R., Kříha, J. (eds.) *II. kriminologické dny*. České Budějovice : Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2014. s. 237 – 242. ISBN 978-80-87472-65-1.

TOMÁŠEK, J. 2013. *Self-reportové studie kriminálního chování*. IKSP: Praha, 2013. 102 s. ISBN 978-80-7338-130-1.

VIA IURIS. 2015. *Dôvera voči súdom opäť klesla.*

Online: http://www.viaiuris.sk/aktualne/568-dovera-voci-sudom-opat-kl.html [2015-11-15]

Príspevok vznikol vďaka podpore grantu VEGA č. 1/0462/14 pod názvom: Delikvencia mládeže Slovenskej republiky v kontexte vybraných špecifických faktorov - národná self-reportová výskumná štúdia.

TRENDY V PÉČI O DĚTI VE ŠKOLSKÝCH ZAŘÍZENÍCH PRO VÝKON ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVY A PREVENTIVNĚ VÝCHOVNÉ PÉČE V ČR ZA UPLYNULÝCH 10 LET

PhDr. Lucie MYŠKOVÁ, Ph.D, Bc. Roman PETRENKO

Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, Novoborská 372/8, 190 00, Praha 9

Lucie.Myskova@nuv.cz

Příspěvek má za cíl informovat o trendech vybraných jevů v souvislosti s dětmi a klienty ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče v ČR za uplynulých 10 let, a to na základě analýzy vybraných jevů z výkazů o zařízení pro výkon ústavní-ochranné výchovy a výkazů o středisku výchovné péče.

Analýza byla realizována v Národním ústavu pro vzdělávání (NÚV), což je přímo řízená organizace Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. NÚV vznikl v roce 2011 sloučením Národního ústavu odborného vzdělávání (NÚOV), Výzkumného ústavu pedagogického v Praze (VÚP) a Institutu pedagogicko-psychologického poradenství ČR (IPPP ČR). Na základě této geneze je tematické zaměření NÚV poměrně rozsáhlé. Pokrývá problematiku pedagogicko-psychologického poradenství, ústavní výchovy, prevence rizikového chování a péče o žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, dále se zabývá tvorbou rámcových vzdělávacích programů, sleduje uplatnění absolventů škol na trhu práce atd.

Představované zpracování dat bylo realizováno v Oddělení pro ústavní a ochrannou výchovu a prevenci rizikového chování. Cílem práce v našem oddělení je přinášet informace o stavu ústavní péče, preventivně výchovné péče a prevenci rizikového chování v ČR, vytvářet příležitosti pro metodickou podporu odborníků a hledat cesty pro řešení aktuálních otázek a výzev v těchto oblastech prostřednictvím realizace výzkumů, vytváření strategických a koncepčních materiálů a vedení pracovních skupin, přípravy vzdělávacích aktivit, vydávání výstupů z výzkumů, podílení se na připomínkování a přípravě legislativy.

Samotná analýza dat je velmi rozsáhlá, v příspěvku jsou zmíněné pouze vybrané jevy. K tomu, abychom mohli prezentovat jednotlivé závěry, je nejprve nutné objasnit, o která zařízení v ČR jde. Proto uvádíme nejprve alespoň stručnou charakteristiku jednotlivých typů zařízení.

Základní charakteristika zařízení

V rámci našeho příspěvku se zaměřujeme na vybrané jevy a jejich vývoj sledovaný skrze výkazy v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče v ČR. Děti bývají umístěny do ústavní výchovy tehdy, je-li funkce rodiny výrazně narušena takovým směrem, který vážně ohrožuje zdraví a vývoj dítěte. Mezi zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy jsou v zákoně č. 109/2002 Sb.

zařazeny dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy a diagnostické ústavy; zařízení preventivně výchovné péče jsou střediska výchovné péče.

Dětský domov (DD) je zařízení pro děti s nařízenou ústavní výchovu, které jsou ve věku zpravidla od 3 do 18 let, nebo až do 26 let v případě, že se mladí dospělí dále a soustavně připravují na budoucí povolání. Dětský domov se školou (DDŠ) je podobné zařízení, nicméně se odlišuje tím, že děti navštěvují svou vlastní školu, která je přímo součástí zařízení, a do těchto zařízení jsou umisťovány děti s problémy v chování. Jsou zde zpravidla do ukončení povinné školní docházky. Výchovný ústav (VÚ) je pak školské zařízení pro děti, které ukončily povinnou školní docházku, mají závažnější problémy v chování a nemohou proto být v dětském domově.

Dalším školským zařízením pro výkon ústavní a ochranné výchovy je diagnostický ústav (DÚ). Diagnostický ústav byl do roku 2014 zařízením, kam byly děti umisťovány na diagnostický pobyt zpravidla před umístěním do jednoho z výše zmiňovaných zařízeních. Samozřejmě některé děti se vracely domů, pokud jim ale byla nařízena ústavní výchova, diagnostický ústav rozhodoval, do jakého zařízení byly děti dále umístěny. Od roku 2014, kdy vešel v platnost nový občanský zákoník, začaly děti do zařízeních umisťovat přímo soudy. Role diagnostických ústavů se tímto krokem změnila.

Ke zmíněným zařízením se řadí také střediska výchovné péče (SVP), která jsou preventivně výchovnými zařízeními. Jejich cílem je předcházet vzniku a rozvoji negativních projevů chování dětí nebo narušení jejich zdravého vývoje, zmírňovat nebo odstraňovat příčiny nebo důsledky již rozvinutých poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji. Mohou nabízet různý charakter služeb pro děti, u kterých se vyskytuje možné riziko problémového chování, a jejich rodiny, případně pro pedagogické pracovníky. Střediska nabízí své služby ambulantními, internátními nebo pobytovými službami, které jsou zpravidla na dobu 2 měsíců. Děti se po pobytu ve středisku vrací zpátky domů, poskytované služby jsou pro děti a rodiny dobrovolné.

Zpracování dat z výkazů

Ke zpracování přehledu vybraných jevů a jejich proměny v čase byla použita data z výkazů, které zařízení každoročně vyplňují a zasílají MŠMT, které je eviduje. Výkazy se liší pro jednotlivé typy zařízení, zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy (ÚV a OV) mají jiný výkaz než zařízení pro preventivně výchovnou péči (SVP) a odevzdávají je v jiných termínech. Výkazy zařízeních pro ÚV a OV poskytující informace o stavu dětí a zaměstnanců v zařízení se odevzdávají ke dni 31. 10., SVP k 30. 9. Některé údaje jsou vyplňovány k danému datu, některé za uplynulý školní rok. Z toho vyplývají určitá omezení uvedené analýzy. Například pro SVP bývá začátek školního roku spíše klidnějším obdobím, problémy spojené s chováním jsou často zaznamenávány v souvislosti se školní docházkou a projevují se zpravidla až v pozdějších obdobích.

V těchto 2 typech výkazů se sledují některé shodné, ale zároveň také některé rozdílné údaje. Výkaz ze zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy sleduje v jedné ze svých částí pouze údaje z diagnostického ústavu, v jiné z dětských domovů a výchovných ústavů, v dalších částech údaje od všech zařízení, pro které je výkaz určen. Sledují se počty přijatých dětí a těch, které odešly, získané vzdělání dětí z dětských domovů a výchovných ústavů, počty odborných pracovníků. Dále se ve všech zařízeních sledují počty dětí podle druhu postižení, údaje o dětech plnících povinnou školní docházku, počty dětí před ní a po ukončení docházky a sledují se také např. prostorové podmínky. Limity výkazů vnímáme také v nedostatečných kategoriích a jejich zřejmému

vymezení. Např. při sledování lůžkové kapacity je zvlášť sledováno umístění v bytech, ale již se nesleduje např. bydlení v samostatných rodinných domech.

Výkazy pro střediska výchovné péče sledují složení klientely, zejména se zaměřením na složení dětí ve vztahu k povinné školní docházce. Intervence směrem k rodičům a pedagogickým pracovníkům jsou v jedné společné položce. Výkaz také sleduje složení pracovníků. Dalšími vykazovanými oblastmi je např. iniciátor příchodu klienta nebo hlavní důvod příchodu klienta. Zaznamenávají se také např. formy poskytované péče a vybrané aktivity střediska. I u těchto výkazů vnímáme limity v nedostatečných kategoriích a jejich vymezení.

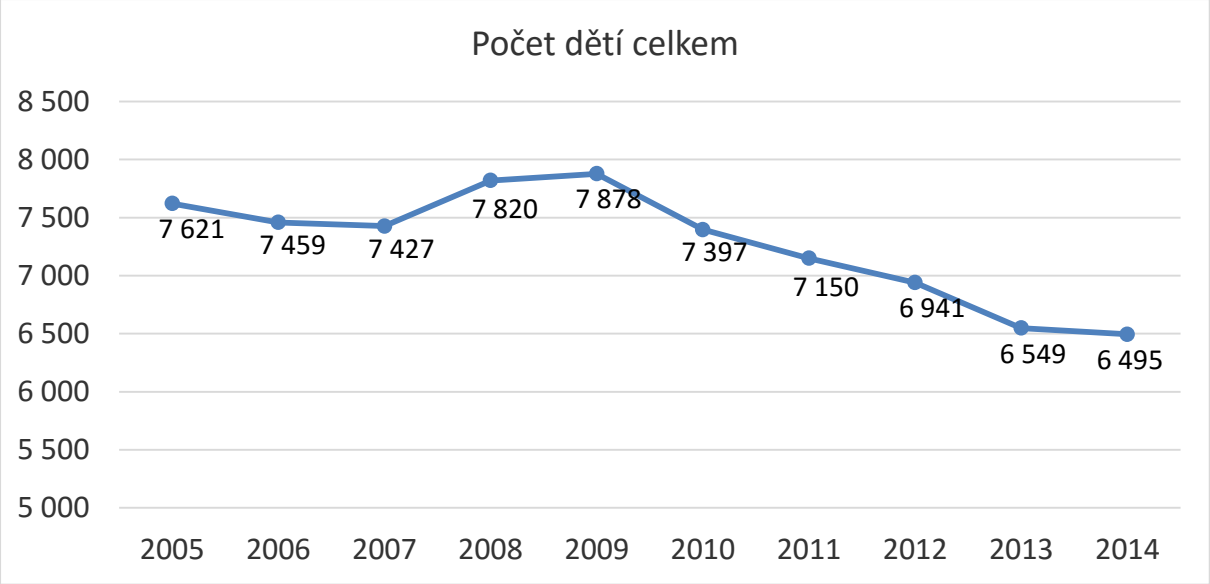
Podoba výkazů v čase se mírně proměňuje, u některých dat proto není možné sledovat jejich kontinuitu. Aktuální podoby výkazů jsou k dispozici na stránkách MŠMT. V rámci analýzy byla zahrnuta data z výkazů zařízeních z let 2005 až 2014, tedy od školního roku 2004/2005 až do roku 2013/2014. Data byla zpracována v programu SPSS a MS Excel.

Vybrané jevy

Analýza měla za cíl zmapovat vývoj v zařízeních pro výkon ÚV a OV a preventivně výchovné péče v oblastech týkajících se složení klientů a pracovníků, tak, jak je sledují výkazy těchto zařízení od roku 2004/2005 do roku 2013/2014.

V příspěvku se budeme zabývat pouze vybranými jevy, a to počty zařízení, vzděláním pracovníků, počtem dětí a jejich složení ve vztahu k povinné školní docházce.

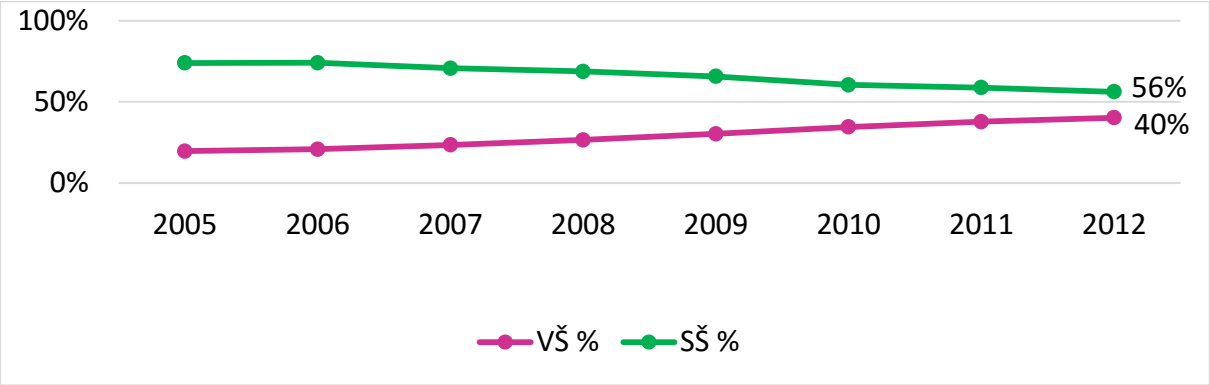
V roce 2005 byly vyplněny výkazy od 225 zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy a od 19 středisek výchovné péče. V roce 2014 počet zařízení ÚV/OV klesl celkově na 218 zařízení, ale počet SVP v posledních letech stoupá. Snižování počtu zařízení se týkalo zejména dětských domovů a výchovných ústavů. Dětských domovů se školou je po celou sledovanou dobu přibližně 30, stejně tak diagnostických ústavů je po sledované období 14. Při sledování počtu zařízení v různých krajích je patrné, že konstantní počet v průběhu let zůstává jen ve 4 ze 14 krajů. Ve většině krajů počet zařízení mírně klesá, ale v některých krajích se v průběhu let počet také navyšoval. Se změnou počtu zařízení souvisí také změna počtu dětí v těchto zařízeních umístěných. V zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy je v současné době umístěno přibližně 6,5 tisíc dětí (viz graf č. 1).



Graf č. 1: Počet dětí v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy

Za téměř 10 let ubylo v těchto zařízeních více než 1000 dětí, což je úbytek o necelých 15%. Je třeba ale zdůraznit, že jde o jeden druh zařízení. Zůstaneme-li v resortu školství, zařízeních preventivně výchovné péče, SVP, přibývá a přibývá také počet klientů, kterým jsou tyto služby nabízeny, a to za sledované období o více než 1000 dětí. O děti a studenty, kteří jsou klienty zařízeních pro výkon ÚV a OV nebo SVP, ale v systému péče o ohrožené děti pečují také jiné resorty, zejména resort ministerstva práce a sociálních věcí. Tyto služby do analýzy zahrnuty nebyly. Snižování a zvyšování kapacit zařízení a jejich počet je závislý mimo jiné také na krocích ze strany zřizovatelů a na legislativních změnách.

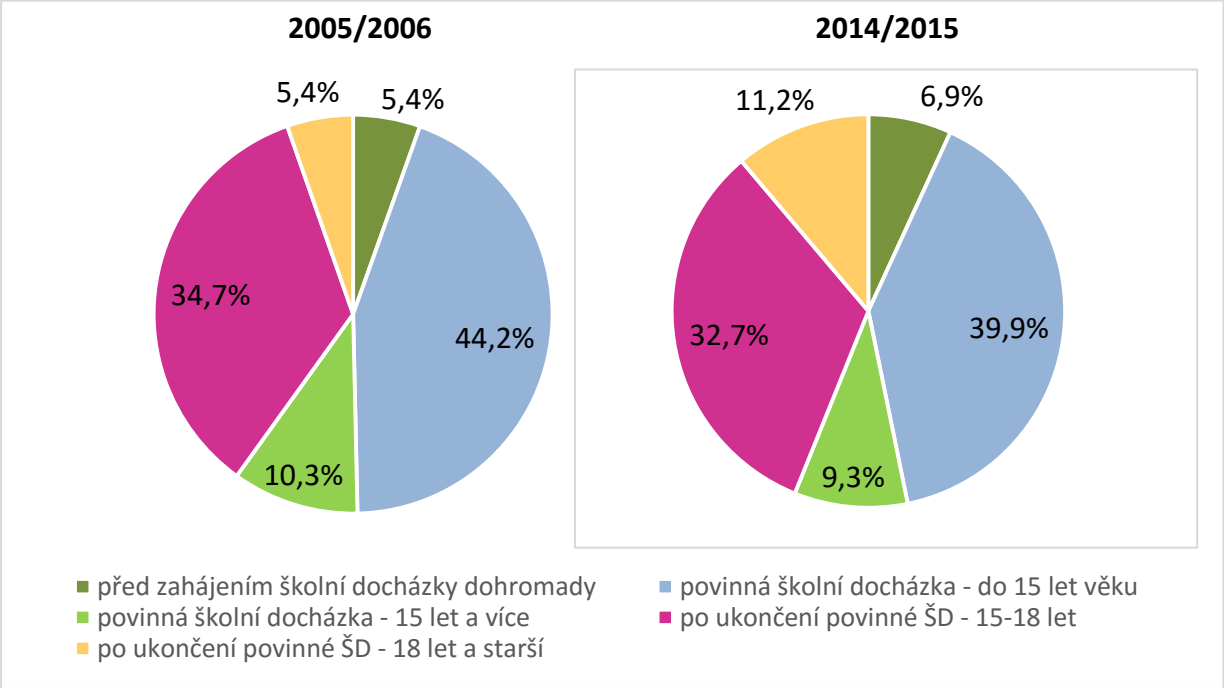
Předpokládáme, že jednou takovou změnou je zvyšující se vzdělání odborných pracovníků (sociálních pracovníků a pedagogických pracovníků - což je např. vychovatel, učitel, ale také psycholog nebo speciální pedagog), což nastalo mimo jiné právě na základě legislativních úprav. Vzdělání vychovatelů v průběhu sledovaných let v zařízeních pro výkon ÚV a OV stoupalo. Zvýšil se podíl vychovatelů s vysokoškolským vzděláním a snížil se podíl vychovatelů se vzděláním středoškolským, jak je patrné na grafu č. 2.



Graf č. 2: Vzdělání vychovatelů v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy

Podobný trend byl v prvních sledovaných letech zaznamenán i v preventivně výchovných zařízeních, procento vysokoškolsky vzdělaných pracovníků mírně klesalo, přesto v porovnání s rokem 2005, kdy bylo 70,8% vysokoškolsky vzdělaných pedagogických pracovníků, bylo v roce 2012, kdy se vzdělání pracovníků přestalo sledovat, o 10% vyšší. Nicméně je potřeba také dodat, že zastoupení vysokoškolských pracovníků se v jednotlivých krajích liší. Nejvíce vysokoškolsky vzdělaných pracovníků v zařízeních pro výkon ÚV a OV bylo v roce 2012 v hlavním městě, a to přibližně 60%. Naopak v některých regionech to bylo pouze necelých 20%.

Jako další sledovaný jev bylo vybráno složení dětí v zařízeních ústavní a ochranné výchovy z pohledu věku ve vztahu ke školní docházce. Sledované podskupiny odpovídají položkám výkazu. Sledován je počet dětí, které ještě povinnou školní docházku neplní, tedy zpravidla děti do věku 6 či 7 let, dále děti navštěvující školu, kterým je méně než 15 let, další skupinu tvoří děti, kterým je více než 15 let a stále plní povinnou školní docházku. Poslední 2 sledované skupiny jsou skupiny dětí, které již povinnou školní docházku ukončily, v jedné skupině jsou děti od 15 do 18 let věku a ve druhé mladí dospělí, kterým bylo 18 a více let. Na grafu č. 3 je patrné, že na první pohled je procentuální zastoupení jmenovaných skupin podobné. Největší procentuální zastoupení na začátku sledovaného období i na konci tvoří skupiny dětí, které navštěvují povinnou školní docházku a je jim méně než 15 let a pak skupina dětí, kteří již povinnou školní docházku mají ukončenou a je jim méně než 18 let.



Graf č. 3: Struktura dětí v zařízeních podle věku a povinné školní docházky

Rádi bychom poukázali na dvě změny, a to procentuální zastoupení mladých dospělých, kteří již ukončili povinnou školní docházku, ale soustavně se dále připravují na výkon povolání a je jim více než 18 let, a procentuální zastoupení dětí před nástupem do školy. Poměrné zastoupení malých dětí se zvýšilo. Na tuto změnu poukazujeme v souvislosti s tím, že snahou, která je často zmiňována např. zřizovateli zařízení v souvislosti s náhradní výchovou, je opačná tendence, tedy malé děti do těchto zařízení umisťovat co nejméně. Zůstává otázkou, co je důvodem tohoto jevu. Jedním vysvětlením

může být snaha o společné umisťování sourozenců nebo změny v ostatních resortech (např. rušení nebo transformace kojeneckých ústavů pod resortem zdravotnictví). V tomto momentu bychom rádi také připomněli limity výkazů, resp. i systému ústavní a ochranné výchovy. Stává se, že zařízení neví, jak vykazovat děti nezletilých matek, které jsou umístěny do ústavní výchovy. Zda je mají vykazovat jako klienty nebo nikoli. Některé tyto děti totiž nařízenou ústavní výchovu nemají, ale žijí v zařízení se svou nezletilou matkou.

Procentuální zastoupení druhé zmiňované skupiny, tedy skupiny mladých dospělých soustavně se připravujících na budoucí povolání, se více než zdvojnásobilo, a to z 5,4 % ve školním roce 2005/2006 na 11,2 % v roce 2014/2015. Tito mladí lidé v zařízeních zůstávají při studiu již dobrovolně. Daný jev může souviset s celospolečenským trendem mladých lidí zůstávat v domácnostech svých rodičů déle a osamostatňovat se později. Na druhou stranu bychom mohli také usuzovat na zlepšení podmínek v zařízeních a motivaci mladých dospělých ke vzdělání, tyto informace ale z uvedených dat není možné vyčíst.

V možné souvislosti se zvyšujícím se počtem dětí, které zůstávají v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy po ukončení povinné školní docházky i po 18. roce věku můžeme vnímat také zvyšující se počet dětí, které dokončily středoškolské vzdělání nebo rekvalifikační kurz.

Závěr

Na základě uvedeného zpracování dat můžeme reflektovat některé jevy týkající se stavu školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče a jejich proměnu v čase, ale nemůžeme zobrazit stav všech zařízení a služeb, které o děti vyžadující podobné služby i v jiných resortech pečují, nebo poctivě interpretovat skutečnosti, které k těmto změnám vedly. Podání informací o vybraných jevech je také limitováno formou a podobou výkazů, které zařízení odevzdávají.

V příspěvku jsme vybrali pouze některé jevy, které je možné na základě výkazů zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče zobrazit, a to počty zařízení, vzdělání pracovníků, počty dětí a jejich složení ve vztahu k povinné školní docházce, a změnu těchto jevů za sledované období, tedy od školního roku 2005/2006 do roku 2014/2015. Souhrnnou zprávu analýzy dat z výkazů najdete na stránkách našeho oddělení: www.nuv.cz/t/uov.

RIZIKÁ A OHROZENIA VYBRANÝCH NELÁTKOVÝCH CHORÔB VO VZŤAHU K MLÁDEŽI

PhDr. Ingrid HUPKOVÁ, PhD.

Národné osvetové centrum

autorka externe pôsobí na Katedra psychológie VŠZSP sv. Alžbety v Bratislave

ingrid.hupkova@nocka.sk

Neželanou súčasťou súčasnej spoločnosti v novom miléniu je aj prudký nárast a stále rozvinutejšie spektrum tzv. sociálnopatologických javov a ďalších nežiaducich spoločenských javov. Pod sociálnopatologickými javmi chápeme (v najvšeobecnejšom ponímaní, s ktorým sa stotožňujú viacerí autori) **všeobecne *choré, nežiaduce, nenormálne javy spoločnosti***. Medzi ne patria aj patologické závislosti látkového aj nelátkového charakteru.

Ako uvádza popredný slovenský psychiater adiktológ L. Nábělek, „príčinou toho, že ľudia (ale zrejme aj iné živočíchy) užívajú látky, resp. vykonávajú činnosti, ktoré môžu vyvolať závislosť, je **tendencia vyhľadávať zážitky slasti, ktoré sú sprostredkované mozgovým systémom odmeny**. Ide o vývojovo starý neuronálny systém, prostredníctvom ktorého jedinec prežíva **pocity slasti pri uspokojení základných životných potrieb** (potrava, sex).

U sociálne žijúcich živočíchov môže takúto odmenu poskytnúť dosiahnutie vyššej úrovne sociálnej hierarchie, u človeka aj rôzne abstraktné podnety (peniaze, športový výkon, zážitok krásy a pod.“ (2015, nepublik).

„Hoci zjednodušene možno povedať, že u ľudí s oslabenou schopnosťou prežívania príjemných pocitov a stavov na základe prirodzených, z každodenného života vyplývajúcich podnetov dochádza k zvýšeniu ohrozenia závislostným správaním, imúnny proti závislostiam nie je nikto. Ukazuje sa, že mozgový systém odmeny je možné ľahko oklamať. Rozličné **chemické látky, ako aj rozličné aktivity** ho dokážu prakticky kedykoľvek – aj bez primárne prítomnej poruchy – uviesť do činnosti a **spôsobiť tak falošnú signalizáciu šťastia, pohody a úspechu“** (2015, nepublik).

Ako ďalej Nábělek konštatuje (2008, s. 11), *„v poslednom období sme svedkami skutočnosti, že sa do psychiatrického slovníka dostávajú nové pojmy, ako sú **gambling, craving, cybersex** a iné“*. Autor uvádza, že *látkové a nelátkové podnety pôsobiace v určitých **dávkach, intervaloch či určitý čas** spôsobujú dlhodobé a možno aj trvalé zmeny v neuronálnych okruhoch zodpovedných za prežívanie odmeňujúcich pocitov“* (2015, nepublik.) a napokon konštatuje, že „obzvlášť nebezpečné sú tieto fenomény v obdobiach pôsobenia závažných psychosociálnych stresorov (nezamestnanosť, ekonomická neistota, izolácia, rastúca miera sociálnej nerovnosti, pocity beznádeje, bezvýchodiskovosti a nespravodlivosti), keď sa človek utieka k akýmkoľvek možnostiam úniku z ťaživých životných situácií a ľahšie podľahne falošným lákadlám“.

Ďalší popredný český adiktológ K. Nešpor (20015, s. 2) v tejto súvislosti dodáva, že práve **craving (**baženie, neovládateľná túžba, nutkanie opakovať správanie) **je**

„základným stavebným materiálom“ každej závislosti – látkovej a nelátkovej povahy.

Základné charakteristiky novodobých nelátkových závislostí sú podľa J. Benkoviča (2008, s. 8) podobné zatiaľ najznámejšej nelátkovej závislosti, poruche návykov a impulzov – patologickému hráčstvu. Pod diagnózou **návykové a impulzívne poruchy** v zmysle Medzinárodnej klasifikácie chorôb (posledná 10 revízia – MKCH-10) *„rozumieme poruchy maladaptívneho správania, kde osoba opakovane zlyháva v snahe odolať impulzom...*

s úvodným obdobím napätia a pocitom uvoľnenia v čase činu“.

K ich typickým prejavom patrí najmä:

a) ***silná túžba po príjemných zážitkoch a zaujatosť týmito činnosťami –*** *hrou (pri gamblingu), prácou, nakupovaním, surfovaním po internete, mobilným telefonovaním a posielaním SMS a MMS, počítačovými hrami;*

b) ***problémy s kontrolou v jednotlivých činnostiach –*** *hry (pri gamblingu), práce (pri workoholizme), nakupovania (pri schopoholizme) atď.* ***Zvyšuje sa tiež frekvencia a dĺžka času*** *ktorú jednotlivec strávi v uvedených činnostiach;*

c) ***preferencia týchto činností pred inými činnosťami –*** *povinnosťami aktivitami, záujmami jedinca, ktoré naopak jednotlivec zanedbáva;*

d) **pokračovanie v týchto činnostiach aj napriek vznikajúcim závažným dôsledkom –** ekonomickým (finančné dlhy) rodinným (vážne konflikty a vzťahové problémy) pracovným, spoločenským, sociálnym prípadne aj telesným a psychickým“ (Benkovič,2008,s.8).

Medzi impulzívne a návykové choroby podľa S. Fischera a J. Škodu (2014, s. 121) patria okrem patologického hráčstva aj závislosť od práce (workoholizmus) a závislosť od nakupovania (oniománia, shopoholizmus).

V tejto súvislosti nemožno opomenúť ani tzv. **new addictions** – nové, novodobé závislosti, ktoré sú podľa Baczeka *„**závislosťami všetkého druhu, pri ktorých chemické látky nehrajú významnú úlohu“*** (2009, s. 18). Mnohé z nich sú priamo spojené s informačnými a komunikačnými technológiami – mobilný telefón a internet, (a jeho službami – chat, e-mail, skype), ale aj novými spôsobmi, do virtuality posunutých či prenesených bežných činností: napr. on-line stávkovanie a on-line kasína, on-line pornografia a cybersex, on-line patologické nakupovanie – schopingholizmus, on line-zoznamovanie, on-line vzťahy a iné.

Práve **závislostné správanie látkovej a nelátkovej povahy** patrí podľa viacerých významných autorov v oblasti sociálnej patológie (napr. S. Fischer, J. Škoda, B. Kraus, J. Hroncová, P. Ondrejkovič a ďalší) medzi **najzávažnejšie sociálnopatologické javy**. **Z toho dôvodu je nevyhnutné, aby psychológ a iní profesionáli mali o nich prehľad, poznali ich vedeli detekovať a rozlíšiť a boli nápomocní nielen v primárnej prevencii, ale aj úspešnej intervencii a riešení daného problému**.

Zo širokej oblastí tzv. **nelátkových návykových chorôb – tzv. nelátkových závislostí** sa

postupne sa zameriame na:

1) vybrané aspekty **závislostného správania súvisiaceho** ***s modernými komunikačnými technológiami (internet, chat, mobil) a na iné riziká a ohrozenia on-line komunikácie;***

2) **závislostné správanie súvisiace so** ***súčasnou konzumnou a na výkon orientovanou spoločnosťou*** (ktoré sa okrem iného negatívne prejavuje vo vzniku patologického nakupovania – tzv. schopingholizmus alebo oniománia a workoholizmus), ktorá je často sýtená internetovou ponukou a komunikáciou;

3) a napokon **závislostné správanie nelátkovej povahy súvisiace s tzv. „kultom tela"** ,ktoré súvisí a podmieňuje vznik porúch príjmu potravy a vznik tanorexie – závislosť na opaľovaní), často opäť masívne propagované a sýtené internetom (stránky s nevhodným obsahom);

1) Závislosť od internetu alebo problémové používanie internetu – realita vs. virtualita

Tzv. nové či novodobé závislosti nelátkového charakteru, ako ich často nepresne nazývame, sú mnohokrát sýtené a priamo spojené s informačnými a komunikačnými technológiami. Nové sú aj spôsoby – do virtuality posunuté či prenesené bežné činnosti: napríklad patologické nakupovanie a on-line shopoholizmus; zoznamovanie a vzťahy a on line-zoznamovanie, on-line vzťahy; stávkovanie a kasína a on-line stávkovanie a kasína; pornografia a on-line pornografia; sex a on-line sex (kybersex). Dnes mnohí ľudia (najmä mladšia generácia úplne bezproblémovo) fungujú v množstve bežných, každodenných činností **paralelne a súbežne aj v reálnom, aj vo virtuálnom svete**. Mnohé z týchto činností posúvame do virtuálneho sveta: môžeme si napríklad kúpiť SMS lístok na MHD namiesto tradičného tlačeného lístka na MHD, platiť v obchodnom dome nie pokladníčke, ale zabezpečiť si blokovanie tovaru a platbu v samoobslužnom boxe, alebo si dokonca nakúpiť cez internet, zaplatiť tovar virtuálne platobnou kartou a potom si ho iba kedykoľvek osobne vyzdvihnúť v samoobslužnom boxe či si ho dať doviezť kuriérom a podobne.

Internet (virtuálny svet) – kyberpriestor prináša nové, **doposiaľ nie úplne prebádané psychologické zvláštnosti a špecifiká**. On-line komunikácia obsahuje **tri primárne faktory**, ktoré ju uľahčujú:

- **prístupnosť –** nespočetné možnosti on-line komunikácie 24 hodín denne 7 dní v týždni;

- **dostupnosť –** cenovo dostupná komunikácia, kdekoľvek, kde je pokrytie siete, a to nepretržite;

- **anonymita –** pohybujeme sa v zdanlivej anonymite, funguje tu psychologický aspekt disinhibície. **Disinhibícia** vytvára vo virtuálnom svete zdanie **uvoľnenej a nestúpanej komunikácie bez zábran** (v širokom zmysle slova, a to v pozitívnom i negatívnom aspekte). Častejšie má však negatívny náboj – ide o **málo umiernenú alebo aj neumiernenú až extrémnu a nežiaducu stratu zábran, odviazanosť, nerešpektovanie zákazov a tabu.**

Diagnostické kritériá ***problémového pužívania internetu*** podľa Youngovej (1998), modifikované Beardom a Wolfom (2001)určujú, že na diagnostiku závislosti od internetu musí byť prítomných **všetkých päť nasledujúcich príznakov** (In Vondáčková – Vacek, 2009, s. 5.):

- *„**zaujatie internetom** (premýšľanie o predchádzajúcich aktivitách na internete alebo o tých budúcich),*
- *potreba **používať internet v čoraz dlhších časových úsekoch**, aby človek dosiahol uspokojenie,*
- *opakovaná neúspešná **snaha kontrolovať, prerušiť alebo zastaviť** používanie internetu,*
- ***nepokoj alebo podráždenosť** pri pokuse prerušiť alebo vzdať sa používania internetu,*
- ***prekračovanie pôvodne plánovaného času pripojenia do internetu“*** (In Hupková, I. – Liberčanová,K.,2012,s. 65).

Symptómami závislosti od internetu podľa Youngovej (In Fischer – Škoda, 2014, s. 129) sú: • osobné a finančné problémy,

- ťažkosti v škole či v zamestnaní,
- osoby klamú pri uvádzaní času a frekvencie tráveného času vo virtualite,
- strata záujmu o reálne vzťahy, uprednostňovanie virtuálnych vzťahov pred reálnymi, naopak, s virtuálnymi priateľmi si aj lepšie rozumejú, ako s reálnymi,
- po skončení virtuálnych činností cítia rozladenosť a osobný diskomfort,
- pociťujú úzkosť, nepokoj, podliehajú panike, ak si nenájdu novú správu na e-maile, facebooku, keď nemôžu čítať nový chat či ak sa im nezobrazí iný kontakt z virtuálneho prostredia,
- zjavná je zmena biorytmu, najmä posunutie času spánku do neskorších hodín,
- nezáujem o sex,
- celková únava.

Odborníci vedú diskusie, čo teda vedie jedinca k nadmernému používaniu počítača (počítača v mobile) a internetu. Benkovič (In Fischer – Škoda, 2014, s.130) uvádza, že virtuálne prostredie, tzv. kyberpriestor

– uvoľňuje napätie,

– vyvoláva pocit vzrušenia,

– emočne podporuje introvertných, neatraktívnych a zakomplexovaných jedincov,

–obmedzuje nudu, samotu a nedostatok reálnych vzťahov,

– prináša aj nové ilúzie o dokonalejšej a spoločensky žiaducejšej identite.

2) Nezdržanlivé patologické nakupovanie – oniománia alebo shopoholizmus a jeho príznaky

Dodnes nie je ustálená v jednotná terminológia, súbežne sa používajú viaceré názvy, ako napríklad ***oniománia, nezdržanlivé či patologické nakupovanie, shopingholizmus, shopoholizmus, závislosť od nakupovania*** **(angl. *shopping addiction*).**

Ako v tejto súvislosti uvádza K. Nešpor (2010, nepublik.), podobne ako pri iných návykových chorobách nelátkového i látkového charakteru je aj pri nezdržanlivom nakupovaní podstatným príznakom **zhoršené sebaovládanie,** od ktorého sa potom odvíjajú ďalšie problémy. Uvedieme prehľad **relatívne objektívnych a relatívne subjektívnych príznakov** a súbeh shopingholizmu s inými ochoreniami.

Niektoré typické rysy nutkavého nakupovania podľa K. Nešpora sú: (In Hupková, I. – Liberčanová,K.,2012,s. 60)

Relatívne objektívne príznaky:

- *kupovanie nepotrebných vecí* – najčastejšie ide o nakupovanie oblečenia, obuvi, kozmetiky, kompaktných diskov, šperkov, domáceho vybavenia; u mužov k tomu navyše pristupuje elektronika, hardware, motoristické vybavenie a podobné predmety poskytujúce zdanie mužnosti;
- *nakupovanie sa deje nad rámec finančných možností jednotlivca* – súvisia s tým finančné a iné problémy (napr. problémy v sociálnych, napr. partnerských vzťahoch);
- *nakupovaniu, vrátane nakupovania cez internet, sa venuje neúmerne veľa času*;
- *niektorí taja drahé nákupy* pred príbuznými a širším okolím, aby sa vyhli ich negatívnej reakcii;
- nezdržanlivé nakupovanie potom často spôsobuje *problémy vo vzťahoch alebo v zamestnaní;*
- nezdržanlivé nakupovanie môže prebiehať *kontinuálne alebo epizodicky,* napr. v súvislosti s vianočnými nákupmi, novoročnými výpredajmi atď.

Relatívne subjektívne príznaky:

- typický je *nutkavý charakter pri nakupovaní* a pocit, že človek musí to, či ono získať za každú cenu;
- v priebehu nakupovania sa často *objavuje rozochvenie a niekedy až vzrušenie podobné sexuálnemu;*
- po uskutočnenom nákupe sa často dostavujú *úzkostné alebo depresívne pocity*;.
- časté sú i *pocity viny* pre nadmerné utrácanie peňazí.“ (ibid., s. 60)

V tejto súvislosti je zaujímavé uviesť súbeh nezdržanlivého nakupovania a iných porúch, ktoré K. Nešpor sumarizuje nasledovne: *„Pri niektorých osobách s uvedeným*

problémom sa opisuje súbežný výskyt iných duševných porúch, ako sú poruchy nálady a úzkostné stavy. V 21 % až 40 % prípadov sa opisuje paralelnosť so zneužívaním návykových látok alebo závislostí od nich. Častý je i súbeh s poruchami osobnosti, najmä s osobností obsedantno-kompulzívnej. Frekventovanou kombináciou bude taktiež nadmerné venovanie sa internetu. Postihnutý potom trávi hodiny štúdiom recenzií, porovnávaním cien, zisťovaním skúseností spotrebiteľov atď. Pritom je vystavovaný prúdu reklám, čo, prirodzene, jeho baženie a problémy iba zhoršuje. Podľa skúseností sa nezdržanlivé nakupovanie vyskytuje často aj v anamnéze patologických hráčov alebo sa objavuje pri abstinencii od hazardu.

Výskumné štúdie poukázali na rovnakú frekvenciu výskytu shopoholizmu pri mužoch aj ženách. Ako v tejto súvislosti uvádzajú odborníci, interpohlavné rozdiely sú viditeľné iba v zameraní na to, čo nakupujeme. Pri ženskej populácii sú to tovary spojené s vizážou (oblečenie, topánky, kozmetika, kabelky a iné) pri mužoch často veci a tovary spojené s koníčkami napr. komponenty do osobného počítača a iné". (In Hupková, I. – Liberčanová, K.,2012, s. 60).

3) Kult tela a vznik porúch príjmu potravy

Psychologický slovník v zmysle medzinárodnej klasifikácie chorôb – MKCH-10 vymedzuje poruchy príjmu potravy tak, že uvádza, že ***o poruche príjmu potravy, presnejšie poruche príjmu jedla*** alebo tiež ***závislosti od jedla*** hovoríme vtedy, *„ak jedlo používame na riešenie emocionálnych problémov; myšlienky spojené s jedlom, prípadne diétou a telesnou hmotnosťou sa stávajú dôležitejšími než všetko ostatné; ide o pravé návykové správanie sprevádzané chorobnými vlastnosťami, ktoré vyžadujú liečbu"* (Hartl – Hartlová, 2000, s. 432). WHO−MKCH 10 do kategórie F- 50 − Poruchy správania spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktormi.

Poruchy príjmu potravy patria medzi typické bio-psycho-sociálne poruchy, ktoré vznikajú súhrou viacerých faktorov ako sú emocionálne a osobnostné faktory, sociálne faktory, medzi ktorými majú osobitné miesto rodinné požiadavky a nároky, ale aj vplyv dedičnosti, rovnako aj biologické činitele a kultúrne vplyvy.

Medzi poruchy príjmu potravy zaraďujeme:

- **mentálnu anorexiu (MA),**
- **mentálnu bulímiu (MB),**
- **záchvatovité prejedanie (Binge Eating Disorder, BED),**
- **iné tzv. nešpecifické poruchy príjmu potravy (napr. bigorexia, ortorexia, diétovanie, drunkorexia, pregorexia, akvaholizmus a iné**).

Je nanajvýš otázne, či sú poruchy príjmu potravy dnes rozšírenejšie než v minulosti alebo či sa jednoducho ľudia postihnutí touto závislosťou menej hanbia hovoriť o týchto problémoch. Na jednej strane sa potvrdzuje, že počet osôb trpiacich PPP vzrastá v dôsledku zvyšujúcej sa posadnutosti našej spoločnosti *štíhlou líniou*. Naša konzumná, na výkon orientovaná spoločnosť jednoznačne vyznáva tzv. *kult tela* s ktorým sa spája *tanorexia– závislostné správanie súvisiace s nadmerným opaľovaním (slnko, soláriá).*

Podnetom pre preventívnu prax pomáhajúcich profesií v oblasti PPP je najmä zamerať sa na ženskú populáciu – osobitne mladé dievčatá a ženy – ako ohrozenú rizikovú, a teda obzvlášť zraniteľnú skupinu. Rovnako však platí, že kult tela jasne ovplyvňuje aj mužskú populáciu, má však svoje špecifiká a rozvíja viac typické mužské formy PPP (napr. bigorexia).

Niektoré podnety pre prevenciu tzv. nelátkových návykových

S mnohými nelátkovými návykovými chorobami – závislosťami sa ľudstvo stretáva už tisícročia – mnohé z nich sú staré takmer ako ľudstvo samé, avšak v súčasnosti zaznamenávajú zmenený charakter, niektoré sa menia, niektoré zaznamenávajú enormný nárast. Napríklad poruchy príjmu potravy sú dnes v značnej miere podmienené aj tzv. kultom tela, pre ktorý je príznačná súčasná spoločnosť. V zjednodušenej podobe možno zovšeobecniť: sme tak dobrí, akú peknú, štíhlu a mlado pôsobiacu atraktívu postavu máme.

Rovnako aj gambling – patologické hráčstvo patrí medzi ľudstvu známe, staré, ale znovuobjavené závislosti. V oboch prípadoch platí, že sa menia formy, rozsah a intenzita, značne sú ovplyvnené internetovou komunikáciou (stránky s nevhodným, zakázaným obsahom, stránky propagujúce rizikové a sebadeštruktívne správanie).

V prípade tzv. „komunikačných závislostí“ je situácia úplne iná. Pred 20 – 30 rokmi sme ani netušili, že telefón by sme mohli mať kedykoľvek pri sebe, že on-line môžeme byť kdekoľvek, a to nepretržite 24 hodín – budeme dostihnuteľní kdekoľvek a kedykoľvek. Rovnako sme netušili, akým silným pokušením sa pre nás môže stať virtuálny svet internetu, on-line vzťahy, on-line nakupovanie, on-line hry, chatovanie atď. a ako „net-činnosti“ či „on-line činnosti“ rozšíria spektrum tzv. nelátkových návykových chorôb. Závislostný aspekt nie je však jediný ako sme sa už zmienili. Medzi ďalšie riziká a ohrozenia patria internetové šikanovanie (cyberbullying) či grooming (z angl. pripraviť sa, upraviť sa) správanie užívateľa internetových komunikačných prostriedkov (chat, ICQ, Skype), ktoré sú zamerané na inú osobu s cieľom vylákať ju na stretnutie s neznámou osobou, zneužiť, obťažovať a iné.

Na rad zmien, na ktoré sme upozornili je nutné zareagovať aj v preventívnej praxi – účinnou prevenciu na všetkých jej úrovniach: primárnej, sekundárnej aj terciárnej. Rovnako je zrejmé, že fenomén konzumnej spoločnosti spojený so spoločnosťou orientovanou na výkon a workoholizmom, ale aj s patologickým nakupovaním číha na ľudí všetkých vekových kategórií. Pre pomáhajúce profesie je významné, že **mladí ľudia** tvoria cieľovú skupinu, ktorej musí byť venovaná zvláštna, osobitne významná a permanentná pozornosť v súvislosti s primárnou prevenciou tzv. látkových (drogových) i „nelátkových závislostí“. Práve **mladí ľudia vo veku od 11 do 20 rokov sú veľmi rizikoví.** Novodobý fenomén tzv. komunikačných závislostí však číha už na ľudí všetkých vekových kategórií. Nie je neobvyklé, že aj deti predškolského veku rovnako ako aj starí rodičia vlastnia mobilný telefón.

Podľa našich skúseností, žiaľ **špecifická primárna prevencia zameraná** kompetentne a odborne na celú širokú oblasť **nelátkových závislostí, takmer úplne absentuje, je vykonávaná náhodne a sporadicky,** vôbec nie komplexne a málo profesionálne fundovane. **Preto je potrebné aktivizovať vzdelávanie multiplikátorov primárnej prevencie v oblasti nelátkových závislostí** kontinuálnym vzdelávaním Toto všetko tvorí silnú výzvu pre ľudí pracujúcich v tzv. pomáhajúcich profesiách. Nazdávame

sa, že významné a nezastupiteľné miesto v spektre tzv. pomáhajúcich profesií – jednak v primárnej prevencii, jednak v krízovej intervencii (pri predchádzaní ale aj účinnom riešení) vyššie uvedených problémov detí a mládeže má okrem rodiny aj **celá sieť profesionálov v pomáhajúcich profesiách**. Práve **psychológ, špeciálny pedagóg, sociálny pedagóg, sociálny pracovník či psychiater – adiktológ a ďalší tvoria sieť profesionálnej prevencie a účinnej pomoci** Vzhľadom na svoju preventívnu kompetenciu majú práve títo odborníci odborný a ľudský potenciál významnou mierou eliminovať výskyt toho **vysokorizikového správania.**

Literatúra

BACZEK, J.2009. Nelátková závislosť – New addictions. In *Pedagogické rozhľady,* 4/2009, s. 17.

BENKOVIČ, J. 2008. Novodobé nelátkové závislosti. In *Sociálna prevencia: Prevencia nelátkových návykových chorôb,* roč. 3, 2008, č. 1, s. 8 -11. ISSN: 1336-9679

BENKOVIČ, J. 2015. Riziká modernej doby. In *Bedeker zdravia špeciál*. Ako zvládať nelátkové závislosti, s.3, 2015. ISSN 13367 2734

FISCHER, S. – ŠKODA, J. 2014. Sociální patologie. Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. Grada, 2014, 231 s. ISBN 978-80-247-5046-0

FISCHER, S. – ŠKODA, J.2009. *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovplyvňování sociálněpatologickych jevu*. Praha: Grada, 2009. 218 s. ISBN 978-80-247-2781-3.

HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník.* Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

KRCH, F. D.2005. *Poruchy príjmu potravy.* Praha: Grada, 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840-X.

HUPKOVÁ, I. 2009. Komunikačné závislosti. In *Bedeker zdravia*, ročník V., č. 6/2009, s. 82-83. ISSN 1337-2734

HUPKOVÁ, I.– LIBERČANOVÁ, K. 2012. *Drogové závislosti a ich prevencia.* Vysokoškolské skriptá. Trnavská univerzita v Trnave. 153 s. ISBN 978-80-8082-563-8

KRCH, F. D.2005. *Poruchy príjmu potravy.* Praha: Grada, 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840-X.

NEŠPOR, K. 2015. Kto zvládne craving, zvládne aj závislosť. In *Bedeker zdravia špeciál*. Ako zvládať nelátkové závislosti, s. 2, 2015. ISSN 13367 2734

NÁBĚLEK, L. 2015. Mozgový systém odmeny a závislostné správanie. In *Sociálna prevencia*. 2/2015 (v tlači, nepublik.) ISSN 1336-9679

NÁBĚLEK, L. 2008. Načo žiť a milovať v reálnom svete, keď je všetko na internete? Závislosť od chatovania a internetového sexu. In *Sociálna prevencia*. 1/2008, s. 11-13. ISSN 1336-9679

VONDRÁČKOVÁ, P. – VACEK, J.2009. Závislostné správanie na internete. In Sociálna prevencia – Prevencia nelátkových návykových chorôb. Bratislava: Národné osvetové centrum, č. 3, 2009, s. 4-7. ISSN 1336-9679.

KULTÚRA VÝCHOVNÝCH ZARIADENÍ A JEJ VPLYV NA KVALITU ŽIVOTA PO ODCHODE ZO ZARIADENIA

prof. PaedDr. Ivan LUKŠÍK, PhD.[1 2], luksikivan@gmail.com; **Mgr. Ľubica LUKŠÍKOVÁ [1],** luksikova@gmail.com; **Mgr. Lucia HARGAŠOVÁ [1],** hargasova.lucia@gmail.com;

Mgr. Lukáš VAŠKO[2], luk.vasko@gmail.com

[1] Prevencia AD, Pezinok

[2] Katedra školskej pedagogiky, Pedagogická Fakulta, Trnavská Univerzita v Trnave

Úvod

V príspevku referujeme o výsledkoch skúmania kultúry ôsmich zariadení ústavnej starostlivosti, ktoré boli získané pozorovaním prostredia zariadení a za pomoci interview s deťmi a zamestnancami v zariadení, doplnené o reflexie mladých ľudí po odchode z nich. Analyzujeme kultúru fyzického a sociálneho prostredia, starostlivosti, výchovy a prevýchovy a dávame ju do súvislosti s kvalitou života mladých ľudí po odchode z ústavnej starostlivosti. Diskutované sú faktory kultúry zariadení, ktoré pravdepodobne prispievajú k vyššej kvalite života po odchode zo zariadenia: dôraz na ukončenie vzdelania, vedenie k samostatnosti, ústretovosť, záujem, pomoc, úcta, komunikácia s blízkymi a ďalšie.

1. Hlavné teoretické koncepty

1.a Inštitucionálna kultúra

Pri vymedzení inštitucionálnej kultúry môžeme vychádzať zo všeobecného vymedzenia organizačnej kultúry ako súboru širšie zdieľaných postojov, hodnôt, predpokladov, noriem, ktoré dávajú vzniknúť špecifickému správaniu sa a fyzickým prejavom a ktoré sa stávajú súčasťou myslenia a praktík členov organizácie (Wick, Bradshaw, 2002). Za všeobecné znaky organizačnej kultúry sú považované organizačné potreby, **spoločný jazyk, zdieľané koncepty**, definície hraníc organizácie, metódy výberu členov, metódy alokácie autority, moci, statusu, zdrojov, **normy ako zaobchádzať s intímnosťou a medziľudskými vzťahmi**, **kritériá odmeny a trestu** a **spôsoby zvládania nepredvídateľných a stresových udalostí** (Shein, 1985). Iní autori vymedzujú organizačnú kultúru jednoduchšie, ako zvyklosti, ktoré sa upevnili a stali/stávajú sa normou každodenného života a správania sa pracovníkov (Bělohlávek, Košťan, Šuler, 2001). Trice a Beyer (1993) píšu, že podstatou organizačnej kultúry sú ideológie, t.j. emocionalizované zdieľané presvedčenia, hodnoty a normy, ktoré, aj keď sú často neuvedomované, nútia ľudí k istým aktivitám, ich zdôvodňovaniu sebe a ostatným ľuďom. Podľa Petersona je školská kultúra súborom noriem, hodnôt a presvedčení, rituálov a ceremónií, symbolov a príbehov, ktoré vytvárajú „persona“ školy (Peterson, 2002). Systematický antropologický prístup ku kultúre školy (ktorá môže byť v istých znakoch podobná s inštitucionálnou kultúrou výchovných inštitúcií) vymedzuje hmatateľnú a nehmatateľnú stránku kultúry školy (Pol a kol., 2006). Predpokladáme, že pri vymedzení inštitucionálnej kultúry výchovných zariadení budeme môcť využiť aj

konceptualizáciu odvodenú od vymedzení kultúry školy. Inštitucionálna kultúra môže byť tvorená slovami, symbolmi a obrazmi, ktoré vytvárajú prepletenú sieť významov, a tie vytvárajú zavedené formy sociálneho života (Curt, 1994).

1.b Vývoj a povaha organizovaných inštitúcii

Jednu z periód vývoja modernej spoločnosti označuje Wagner (1995) pojmom organizovaná modernita. Vzťahuje sa na fázu integrácie veľkej masy populácie do formálnych organizácií, ktorá prebiehala od konca 19. storočia. Ľudia sa stávajú sa zamestnancami veľkých firiem, zákazníkmi veľkých obchodných domov, občanmi sociálneho štátu, poslucháčmi a divákmi mediálnych agentúr, *žiakmi a študentmi vzdelávacích, či výchovných inštitúcií.* Organizácie slúžia na zaistenie sociálnej, kultúrnej a ekonomickej reprodukcie spoločnosti počas celého 20. storočia. *Modernistická inštitúcia* sa podľa Maffesoliho (2006) vyznačuje hľadaním individuálnej dokonalosti, časovou lineárnosťou a smerovaním k nejakému cieľu. Pre inštitúciu je tiež príznačné hľadanie vzdialenej racionality, spoločenský pokrok, ktorý môžeme dosiahnuť zdržanlivosťou a obmedzovaním seba. V inštitúcii dominuje inštrumentálna racionalita, vertikálna otcovská moc, ktorú reprezentujú boh, inštitúcie, alebo štát (Maffesoli, 2006). Organizácia na jednej strane znižuje jednotlivcovi existenciálnu neistotu a na druhej strane obmedzuje jeho slobodu, núti ho byť konformným. Okrem toho fungovanie organizácii prináša byrokraciu, odcudzenie medzi tými, ktorí riadia organizácie a tými, ktorí sú jej členmi (Keller, 2006). V rámci moderných organizácií sa, podľa Foucaulta (1975) dohľad a kontrola nad jednotlivcami systematizuje a zvnútorňuje.

S prechodom od industriálnej spoločnosti k spoločnosti služieb a spoločne so súčasnou krízou sociálneho štátu a jeho inštitúcií, dochádza najmä v oblasti výroby k rozpadu tradičných, veľkých, hierarchicky štrukturovaných organizácií a ich premeny, resp. vzniku nových pružných a premenlivých *postorganizačných sietí*. Dochádza k strate vzájomnej lojality organizácie a človeka a členovia organizácie sa snažia čoraz viac využívať zdroje, ktoré majú v rámci organizácie k dispozícii *pre svoje súkromné ciele na svojej ceste* naprieč organizáciami. (Keller, 2006).

Vo výskume kultúry slovenských štátnych škôl (Lukšík, a kol., 2012) sa ukázalo, že školy sa vo väčšej miere vyznačovali dôrazom na socializáciu, disciplináciu, perspektívnosť, individuálny výkon a v menšej miere dôrazom na vzťahy v rámci a mimo organizácie. V organizáciách, v ktorých sa realizuje ústavná starostlivosť, dochádza na Slovensku už istú dobu tiež k premene veľkých hierarchicky štrukturovaných organizácií na to, čo Keller pomenoval postorganizačnými sieťami. Zmeny nastali v čase uvoľnenia dominancie jednej politickej strany. V roku 1968 bolo podporené zriadenie viacerých menších tzv. rodinných a polorodinných typov detských domovov vybudovanie Detského mestečka v Trenčíne –Zlatovciach. Po roku 1989 nastali zmeny, ktoré priniesli odideologizovanie, ústavnej starostlivosti a začiatok jej pluralizácie a deinštitucionalizácie. Tento trend potvrdil zákon 305/2005 z.z. o sociálno-právnej ochrane asociálnej kuratele. Ďalší vývoj určuje Koncepcia plánu transformácie a deinštitucionalizácie náhradnej starostlivosti na roky 2012 – 2015 s výhľadom do roku 2020, ktorej cieľom je prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť.

1.c Kvalita života

V prístupe ku kvalite života sa všeobecne skúma, ako sa ľuďom žije v rôznom čase a na rôznych miestach, pričom sa sledovanie uskutočňuje prostredníctvom sociálnych indikátorov. Všeobecne sa tiež zvyčajne rozlišuje objektívna a subjektívna stránka kvality života. Objektívna stránka kvality života je daná materiálnym dostatkom, spoločenskou akceptáciou jednotlivca, alebo napr. jeho fyzickým zdravím. V rámci zisťovania stavu objektívnej kvality života sa tak uplatňujú indikátory z oblasti demokracie a participácie, ekonomickej spravodlivosti, zdravia a vzdelania a bezpečnosti. Subjektívna kvalita života sa zvyčajne týka životného pocitu, pohody a spokojnosti (Bačová, 2008). Hartl a Hartlová (2000) definujú kvalitu života ako vyjadrenie životného šťastia. Pacione (2003) uvádza, že pojem kvality života sa vzťahuje jednak ku kvalite prostredia (environmental quality) a k ľudskému blahu (human well-being). Dissart a Deller (2000) považujú za dôležité oblasti kvality života: osobnosť, sociálna podpora a zabezpečenie, spokojnosť s určitými oblasťami bežného života, vlastné schopnosti, environmentálne a ekonomické faktory, zdravie a nepriaznivé stresujúce udalosti a vplyvy. Výskum kvality života vo Veľkej Británii (Bowling, 1995) ukázal významné oblasti života, v ktorých možno sledovať kvalitu života. Sú to oblasti: vzťahy s rodinou a priateľmi, vlastné zdravie, zdravie blízkych, financie, bývanie, životný štandard, vzťahy, pracovné príležitosti, voľný čas, spokojnosť s prácou, vzdelanie, viera, prostredie a ďalšie. Bačová (2008) uvádza ďalší zaujímavý tzv. torontský model, ktorý bol vymedzený v Centre pre podporu zdravia pri Univerzite v Toronte (Quality of Life Research Unit). Ten definuje kvalitu života na základe dvoch aspektov: možností a potešenia z nich. Možnosti sú výsledkom príležitostí a obmedzení, ktoré osoba má vo svojom. Potešenie má dva komponenty: zážitok spokojnosti a zážitok úspechu. Kvalita života je teda miera potešenia z významných možností v živote osoby.

1.d Vplyv inštitucionálnej kultúry na jej členov

Pri identifikácii modelov ústavnej starostlivosti bola tiež uskutočnená analýza porovnania kultúry a klímy štandardnej školy a prevýchovných zariadení (Škoviera, 2015). Toto porovnanie ukazuje, že pre rozvoj kompetencií potrebných pre realizáciu mladých ľudí po odchode z ústavnej starostlivosti je potrebné využívať nasledujúce špecifiká kultúry a klímy prevýchovných zariadení: pestrejšie zastúpenie personálu zariadení, organizovanie života, najmä ak je zo strany detí prijaté a zvnútornené a je podnetom pre organizáciu vlastného života, pocit bezpečia zároveň s rešpektom k sociálnym normám, otvorenosť sociálnych vzťahov, tradície, rituály a symboly, ktoré vytvárajú poriadok v živote a tiež prinášajú zážitok vybočenia z každodennosti. Súčasne je potrebné prekonávať sociálnu exklúziu (súvisiaciu s teritoriálnou exklúziou), nízku mieru prepojenia s reálnym životom, nízku mieru narábania s osobným vlastníctvom, nízku podporu dosahovania aj malých úspechov, a formálne znaky inštitucionalizácie, ktoré sú v rozpore s pocitom vlastného miesta a domova (Škoviera, 2015).

2. Výskumná vzorka a metóda

2.a Organizačná kultúra

Vo vybraných 8 zariadeniach (5 detských domovoch a 3 reedukačných centrách) sme v prvom polroku 2014 zrealizovali kvalitatívny a kvantitatívny výskum Organizačnej kultúry. Dotazníkového prieskumu sa zúčastnilo 104 mladých dospelých a 95 zamestnancov a osôb z vedenia. Boli využité nasledovné dotazníky: Škála reziliencie, Škály spokojnosti s jednotlivými aspektmi života v zariadení a Kresba stromu rodiny pre

deti a mladých ľudí; a škála spokojnosti s prácou QWL (Quality of Work Life Scale) a škály spokojnosti s jednotlivými aspektmi života v zariadení pre zamestnancov. Kvalitatívnej časti interview sa dobrovoľne a anonymne zúčastnilo 36 zamestnancov 34 mladých dospelých pred odchodom zo zariadenia. V pološtrukturovanom interview sme sa zameriavali na preskúmanie vnímania prostredia zariadenia a školy, na sociálne vzťahy a pravidlá ich fungovania, na konflikty, ťažké životné situácie a ich riešenie a na ciele, plány a zmysel života mladých ľudí.

2.b Výskum absolventov

Individuálnych interview a skupinových diskusii sa spolu zúčastnilo 39 absolventov z 11 zariadení, ktorí tam strávili aspoň dva roky a od času ich odchodu uplynul aspoň rok. Interview sa okrem popisu pobytu v zariadení zameriavalo najmä na záležitosti týkajúce sa odchodu z necho (príprava, samotný odchod, udalosti po odchode a ich zvládanie, hodnoty a smerovanie v živote)

3. Vlastná analýza a výsledky

Všetky rozhovory s absolventami zariadení sme analyzovali najskôr kvalitatívne a neskôr pre sprehľadnenie sme kvantifikovali výskyt vybraných javov. U každého absolventa sme zisťovali kvalitu života z pohľadu získaného skóre v nasledujúcich položkách: Bývanie, Financie, Práca, Voľný čas, Vzdelanie (na škále uspokojivé – neuspokojivé), a položky Obavy, strach, Životné radosti, Spokojnosť, Dôležité pozitívne hodnoty, Ťažké neriešené a riešené životné situácie (miera prítomnosti - neprítomnosti). Zariadenia, ktorých absolventi dosiahli najvyššie vážené priemerné skóre, a teda vykazovali známky vyššej kvality života v samostatnom živote, boli vybrané pre bližšiu analýzu ich kultúry. Zhodou okolností to bol jeden detský domov a jedno reedukačné zariadenie.

Nižšie popíšeme prvky kultúry, ktoré mohli prispieť k vyššej kvalite života svojich absolventov po odchode zo zariadení. Sú to oblasti, ktoré boli ako v kvantitatívnej, tak v kvalitatívnej časti hodnotené pozitívne počas výskumu kultúry zariadení.

3.a Kvantitatívny pohľad

Tabuľky 1. a 2. Uvedené nižšie uvádzajú vybrané oblasti, ktoré boli zamestnancami a mladými dospelými v zariadení hodnotené ako najkvalitnejšie na stupnici, kde 1 je najlepšie hodnotenie a 5 najhoršie. Pre porovnanie, v akom rozmedzí sa pohybovalo hodnotenie zariadenia, uvádzame aj položky, ktoré zo všetkých v dotazníku získali najnižšie priemerné skóre. Ako je vidno, v oboch zariadeniach, tieto položky dosahujú dostatočnú mieru spokojnsti (okolo úrovne 3), čo svedčí o určitej kvalite prostredia zariadení tak, ako ho vnímajú ľudia v nich.

Tabuľka 1: Hodnotenie Detského domova (DeD) – vybrané oblasti s najlepším a najhorším skóre*			
Zamestnancami		**Mladými dospelými**	
Hodn.	**Položka**	**Hodn.**	**Oblasť**
1,11	Strava	1,0	Dosiahnutý pokrok (v zariadení)
1,16	Umožňuje kontaktu s rodinou	1,0	Voľnočasové aktivity v zariadení
1,16	Možnosti relaxu a oddychu detí	1,05	Strava
		1,05	Bývanie
		1,05	Oblečenie
2,47	Vzťahy detí s rodinou	2,75	Možnosť mať partnerský vzťah
3,00	Spolupráca s MO a dobrovoľníkmi	3,00	Systém odmien a trestov
3,17	Možnosti využívania externých odborných služieb (CVaPP a pod.)	3,5	Možnosť zapájať sa do riadenia chodu zariadenia

**hodnotenie na stupnici 1(výborné) – 5 (nedostačujúce)*

Tabuľka 2: Hodnotenie Reedukačného centra (RC) – vybrané oblasti s najlepším a najhorším skóre			
Zamestnancami		**Mladými dospelými**	
Hodn.	**Oblasť**	**Hodn.**	**Oblasť**
1,56	Systém odmien a trestov	1,61	Vzťahy s rovesníkmi mimo zariadenia
1,56	Starostlivosť o zdravie detí	1,65	Moja príprava na odchod zo zariadenia
1,56	Možnosti navštevovať cirkevné obrady mimo zariadenia	1,69	Moje vzťahy s vychovávateľmi
1,44	Kvalifikácia a odborné kompetencie personálu		
3,0	Duševné zdravie detí	3,0	Financie, ktoré mám k dispozícii
3,0	Možnosť mať partnerský vzťah	3,04	Systém odmien a trestov
3,11	Vzťahy detí s rovesníkmi mimo zariadenia	3,07	Moje vzdelávanie
3,33	Vzťahy detí s rodinou		

**hodnotenie na stupnici 1(výborné) – 5 (nedostačujúce)*

Najvyššie hodnotené sú tu oblasti zabezpečenia základných potrieb detí, ďalej rozvíjanie vzťahov, vzdelania a voľnočasových aktivít detí. V neposlednom rade profesionalita zamestnancov a nastavenie pravidiel zariadenia. Vyskytlo sa aj pozitívne hodnotenie prípravy na odchod zo zariadení.

3.b Kvalitatívny pohľad

Zariadenie RC a DeD

Ponúkame spoločnú charakteristiku dvoch vybraných zariadení prostredníctvom výsledkov analýzy z interview .

Podmienky zariadení

Zariadenie vychádzalo v ústrety uspokojovaniu potrieb detí, [23:13], vyznačovalo sa čistotou v interiéri [23:27, 40:25] a umožňovalo deťom kontakt s vonkajším prostredím[23:18, 23:81].

Dodržoval sa rešpekt všetkých k pravidlám v zariadení [23:30] a kládol sa dôraz na elimináciu akjkoľvek etnickej, či rasovej diskriminácie[23:55, 33:6]. Deti a mladí dospelí mali možnosť zúčastniť sa na spravovaní zariadenia (napr. nastavenie pravidiel a pod.) [23:27] a boli im vytvorené podmienky pre vyrozprávanie svojich problémov [23:50, 40:66]. Zariadenie si budovalo dobré meno, aby odchádzajúci mladí dospelí neodchádzali s príťažou zlej nálepky [33:2].

Prístup personálu

Zamestnanci kládli dôraz na ukončenie vzdelania [23:1, 2, 3][9], prejavovali dôveru v schopnosti detí učiť sa a dosahovať dobré školské výsledky [40:9] a poskytovali im možnosť rozprávať sa aj o svojich intímnych záležitostiach [23:64]. Medzi personálom a deťmi sa budovala vzájomná dôvera [23:9] a dieťa malo oporu aspoň jednej osoby v zariadení aj mimo zariadenia [23:67, 40:73, 40:88, 40:93]. S mladými dospelými sa zaobchádzalo ako s dospelými a nie ako s deťmi, v zmysle poskytnutia priestoru pre samostatné konanie [23:6, 23:13].

Starostlivosť

V zariadení bol zavedený režim (nie však dril), a pôsobilo sa cez vzťahy a tiež profesionálne skupinové aj individuálnu terapeutickú prácu [33:11, 40:80, 40:82].

Starostlivosť sa dá charakterizovať ústretovosťou, snahou o náhradu rodičovskej lásky, prítomný bol záujem, pomoc, rada, úcta voči deťom, pričom všetky tieto prvky prevažovali nad bodovaním a trestami [23:18, 23:24, 23:27, 33:11]. Zariadenie a personál pomáhali deťom prežiť niečo, čo stratili v detstve[23:63], a učili ich riešiť konflikty s dospelými 23:48. Venovali pozornosť riešeniu problému vzťahu s rodinou [23:50], pracovali na eliminácia nezdravých sociálnych väzieb z pôvodného prostredia [23:58] a viedli deti ku komunikácii s blízkymi osobami, s ktorými majú problémové vzťahy [23:60, 40:63]. Poskytovala sa tu pomoc pri zmene životného štýlu a prostredia po nástupe do zariadenia [40:21], prenastavenie detí z negatívneho na pozitívne myslenie a správanie [23:75, 40:91]. Medzi deťmi fungovala vzájomná pomoc a opora [23:10, 23:53] a spokojnosť so spolubývajúcimi [23:18].

Deti a mladí dospelí sa učili plánovať si budúcnosť v rámci reálnych možností a prípravovať sa na odchod [23:63, 23:83, 40:77 , 40:94] budovať si autonómie a odolnosti voči negatívnym nástrahám života [40:104].

Osobné

Deťom bolo umožnené mať k dispozícii osobné veci (hudba, hygiena, oblečenie, hračky a pod.) [40:49] a tiež zarobiť si peniaze a hospodáriť s nimi [23:44, 23:46, 40:56, 40:58]. Boli vedené k aktívnemu a zmysluplnému spôsobu trávenia voľného času prostredníctvom koníčkov (šport, čítanie, starostlivosť o zvieratá), čo slúžilo ako prostriedok vystúpenia z každodennej reality [40:12]. V zariadeniach sa organizovali oslavy osobných sviatkov detí [23:38],

[9] Označenie referencie na interview a príslušný odsek

Kompetencie absolventov - RC

Počas interview absolventi vybraného RC uvádzali nasledovné schopnosti a zručnosti. Vedieli si vytvoriť , udržať, zveľaďovať partnerský vzťah, [12:17, 13:12, 13:16], dokázali pomôcť druhým ľuďom z ústavnej starostlivosť, [4:25] a udržiavať podporné vzťahy s personálom zariadenia, [12:12]. Vytvorili si bežný pokojný život, finančne zabezpečili domácnosť, rodinu a zveľaďovali si podmienky na bývanie [17:5, 17:11, 17:17]. Boli cieľavedomí a nevzdávali sa, opatrné plánovanie budúcnosti, a v rámci nej aj pokračovanie vo vzdelávaní [56:37, 13:17, 13:27]. Dokázali prežívať každodenné radosti [58:58].

Kompetencie absolventov - DeD

Mladí dospelí z detského domova sa vedeli postarať o bežné veci - varenie, upratovanie, hospodárenie s peniazmi, vybavovanie na úradoch [12:6, 36:37, 18:29, 129:130, 10:3, 39:40]. Dokázali rešpektovať autority a mali rozvinuté schopnosti adekvátne sa správať v rôznnych sociálnych situáciách. Dokázali vychýdzať s rôznymi ľuďmi, [18:27, 123:126]. Mali vybudovanú sebadôveru, vďaka možnosti „nájsť seba“ počas pobytu v DeD [10:20, 77:7] a tiež určitú disciplínu, skromnosť a poriadkumilovnosť. Uvedomovali si svoj životný cieľ, mali tendenciu myslieť na budúcnosť a neobzerať sa príliš do minulosti.

Záver

Podľa analýzy dvoch vybraných zariadení sme identifikovali prvky kultúry, ktoré sa ukazujú ako dôležité pre neskôršiu kvalitu života mladých ľudí. Ak personál v zariadení vedie deti s láskou, podporou a rešpektom k spracovaniu komplikovaných vzťahov a učí ich ako udržiavať nekonfliktné vzťahy s ostatnými v ich okolí, neskôr, už ako mladí ľudia , títo dokážu viesť zdravé vzťahy s inými ľuďmi, vytvárať si dlhodobé partnerstvá a dokážu pomáhať ostatným vo svojom okolí. Podobne, ak je v zariadení vytvorený priestor pre rozvoj samostatnosti a je prejavená dôvera v schopnosti detí riadiť si určité oblasti svojho života, u absolventov sa ukazuje vytrvalosť a cieľavedomosť v samostatnom plánovaní, v schopnosti finančne a materiálne sa zabezpečeť. Zariadenie, ktoré, využíva režim a rituály na získanie stability, pravidelnosti a dodania významu výnimočným udalostiam a zároveň deťom umožňuje plnohodnotne stráviť svoj voľný čas ako spôsob vybočenia z každodenného stereotypu, rozvíja v nich neskoršiu schopnosť viesť pokojný, „normálny“ život a schopnosť tešiť sa z každodenných udalostí.

Tento príspevok vznikol v rámci riešenia projektu číslo APVV-0368-12: „Príprava mladých ľudí v detských domovoch a reedukačných centrách – analýza a inovácia“ financovaným Agentúrou pre podporu výskumu a vývoja.

Literatúra

BAČOVÁ V. a kol. 2008. *Kvalita života a sociálny kapitál*. Prešov: FilF PU, 2008.

BĚLOHLÁVEK, F.; KOŠŤAN, P.; ŠULEŘ, O. 2001. *Management.* 1. vyd. Olomouc: Rubico, 2001. 642 s. ISBN 80-85839-45-8.

BOWLING, A. 1995. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. In: *Social Science and Medicine*, 41, 1447-1462.

CURT, B.C. 1994. *Textuality and tectonics: troubling social and psychological science*. Buckingham: Open University Press.

DISSART, J. C., DELLER, S. C. 2000. Quality of life in the planning literature. *Journal of Planning Literature*, 15, 135-161.

FOUCAULT, M. 1975. *Dohlížet a trestat: Kniha o zrodu vězení*. Praha: Dauphin.

FOUCAULT, M. 2000. *Moc, subjekt a sexualita*. Bratislava: Kalligram.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník.* 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303X.

KELLER, J. 2007. *Sociologie organizace a byrokracie*. Brno: Slon, ISBN 8086429741

LUKŠÍK I., ŠKOVIERA, A., PUKANČÍK, M., SVETLÍKOVÁ, J., FÜLÖPOVÁ, E., LEMEŠOVÁ, M., SMETANOVÁ, D. 2012. *Kultúra škôl a výchovných zariadení*. UK: Bratislava, ISBN 978-80-223-2962-0.

MAFFESOLI, M., 2006. *Rytmus života. Variácie o postmodernej imaginárne*. Bratislava: Sofa, ISBN: 8089033563

PACIONE, M. 2003. Urban environmental quality and human well-being – a social geographical perspective. *Landscape and Urban Planning*, 65, 19-30.

POL. M. HLOUŠKOVÁ L., NOVOTNÝ P., ZOUNEK, J.(EDS.) 2006. *Kultura školy. Příspěvek k výzkumu a rozvoji*. Brno: Masarykova Univerzita.

SHEIN, E.H. 1985. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.

ŠKOVIERA, A. 2015. Iné deti, iný život, iná kultúra. Kultúra a klíma v prevýchovných zariadeniach. In.: *Edukačné prostredie a kultúra*. Pedagogica Actualis VII, UCM: Trnava, s. 350 – 354.

TRICE, H. M., BEYER, J. M. 1993. *The cultures of work organizations*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall. ISBN 013-191438-3

VEENHOVEN R. 2005. Is life getting better? How long and happy people live in modern society European Psychologist, 2005, special section on '*Human development and*

Well-being', vol. 10, pp.330-343. In: http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2005k-full.pdf (prístup 15.11.2013)

WAGNER, P. 1994. *A Sociology of Modernity: Liberty and Discipline*. Routledge: London.

WICK, D., BRADSHAW, P. 2002. Gendered value foundation that reproduce discrimination and inhibic organizational change. In: Aaltio, I., Mills, A.J.(Eds.): *Gender, Identity and the Culture of Organization*. London: Routledge, 2002.

STANDARDY KVALITY PÉČE O DĚTI VE ŠKOLSKÝCH ZAŘÍZENÍCH PRO VÝKON ÚSTAVNÍ A ÓCHRANNÉ VÝCHOVY A PREVENTIVNĚ VÝCHOVNÉ PÉČE

PhDr. Helena PACNEROVÁ

Národní ústav pro vzdělávání, Novoborská 372, Praha 9, 190 00, Česká Republika
helena.pacnerova@nuv.cz

V březnu 2015 byl Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy v České Republice schválen Metodický pokyn, kterým se stanovují standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a ve školských zařízeních pro preventivně výchovnou péči (č. j. MSMT-5805/2015).

Standardy kvality vycházejí z více než dvouleté práce pracovní skupiny a širšího konzultačního fóra a byly rovněž pilotně ověřeny. V současné době jsou standardy kvality zaváděny do praxe a je nastavován podpůrný systém pro pracovníky zařízení, který zahrnuje vzdělávání, metodické vedení, metodické příručky aj.
Účelem standardů kvality je nastavení a udržení srovnatelné úrovně kvality poskytované péče v jednotlivých školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče (dále jen zařízení ÚV/OV a SVP) napříč celou Českou republikou a **zvyšování kvality** péče o děti v těchto zařízeních. Definují základní (minimální) kritéria kvality péče v oblasti výchovně vzdělávacího procesu, v personálních, organizačních a materiálních aspektech péče a zároveň naznačují směr vývoje kvality poskytovaných služeb. Vycházejí z aktuálních vědeckých poznatků a byly vytvářeny v úzké spolupráci s odborníky z praxe. Jsou aplikovatelné pro všechny typy zařízení ÚV/OV a SVP (dětský domov, dětský domov se školou, diagnostický ústav, výchovný ústav, střediska výchovné péče), pouze na ambulantní formu středisek výchovné péče se vztahují částečně. Z toho důvodu jsou dále vytvářeny standardy pro tuto formu péče.

Standardy kvality jsou formulovány tak, aby mohly sloužit širšímu spektru cílových skupin. Jsou určeny pracovníkům zařízení ÚV/OV a SVP **pro metodické vedení, sebereflexi a sebehodnocení** práce a zařízení; zároveň zprostředkovávají úvodní informace pro nové pracovníky a nastavují rámec pro další vzdělávání pracovníků; slouží tvůrcům politik a zřizovatelům **pro monitoring a kontrolu poskytované péče**; dětem, rodičům a odborné veřejnosti **pro orientaci v tom, co mohou od péče očekávat**.

Protože tvorba standardů kvality vycházela z požadavku zakotvit je v budoucnu jako vyhlášku, bylo nutné zachovat komplementaritu se stávajícími právními normami. Zároveň byla tvorba standardů ohraničena stávající výší a strukturou finančních prostředků alokovaných pro zařízení ÚV/OV a SVP. Standardy kvality proto přinášejí kritéria kvality tam, kde to bylo z hlediska existujících norem a finančních limitů možné. **Předpokládáme další inovace současných standardů kvality ruku v ruce s inovacemi v právních předpisech.**

Důvod vzniku standardů kvality

Poprvé byla v českém právním předpisu potřeba vzniku standardů kvality pro oblast ústavní výchovy a preventivně výchovné péče vyjádřena v roce 2009, a to usnesením vlády č. 883 z července 2009, kterým byl schválen „Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009–2011“ (dále NAP). NAP definuje klíčové aktivity nutné pro zvýšení kvality péče o ohrožené děti a mezi ně jsou zařazeny standardy kvality. Transformační aktivity včetně tvorby standardů kvality péče a posilování prevence byly dále rozpracovány v návazné „Národní strategii ochrany práv dětí: Právo na dětství“, která byla Vládou ČR schválena v listopadu roku 2011 a jejíž cíle mají být naplněny do roku 2018. Podrobněji pak byly strategické cíle rozpracovány ve schváleném „Akčním plánu k naplnění národní strategie ochrany práv dětí 2012–2015“.

V souvislosti s přípravou akčního plánu byl v roce 2009 zpracován materiál „Rámcová koncepce MŠMT ČR v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči“. Součástí připravované koncepce MŠMT je podle tohoto materiálu „Zavádění efektivních a inovativních postupů do systému, které budou zvyšovat profesionalitu péče“. Jedním z uvedených postupů je i systém standardů kvality pobytových a preventivních služeb.

Následně byla v roce 2012 schválena novela zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, kterou bylo zmocňovací ustanovení §41 doplněno tak, že „… ministerstvo stanoví vyhláškou standardy kvality pro preventivně výchovnou péči ve střediscích a standardy kvality pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy v zařízeních“.

V roce 2014 byl Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy zpracován a schválen „Záměr koncepce řízení a rozvoje školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a preventivně výchovné péče zřizovaných při MŠMT na období 2014–2020“ (dále jen jako Záměr koncepce MŠMT z roku 2014). Součástí tohoto dokumentu je také akcent na tvorbu standardů kvality, rozpracování standardů na jednotlivé typy programů a zavádění standardů do praxe.

V současnosti tedy MŠMT navazuje na jmenované dokumenty a směřuje k přípravě standardů kvality a systému kontroly jejich naplňování do podoby prováděcího předpisu k zákonu č. 109/2002 Sb.

MŠMT zahájilo práci na standardech v roce 2009, a to v rámci realizace dvou paralelních projektů, *„Podpora vypracování obecných standardů kvality práce v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovnou činnost MŠMT“* (realizovaný v období 1. 1. – 31. 7. 2010) a *„Ověření obecných standardů kvality pro výkon ústavní a ochranné výchovy v resortu MŠMT prostřednictvím auditů kvality ve vybraných zařízeních“* (realizovaný v období 1. 2. – 31. 8. 2010), jejichž zadavatelem bylo MŠMT. Řešitelem projektů byl Národní vzdělávací fond.

Výstupem těchto projektů byly „*Obecné standardy kvality pro výkon ústavní a ochranné výchovy v resortu MŠMT* a *Metodika auditů kvality“*. Tyto standardy vycházely ze standardů kvality sociálních služeb (příloha č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění) a

od tohoto původního zdroje se lišily zejména v terminologii, struktura i obsah standardů byly ve všech oblastech zachovány tak, jak jsou pojednány ve zdrojovém dokumentu.

V roce 2012 předalo MŠMT úkol tvorby standardů kvality Národnímu ústavu pro vzdělávání (dále jen NÚV). NÚV na základě analýzy a referencí z praxe vyhodnotil, že je potřeba, aby vznikly standardy nastavené přímo na zařízení ÚV/OV a SVP, které by byly kompatibilní s dalšími právními předpisy. Z tohoto důvodu byly výše popsané výstupy z období 2009–2011 zahrnuty do analýz a k tvorbě standardů byla zvolena odlišná metodologie.

Představení standardů kvality

Standardy kvality mají za cíl podpořit v praxi péče o děti v zařízeních ÚV/OV a SVP zejména ty principy péče o děti, které se na základě aplikovaného výzkumu a výsledků praxe ukázaly být jako prospěšné pro vývoj dítěte, rozvoj jeho potenciálu, zajištění jeho bezpečí, zvyšování šancí na jeho začlenění do společnosti a zvyšování šancí na jeho návrat do rodiny.

Cílem tvorby standardů bylo konkrétními kritérii postihnout hodnoty, které jsou pro dítě v kontextu jeho situace, rodiny a vývoje v rámci života v zařízení ÚV/OV a SVP důležité a podstatné. Při tvorbě standardů jsme se zaměřili především na tyto:

Vztah dítěte k sobě samému, své rodině a blízkým lidem, k dětem a pracovníkům zařízení, spolužákům a kamarádům, škole, k věcem, prostředí, k tělu aj.; zejména podpora individuálního vztahu dítě–pracovník v zařízení, podpora pozitivních vztahů, práce s narušenými vztahy, podpora udržování navázaných vztahů mezi dítětem a jeho rodinou a blízkými lidmi.

Dítě v kontextu své situace, místa, rodiny, vývojových potřeb; zejména podpora zachování sociálních, vztahových, materiálních a prostorových kontextů, ve kterých dítě žije, podpora práce se životním příběhem dítěte, snižování a eliminace přetrhávání vazeb, podpora spolupráce zařízení s rodinou a blízkými osobami dítěte / s dalšími službami/odborníky/ zařízeními aj.

Dítě jako aktivní tvůrce a účastník procesu; zejména podpora informovanosti dítěte a jeho rodiny, možností spoluutvářet svůj život v rámci zařízení i mimo něj díky možnostem rozhodovat se o běžných každodenních záležitostech, podpora spolurozhodování se, podpora aktivizace dítěte i jeho rodiny.

Dítě jako součást komunity/obce, **nikoli pouze zařízení**; zejména podpora zapojování dětí do aktivit komunity a snižování separace dětí a dětských skupin vyrůstajících v zařízení od ostatních lidí a aktivit v blízkém okolí.

Dítě a jeho jedinečnost; zejména podpora péče založené na vyhodnocení potřeb každého dítěte, utlumování skupinově založených postupů vycházejících více z potřeby „zařízení“ a/nebo „skupin“ než z potřeb jednotlivých dětí, podpora naplňování nejen fyzických, ale také psychologických potřeb dětí.

Dítě na cestě k dospělosti; zejména podpora aktivit, které rozvíjejí kompetence potřebné pro samostatný život dětí; podpora rozvoje podpůrných aktivit zařízení při přechodu mladých dospělých do samostatného života.

Dítě v bezpečí; zejména podpora auto evaluace zařízení, podpora bezpečných mechanismů komunikace o dítěti a jeho rodině v rámci zařízení i mimo něj, práce se stížnostmi, prevence nálepkování dítěte v kontextech mimo zařízení (komunita, škola apod.), podpora ochrany soukromí a intimity dítěte, prevence zneužití moci.

Výběr jmenovaných akcentů ve standardech vycházel zejména z vědeckých poznatků, ze zhodnocení aktuálních potřeb praxe v České republice a je v souladu s prioritami národních a nadnárodních strategických dokumentů. Kritéria kvality, která tyto hodnoty konkretizují ve standardech, jsou pak formulována rovněž s ohledem na možnosti legislativy a praxe.

Struktura standardů kvality obsahuje nejprve **osm průřezových zásad** platných pro všechny standardy. Mezi průřezové zásady patří například to, že péče je realizována v souladu s nejlepším zájmem dítěte, s ohledem na jeho věk, rozumové schopnosti, duševní a tělesný zdravotní stav a rodinný kontext; v souladu s individuálními potřebami dítěte; směřuje k rozvoji samostatnosti, aktivní účasti dítěte ve společnosti, k posilování sebedůvěry, identity dítěte a k rozvoji tělesných, duševních, citových a sociálních dovedností dítěte; je v souladu s principem rovného přístupu, zajišťuje naplňování práv dětí a vychází z aktuálních odborných poznatků. Tyto zásady platí pro každý jednotlivý standard.

Dále následuje členění standardů do **pěti tematických oblastí:**

1. **Vymezení činnosti a informovanost**. Tato tematická oblast zahrnuje 12 standardů**.** Shrnujícím záměrem souboru standardů je to, že děti vědí, jak o ně bude v zařízení pečováno, s kým jej budou sdílet, kdo se o ně bude starat a co se od nich očekává. Zařízení má zpracované informace o své činnosti, které jsou srozumitelné a dostupné dětem, osobám odpovědným za výchovu a dalším příslušným subjektům. Děti vědí, co mají dělat v případě, pokud se cítí nespokojené. Existují mechanismy vedoucí k prevenci a nápravě porušení práv a povinností, o kterých jsou informovány děti, osoby odpovědné za výchovu i zaměstnanci.

2. **Průběh péče a návazné služby**. Tato tematická oblast zahrnuje 39 standardů**.** Shrnujícím záměrem souboru standardů je to, že přijetí, pobyt i odchod dítěte ze zařízení je realizován s respektem k potřebám dítěte a jeho zájmům. Dítěti je poskytována individuální podpora pro jeho komplexní rozvoj, uskutečňování vzdělávacích a výchovných cílů a pro přípravu na samostatný život. Děti jsou podporovány v udržení kontaktů s jejich blízkými osobami a podílejí se na rozhodování o důležitých aspektech svého života. Děti a osoby odpovědné za výchovu jsou seznámeny se svými právy a povinnostmi a vědí, co se od nich očekává.

3**. Personální agenda**. Tato tematická oblast 7 standardů**.** Shrnujícím záměrem souboru standardů je to, že se o děti stará dostatek kvalifikovaných zaměstnanců, kteří jsou odborně podporováni a znají své kompetence a odpovědnosti. Zařízení uplatňuje odpovědný výběr zaměstnanců a dalších příslušných osob (dobrovolníků, stážistů atd.). Existují mechanismy prevence a kontroly, které zabraňují možnosti nevhodného jednání s dětmi.

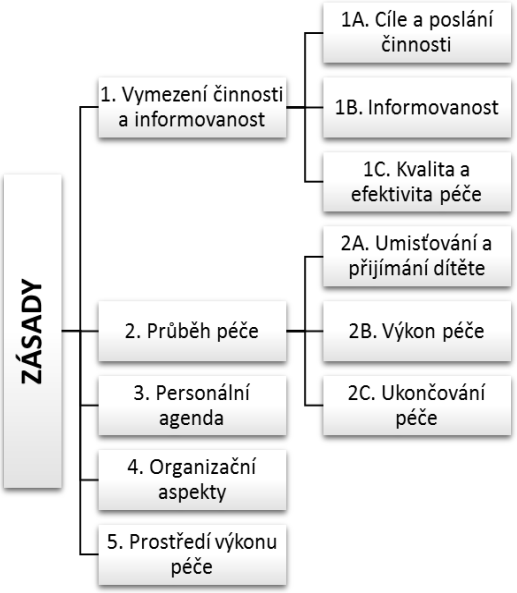
4. **Organizační aspekty**. Tato tematická oblast zahrnuje 6 standardů**.** Shrnujícím záměrem souboru standardů je to, že o děti pečuje tým zaměstnanců, kteří vědí, kdo je řídí a komu se zodpovídají. Existují postupy spolupráce a sdílení informací uvnitř týmu i

s dalšími zapojenými subjekty, které dbají na ochranu soukromí a osobních údajů dítěte a jeho rodiny. Zařízení pravidelně sleduje a hodnotí naplňování svého poslání, cílů a kvality poskytované péče a zohledňuje názory dětí, zaměstnanců a dalších zapojených osob.

5. Prostředí výkonu péče. Tato tematická oblast zahrnuje 3 standardy. Shrnujícím záměrem souboru standardů v této tematické kapitole je to, že děti mají vytvořeno bezpečné prostředí, které umožňuje poskytování požadovaných služeb ve vztahu k jejich zájmům a specifickým potřebám.

Celkem je v dokumentu 67 standardů.

Obrázek č. 1: Struktura standardů kvality



Tři úrovně reflexe kvality

Posláním standardů kvality je především podpořit reflexi v zařízeních a poskytnout pracovníkům zařízení strukturovaný nástroj pro to, aby hledali a nacházeli funkční strategie pro práci s dětmi, formulovali si konkrétní potřebu pro změnu v dílčích oblastech, je-li třeba, a také ji uskutečňovali nebo se ukotvovali v již existující dobré praxi. Cílem reflexe tedy není za každých okolností změna, ale udržování si přehledu o kvalitě své práce a hledání dobrého poměru mezi změnou a stabilitou. Reflexe praxe podle standardů kvality se může odehrávat na třech základních rovinách, které se navzájem doplňují.

1. Autoevaluace

Základním zdrojem k reflexi vlastní praxe je vnitřní hodnocení samotného zařízení, tedy **autoevaluace**, a to jak na úrovni jednotlivých pracovníků, tak na úrovni zařízení jako celku. Přínosem autoevaluace je vlastní, nikým zvnějšku nenahraditelný pohled na práci zařízení a na naplňování cílů výchovně vzdělávacího procesu. Autoevaluace poskytuje platformu pro to, aby si zařízení udržovalo přehled o kvalitě své

práce a rozhodovalo se, které prvky a procesy zachová a ve kterých je zapotřebí uskutečnit změnu.

Forma autoevaluace standardů kvality, kterou si zařízení zvolí, je zcela v kompetenci vedení zařízení. V rámci podpory procesu autoevaluace na základě standardů kvality jsme navrhli metodický sešit *Rozvíjíme kvalitu péče*. Použití tohoto sešitu v rámci autoevaluace zařízení je zcela dobrovolné a je nabídkou, kterou pracovníci mohou nebo nemusejí využít.

2. Metodická podpora

Dalším zdrojem k reflexi se mohou stát **výstupy z metodické podpory**, kterou by měli vykonávat nezávislí odborníci, metodičtí průvodci, kteří jsou specificky školeni v problematice kvality péče o děti v zařízeních a střediscích. Přínosem tohoto zdroje může být nabídnutí vnějšího pohledu na aspekty kvality v zařízení, který není zatížený subjektivitou interního pracovníka, a nabídnutí podpory při hledání cesty ke změně tam, kde je to potřeba. Rolí metodických průvodců při zavádění standardů kvality byli metodickým pokynem stanoveni pracovníci diagnostických ústavů, kteří jsou zákonem č. 109/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů, pověřeni metodickým vedením zařízení ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče ve standardech kvality péče o děti. Metodická podpora je uskutečňována na dobrovolné bázi ze strany zařízení, kterému je poskytována. Může být metodickým průvodcem zařízení aktivně nabídnuta nebo může být uskutečněna na základě žádosti zařízení. Zároveň může být zařízení doporučena po kontrole České školní inspekce.

3. hodnocení standardů kvality

Třetím zdrojem pro reflexi je **kontrola**, kterou má ve školských zařízeních v kompetenci Česká školní inspekce. Kontrola přináší formální hodnocení naplňování standardů v praxi a může ve své činnosti zhodnotit a využít výstupy z předchozích dvou fází.

Standardy kvality by jako prováděcí předpis měly být podrobovány hodnocení, zdali jsou v zařízeních naplňovány. Z toho důvodu byl navržen a pilotně ověřen mechanismus hodnocení, kteří tvůrci standardů doporučují dodržovat, pokud má být cílem kontroly podpora kvality péče. Řada standardů zahrnuje citlivá a subtilní témata a podstatné je především to, jak praxe zařízení, nikoli jeho dokumenty, standardy naplňují. Návrh hodnocení tedy konkretizuje zejména to, kdo a s jakou kvalifikací může hodnocení vykonávat, jak by měl být složený hodnotitelský tým a z jakých zdrojů by měl tento tým čerpat informace o naplňování standardů. Navržené standardy v co největší možné míře pracují s dokumentací, která v zařízeních již existuje, nevytvářejí další administrativní zátěž a soustředí se na získávání informací z více zdrojů včetně rozhovorů a pozorování.

Plné znění standardů kvality, metodický sešit *Rozvíjíme kvalitu péče* a podrobnou zprávu z pilotního ověření standardů lze dohledat na webových stránkách NÚV: http://www.nuv.cz/t/standardy-kvality-pece-o-deti. V nejbližších měsících bude rovněž vydána publikace *Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče*, která bude v elektronické podobě dostupná tamtéž.

Literatura

MPSV. Národní strategie ochrany práv dětí. Základní principy, dílčí cíle a východiska. „Právo na dětství“. Dostupné z: *http://www.mpsv.cz/files/clanky/14309/NSOPD.pdf*

MPSV. Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011. Dostupné z: *http://www.mpsv.cz/files/clanky/7440/NAP.pdf*

MPSV. *Akční plán k naplnění Národní strategie ochrany práv dětí 2012–2015*. Dostupné z: *http://www.mpsv.cz/files/clanky/14311/APN_NSOPD_2012–2015.pdf*

MŠMT. Rámcová koncepce MŠMT v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči. Dostupné z: http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/transformace-institucionalni-vychovy-1.

MŠMT. Záměr koncepce řízení a rozvoje školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a preventivně výchovné péče zřizovaných MŠMT. Dostupné z: http://www.msmt.cz/file/34169/

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

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

VYCHOVÁVATELIA DIAGNOSTICKÝCH A REEDUKAČNÝCH CENTIER PRE MLÁDEŽ Z POHĽADU DETÍ

PhDr. Viera HUDEČKOVÁ, PhD., PhDr. et Mgr.Pavel BRYNDZÁK, PhD.

PhDr. Jana POLÁCHVÁ, PhDr. Zuzana ONDRUŠOVÁ

Diagnostické centrum Bratislava – Záhorská Bystrica
Trstínska 2, 841 06 Bratislava
dctrba@gmail.com

Reedukačné a diagnostické centrá sú špeciálne výchovné zariadenia určené *Zákonom č. 245/2008 Z. z. o školských zariadeniach*, najmä *§ 121, § 122, § 123.* Do týchto zariadení sú dočasne umiestňované deti s poruchami správania, u ktorých ambulantné formy práce neviedli k náprave. Tieto deti sú typické tým, že neadekvátne reagujú v záťažových situáciách, nemajú vypestované konštruktívne stratégie na ich zvládanie a majú nízku úroveň reziliencie, takže nie sú schopné adekvátne fungovať v rodine, širšej spoločnosti a škole (Pazaratz, 2008). Diagnostické a reedukačné centrá sa vo svojej činnosti venujú prevýchove detí s poruchami správania, pričom pod pojmom prevýchova chápeme činnosť nasledujúcu po neúspešnom či nie celkom úspešnom formovaní osobnosti jedinca, ktorá je systematicky cielená na trvalú zmenu osobnosti a jej správanie tak, aby to jedincovi umožnilo jeho pozitívny rozvoj a úspešnú integráciu v spoločnosti (Sekera, 2008).

Zamestnanci špeciálneho výchovného zariadenia, ktorí prevýchovu realizujú, by podľa Pazaratza (2008) mali dokázať integrovať rodičovské funkcie výchovy dieťaťa s klinickou starostlivosťou do jedného celku. Na zamestnanca pracujúceho v špeciálnom výchovnom zariadení sú kladené isté špecifické nároky. Takýto zamestnanec by mal predstavovať model zrelého správania, a preto má používať vhodný jazyk, správanie, riešenie problémov, má reprezentovať hodnoty, vzory, rozlišovať správne a nesprávne. Zamestnanec musí nadviazať pozitívny a zmysluplný vzťah s každým dieťaťom, používať odmeny a dôsledky spravodlivo, bez nátlaku a zároveň s nasadením povzbudzovať deti, aby sa rozhodovali a správali tak, aby to podporovalo ich vlastný rozvoj. Pri výkone svojej práce každý zamestnanec takéhoto centra prichádza do styku s umiestnenými deťmi. Nie všetci však majú s nimi rovnaký kontakt, či už ide o dĺžku alebo obsah spoločne tráveného času. Vzhľadom na vykonávanú činnosť sú v priamom kontakte s deťmi najviac vychovávatelia. Okrem formálnych činností, ktoré vyplývajú z plnenia výchovných plánov, trávia s deťmi i neformálny čas, víkendy i prázdniny. Preto môžeme vychovávateľov považovať za tých zamestnancov, ktorí majú s deťmi umiestnenými v špeciálnom výchovnom zariadení najbezprostrednejší a najpriamejší vzťah. Podľa Pazaratza (2008) sú priami výchovní pracovníci *najdôležitejším klinickým komponentom* v rezidenciálnej starostlivosti o deti s emocionálnymi problémami.

V tomto kontexte môžeme teda vychovávateľov v špeciálnych výchovných zariadeniach vnímať vo vzťahu k umiestneným deťom ako ľudí, ktorí sa najviac približujú k rodičovskej role. Vychádzajúc z tohto predpokladu sme sa v snahe skúmať názory detí na výchovný prístup zamestnancov rozhodli skúmať práve pohľad detí na výchovný prístup vychovávateľov.

Cieľom nášho výskumu bolo *charakterizovať niektoré aspekty výchovných prístupov vychovávateľov z pohľadu detí umiestnených v diagnostických a reedukačných centrách na Slovensku, rovnako ako aj zistiť súvis medzi jednotlivými premennými v závislosti od pohlavia a veku detí (respondentov).*

Pre naše skúmanie sme stanovili dve výskumné otázky:

1. *Ako vnímajú deti v diagnostických a reedukačných centrách výchovný prístup svojich vychovávateľov?*
2. *Aké faktory determinujú rozdiely vo vnímaní výchovného prístupu vychovávateľov z pohľadu detí v diagnostických a reedukačných centrách?*

Ako metódu skúmania sme zvolili dotazník ADOR, ktorý z pôvodného dotazníka CRPBI E. S. Schaefera v úprave manželov Schuldermannových, pre československé prostredie upravili českí autori Z. Matějček a P. Říčan (1983). Dotazník ADOR („adolescent o rodičích“) zisťuje postoje, konanie a výchovné praktiky rodičov, ako sa javia ich deťom v puberte a v adolescencii. Skúma 5 faktorov: **pozitívny záujem** vs. **hostilita**, **direktívnosť** vs. **autonómia** a **nedôslednosť**. Tento dotazník je podľa jeho autorov prínosný v prípadoch rodinných konfliktov, napätia, výchovných problémov, porúch správania a neurotických ťažkostí, školských problémov detí, a podobne. Ako autori sami uvádzajú, v prípade, že deti vychováva niekto iný než rodičia (prarodičia, iní príbuzní, niekedy aj starší súrodenci), alebo ak je z akýchkoľvek dôvodov dôležité dozvedieť sa o výchovných postojoch iných osôb než rodičov, zameriavame inštrukciu na tieto osoby (Matějček, Říčan, 1983, s. 24). Vzhľadom na tieto možnosti sme sa rozhodli použiť dotazník ADOR na skúmanie postojov vychovávateľov v reedukačných a diagnostických centrách pre deti od 15 do 18 rokov, pričom sme otázky 4, 14, 19, 32, 37, 44 a 49 mierne upravili tak, aby zodpovedali inštitucionálnemu prostrediu oproti pôvodnému rodinnému, a aby sa pritom zachoval pôvodný charakter otázky.

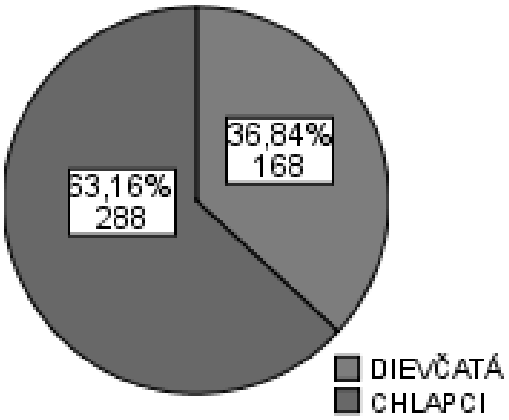
Dotazník ADOR je určený pre deti od 13 do 18 rokov s intelektovými schopnosťami na úrovni populačnej normy. Je možné ho použiť aj u detí mladších, ak sú nadpriemerne intelektovo vyspelé a tiež u osôb starších ako 18 rokov, ak to vyžaduje povaha prípadu (Matějček, Říčan, 1983).

Pri vyhodnocovaní dotazníkov sa autori opierajú o hodnoty, ktoré sa považujú v našich sociokultúrnych pomeroch za optimálne. Optimálny profil nie je totožný s profilom štatisticky priemerným. Na základe dlhodobých klinických skúseností stanovili optimálne hodnoty pre jednotlivé dimenzie (Matějček, Říčan, 1983) nasledovne:

Tabuľka 1 Dimenzie dotazníka ADOR

Dimenzia	**Charakteristika dimenzie**	**Optimálna hodnota**
Pozitívny záujem (POZ)	Pozitívny záujem, pozitívne spätné väzby, záujem, láskavý výchovný prístup, empatia, prijatie.	4
Hostilita (HOS)	Negatívne spätné väzby, kritický, nepriateľský, chladný prístup, nezáujem, odmietanie.	2
Direktívnosť (DIR)	Prísna kontrola, prideľovanie rodičovskej priazne, výchovné zaobchádzanie s pocitmi viny u dieťaťa, nátlak, zámerné vedenie dieťaťa, dominancia, príkazy, zákazy.	3
Autonómnosť (AUT)	Možnosť a podpora samostatného rozhodovania, voľná kontrola.	3
Nedôslednosť NED)	Dôslednosť v uplatňovaní výchovných zásad, súvisí s ľahostajnosťou, ale môže vyjadrovať i dešpekt k vychovávajúcej osobe.	2
POZ/HOS	Sumárne skóre pozitivity	4
DIR/AUT	Sumárne skóre direktivity	3

Výskumu sa zúčastnilo celkom 456 detí z 8 diagnostických a reedukačných centier na Slovensku pre deti od 15 do 18 rokov s intelektom na úrovni populačnej normy. Konkrétne išlo o 5 zariadení pre chlapcov: RC Hlohovec, RC Sološnica, RC Tornaľa, DC Záhorská Bystrica, RC Horný Bankov (v tomto zariadení sú aj dievčatá vo veku 15 rokov) a tri zariadenia len pre dievčatá: RC Spišský Hrhov, RC Zlaté Moravce, DC Lietavská Lúčka. Priemerný vek detí bol 16,36 roka (SD=0,878). Z respondentov bolo 168 dievčat (36,84%) a 288 chlapcov (63,16%). Priemerný vek dievčat bol 16,38 roka (SD=0,908) a chlapcov 16,34 roka (SD=0,861).



Obrázok 1 Pohlavie respondentov

Najviac dotazníkov vyplnili respondenti z RC Horný Bankov (n=68; 14,9%), najmenej zhodne zariadenia v Záhorskej Bystrici a Lietavskej Lúčke (n=42; 9,2%).

Tabuľka 2 Počet dotazníkov podľa zariadení

Zariadenie	**Počet**	**Percent**
Hlohovec	59	12,9
Horný Bankov	68	14,9
Lietavská Lúčka	42	9,2
Sološnica	57	12,5
Spišský Hrhov	60	13,2
Tornaľa	62	13,6
Záhorská Bystrica	42	9,2
Zlaté Moravce	66	14,5
Spolu	456	100,0

Výsledky

Výskumná otázka 1

Ako vnímajú deti v diagnostických a reedukačných centrách výchovný prístup svojich vychovávateľov?

Zistené hodnoty týkajúce sa výchovného prístupu vychovávateľov z pohľadu detí sú nižšie ako uvádzané optimálne hodnoty v dimenziách:

- pozitívneho záujmu vychovávateľov vnímaného deťmi (r=3,51, SD=1,175, Ø=4)
- autonómie vnímanej deťmi (r=2,69, SD=0,985, Ø=3)
- sumárne skóre pozitivity poz-hos (r=2,93, SD=1,121, Ø=4)

Zistené hodnoty sú vyššie ako uvádzané optimálne hodnoty v dimenziách:

- direktívnosti vychovávateľov vnímanej deťmi (r=3,76, SD=0,996, Ø=3)
- hostility vychovávateľov vnímanej deťmi (r=3,61, SD=1,155, Ø=2)
- nedôslednosti vychovávateľov vnímanej deťmi (r=3,50, SD=1,077, Ø=2)
- sumárne skóre direktivity dir-aut (r=3,66, SD=0,809, Ø=3)

Tabuľka 3 Dimenzie dotazníka ADOR, optimálne hodnoty, najvyššie a najnižšie dosiahnuté hodnoty a pracovisko, ktoré dosiahlo výsledky najbližšie k optimálnej hodnote

dimenzia ADOR	**optimálna hodnota**	**počet**	**vzťah k optimálnej hodnote**	**priemer**	**SD**	**najvyššia dosiahnutá hodnota**	**SD**	**najnižšia dosiahnutá hodnota**	**SD**	**skóre najbližšie k optimálnemu**
POZ	4	456	↓	3,51	1,18	3,87	1,18	3,19	1,19	Horný Bankov
DIR	3	456	↑	3,76	1,00	4,07	0,95	3,48	1,07	Spišský Hrhov
HOS	2	456	↑	3,61	1,16	4	0,99	3,26	1,21	Lietavská Lúčka
AUT	3	456	↓	2,69	0,99	3,04	1,10	2,26	0,89	Horný Bankov
NED	2 (1)	456	↑	3,5	1,08	3,99	1,13	2,83	1,06	Lietavská Lúčka
POZ/HOS	4	456	↓	2,93	1,12	3,18	1,32	2,71	1,10	Zlaté Moravce
DIR/AUT	3	456	↑	3,66	0,81	3,98	0,78	3,44	0,57	Sološnica

Takmer všetky rozdiely medzi nameranými hodnotami sa preukázali ako štatisticky signifikantné, preto zdôrazňujeme najmä tie, kde sa štatistická signifikancia rozdielu nepreukázala, a teda predpokladáme, že hodnota nameraná v daných zariadeniach dosahuje parametre optimálnej hodnoty. Znamená to, že tieto zariadenia dosiahli v skúmaných ukazovateľoch relatívne najlepšie výsledky.

(V záujme zachovania čo najväčšej anonymity zariadení uvádzame len ilustračne výsledky tých zariadení, ktoré dosiahli v jednotlivých dimenziách najlepšie výsledky. Individuálne výsledky sú k dispozícii na požiadanie konkrétnych zariadení.)

Normálnu distribúciu premenných sme overovali prostredníctvo Kolmogorov-Smirnovho testu normality pre výber väčší ako 50 respondentov a Shapiro-Wilkov test sme použili pre skupiny respondentov menšie ako 50. V žiadnej premennej sa v závislosti od zariadenia nepreukázala normálna distribúcia. V tabuľke 4 uvádzame testy normality pre celý výskumný súbor, kde sa u žiadnej premennej nepotvrdila normálna distribúcia.

Tabuľka 4 Testy normality

	Kolmogorov-Smirnov	
	df	**Sig.**
Pozitívny záujem	456	,000
Direktívnosť	456	,000
Hostilita	456	,000
Autonómia	456	,000
Nedôslednosť	456	,000
Poz-hos	456	,000
Dir-aut	456	,000

Na základe aplikácie Wilcoxonovho testu pre neparametrické výbery sme skúmali významnosť rozdielov medzi uvádzanými optimálnymi hodnotami a nameranými hodnotami v jednotlivých dimenziách. Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 5 sa potvrdili signifikantné rozdiely medzi nameranými hodnotami vo všetkých dimenziách dotazníka ADOR a uvádzanými optimálnymi hodnotami.

V oblasti **pozitívneho záujmu** vychovávateľov vnímaného deťmi dosahuje najvyššie skóre RC Horný Bankov (r(VS)=3,87, SD(VS)=1,183), rozdiel medzi nameraným váženým skóre a optimálnym skóre v tomto prípade, na rozdiel od ďalších zariadení, nepreukázal štatistickú signifikanciu (Z=-0,810, p=0,418). Rovnako aj RC Zlaté Moravce nepreukázalo štatisticky signifikantný rozdiel medzi uvádzanou optimálnou hodnotou a nameranou priemernou hodnotou v dimenzii pozitívneho záujmu (Z=-1,837, p=0,066). *Znamená to, že obe tieto zariadenia, RC Horný Bankov a RC Zlaté Moravce, dosiahli v skúmaní pozitívneho záujmu dotazníkom ADOR výsledky najbližšie optimálnej hodnote.*

Všeobecne však všetky zariadenia dosiahli v skúmaní miery pozitívneho záujmu výsledky nižšie, než je optimálna hodnota. Pritom najnižšie dosiahnuté skóre predstavuje (r(VS)=3,19, SD(VS)=1,194). Všetky zariadenia dosahujú nižšie hodnoty váženého skóre, ako je uvádzaná optimálna hodnota Ø=4.

V oblasti **direktívnosti** vychovávateľov vnímanej deťmi je najvyššie dosiahnuté skóre (r(VS)=4,07, SD(VS)=0,951), najnižšie skóre dosiahlo RC Spišský Hrhov (r(VS)=3,48, SD(VS)=1,066), a to znamená, že *v skúmaní miery direktivity dosiahlo RC Spišský Hrhov výsledky najbližšie k optimálnej hodnote*.

Všeobecne však všetky zariadenia dosahujú vyššie hodnoty váženého skóre, ako je uvádzaná optimálna hodnota Ø=3.

V oblasti **hostility** vychovávateľov vnímanej deťmi je najvyššie dosiahnuté skóre (r(VS)=4,00, SD(VS)=0,993), najnižšie skóre dosahuje RC Lietavská Lúčka (r(VS)=3,26, SD(VS)=1,211), to znamená, že *výsledky dosiahnuté v RC Lietavská Lúčka sa najviac približujú k optimálnej hodnote.*

Všeobecne však všetky zariadenia dosahujú výrazne vyššie hodnoty váženého skóre, ako je uvádzaná optimálna hodnota Ø=2.

V oblasti **autonómie** poskytovanej vychovávateľom vnímanej deťmi *dosahuje najvyššie skóre RC Horný Bankov* (r(VS)=3,04, SD(VS)=1,099), rozdiel medzi nameraným váženým skóre a optimálnym skóre v tomto prípade, na rozdiel od ďalších zariadení, nepreukázal štatistickú signifikanciu (Z=-0,316, p=0,752). Rovnako aj RC Zlaté Moravce nepreukázalo štatisticky signifikantný rozdiel medzi uvádzanou optimálnou hodnotou a nameranou priemernou hodnotou v dimenzii autonómie (Z=-0,627, p=0,531).

Najnižšie namerané skóre predstavuje (r(VS)=2,26, SD(VS)=0,885), s výnimkou RC Horný Bankov dosahujú všetky zariadenia menšiu mieru autonómie, ako je uvádzaná optimálna hodnota váženého skóre Ø=3.

Tabuľka 5 Wilcoxonov test pre porovnanie rozdielov medzi optimálnymi a nameranými hodnotami dimenzií dotazníka ADOR

Dimenzia ADOR		**N**	**Priemerné poradie**	**Z (Wilcoxon)**	**Asymp. Sig.**
Pozitivny_zaujem_Ø - Pozitivny_zaujem_VS	Negatívne poradie	116	111,50	-8,703	0,000
	Pozitívne poradie	215	195,40		
	Rovnaké poradie	125			
	Spolu	456			
Direktivnost_ Ø - Direktivnost_VS	Negatívne poradie	285	172,44	-12,604	0,000
	Pozitívne poradie	48	134,72		
	Rovnaké poradie	123			
	Spolu	456			
Hostilita_ Ø - Hostilita_VS	Negatívne poradie	381	209,99	-16,894	0,000
	Pozitívne poradie	23	78,50		
	Rovnaké poradie	52			
	Spolu	456			
Autonomia_ Ø - Autonomia_VS	Negatívne poradie	97	153,66	-6,262	0,000
	Pozitívne poradie	213	156,34		

	Rovnaké poradie	146			
	Spolu	456			
Nedoslednost_ Ø - Nedoslednost_VS	Negatívne poradie	379	210,71	-16,883	0,000
	Pozitívne poradie	25	78,00		
	Rovnaké poradie	52			
	Spolu	456			
Poz-hos- Ø – Poz-hos_VS	Negatívne poradie	46	90,50	-14,683	0,000
	Pozitívne poradie	314	193,68		
	Rovnaké poradie	96			
	Spolu	456			
Dir-aut- Ø – Dir-aut_VS	Negatívne poradie	270	151,32	-13,294	0,000
	Pozitívne poradie	28	131,96		
	Rovnaké poradie	158			
	Spolu	456			

*negatívne poradie – počet respondentov, ktorí mali vyššie skóre v druhom meraní (VS – vážené skóre)

pozitívne poradie – počet respondentov, ktorí mali vyššie skóre v prvom meraní (Ø – optimálne hodnoty)

rovnaké poradie – počet respondentov s rovnakým skóre

V oblasti **nedôslednosti** vychovávateľov vnímanej deťmi predstavuje najvyššie namerané skóre (r(VS)=3,99, SD(VS)=1,126). Najnižšie skóre, a teda *najlepší výsledok, dosiahlo RC Lietavská Lúčka* (r(VS)=2,83, SD(VS)=1,057).

Všeobecne však všetky zariadenia majú výrazne vyššie hodnoty váženého skóre ako je uvádzaná optimálna hodnota Ø=2.

V dimenzii rozdielu **POZ-HOS** (sumárneho skóre pozitivity**)** dosahuje najvyššie skóre, a teda *najlepší výsledok, RC Zlaté Moravce* (r(VS)=3,18, SD(VS)=1,323).

Najnižšie skóre predstavuje (r(VS)=2,71, SD(VS)=1,099), Všeobecne všetky zariadenia dosahujú nižšie skóre ako je uvádzaná optimálna hodnota Ø=4.

V dimenzii rozdielu **DIR-AUT** (sumárneho skóre direktivity**)** predstavuje najvyššie skóre (r(VS)=3,98, SD(VS)=0,780).

Najnižšie skóre, a teda *najlepší výsledok, dosiahlo RC Sološnica* (r(VS)=3,44, SD(VS)=0,567).

Všeobecne všetky zariadenia dosahujú vyššie skóre ako je udávaná optimálna hodnota Ø=3.

Tabuľka 6 Testovanie normality v zariadeniach RC Horný Bankov a RC Zlaté Moravce

		Kolmogorov-Smirnov	
	pracovisko	**df**	**Sig.**
Pozitívny záujem	Horný Bankov	68	**,000**
	Zlaté Moravce	66	**,000**
Autonómia	Horný Bankov	68	**,000**
	Zlaté Moravce	66	**,000**

Uvedené údaje dopĺňame testami normality pre zariadenia RC Horný Bankov a RC Zlaté Moravce. Vzhľadom na dosiahnuté hodnoty je možné konštatovať, že v uvedených zariadeniach distribúcia vybraných premenných nedosiahla parametre normálnej distribúcie.

Tabuľka 7 Wilcoxonov test pre RC Horný Bankov a RC Zlaté Moravce v dimenziách pozitívneho záujmu a autonómie

Zariadenie	**Dimenzia ADOR**		**N**	**Priemerné poradie**	**Z (Wilcoxon)**	**Asymp. Sig.**
Horný Bankov	Pozitívny záujem Ø – Pozitívny záujem VS	Negatívne poradie	25	18,00	-0,810	0,418
		Pozitívne poradie	20	29,25		
		Rovnaké poradie	23			
		Spolu	68			
Zlaté Moravce	Pozitívny záujem Ø – Pozitívny záujem VS	Negatívne poradie	26	17,50	-1,837	0,066
		Pozitívne poradie	24	34,17		

		Rovnaké poradie	16			
		Spolu	66			
Horný Bankov	Autonómia Ø – Autonómia VS	Negatívne poradie	27	25,72	-0,316	0,752
		Pozitívne poradie	24	26,31		
		Rovnaké poradie	17			
		Spolu	68			
Zlaté Moravce	Autonómia Ø – Autonómia VS	Negatívne poradie	21	20,14	-0,627	0,531
		Pozitívne poradie	22	23,77		
		Rovnaké poradie	23			
		Spolu	66			

*negatívne poradie – počet respondentov, ktorí mali vyššie skóre v druhom meraní (VS – vážené skóre)

pozitívne poradie – počet respondentov, ktorí mali vyššie skóre v prvom meraní (Ø – optimálne hodnoty)

rovnaké poradie – počet respondentov s rovnakým skóre

Na základe výsledkov Kolmogorov-Smirnovho testu sme použili neparametrický Wilcoxonov test na meranie rozdielov, ktorý preukázal štatisticky signifikantné rozdiely vo všetkých dimenziách dotazníka ADOR v porovnaní s uvádzanými optimálnymi hodnotami vo všetkých zariadeniach okrem RC Horný Bankov a RC Zlaté Moravce, ktorých výsledky uvádzame v tabuľke 7.

Výskumná otázka 2

Aké faktory determinujú rozdiely vo vnímaní výchovného prístupu vychovávateľov z pohľadu detí v diagnostických a reedukačných centrách?

Tabuľka 8 Testovanie normality vzhľadom na pohlavie

	pohlavie	**Kolmogorov-Smirnov**	
		df	**Sig.**
Pozitívny záujem	Dievčatá	168	,000
	Chlapci	288	,000
Direktívnosť	Dievčatá	168	,000

	Chlapci	288	,000
Hostilita	Dievčatá	168	,000
	Chlapci	288	,000
Autonómia	Dievčatá	168	,000
	Chlapci	288	,000
Nedôslednosť	Dievčatá	168	,000
	Chlapci	288	,000
Poz-hos	Dievčatá	168	,000
	Chlapci	288	,000
Dir-aut	Dievčatá	168	,000
	Chlapci	288	,000

Z hľadiska pohlavia preukázali rozdiely medzi nameranými priemernými hodnotami a uvádzanými optimálnymi hodnotami vo všetkých dimenziách dotazníka u chlapcov aj u dievčat štatistickú signifikanciu.

V tabuľke 8 uvádzame Kolmogorov-Smirnov test normálnej distribúcie premenných, ktorý nepotvrdil normálnu distribúciu pre žiadnej z dimenzií dotazníka ADOR ani u chlapcov ani u dievčat.

Tabuľka 9 Wilcoxonov test pre dimenzie ADOR z hľadiska pohlavia

Pohlavie	**Dimenzia ADOR**		**N**	**Priemerné poradie**	**Z (Wilcoxon)**	**asymp. Sig.**
Dievčatá	Pozitívny záujem Ø	Negat.por.	52	44	-5,064	0,000
	Pozitívny záujem VS	Pozit.por.	81	81,77		
		Rovnaké por.	35			
		Spolu	168			
	Direktívnosť Ø -	Negat.por.	91	59,35	-6,504	0,000
	Direktívnosť VS	Pozit.por.	22	47,27		
		Rovnaké por.	55			
		Spolu	168			
	Hostilita Ø -	Negat.por.	124	76,28	-9,325	0,000
	Hostilita VS	Pozit.por.	17	32,5		

		Rovnaké por.	27			
		Spolu	168			
	Autonómia Ø -	Negat.por.	42	50,89	-2,992	0,003
	Autonómia VS	Pozit.por.	69	59,11		
		Rovnaké por.	57			
		Spolu	168			
	Nedôslednosť Ø -	Negat.por.	130	73,42	-9,814	0,000
	Nedôslednosť VS	Pozit.por.	10	32,5		
		Rovnaké por.	28			
		Spolu	168			
	Poz-hos Ø -	Negat.por.	26	35,5	-7,886	0,000
	Poz-hos VS	Pozit.por.	103	72,45		
		Rovnaké por.	39			
		Spolu	168			
	Dir-aut Ø -	Negat.por.	92	55,77	-7,270	0,000
	Dir-aut VS	Pozit.por.	15	43,13		
		Rovnaké por.	61			
		Spolu	168			
Chlapci	Pozitívny záujem Ø -	Negat.por.	64	68	-7,114	0,000
	Pozitívny záujem VS	Pozit.por.	134	114,54		
		Rovnaké por.	90			
		Spolu	288			
	Direktívnosť Ø -	Negat.por.	194	113,49	-10,822	0,000
	Direktívnosť VS	Pozit.por.	26	88,15		
		Rovnaké por.	68			
		Spolu	288			
	Hostilita Ø -	Negat.por.	257	134	-14,028	0,000
	Hostilita VS	Pozit.por.	6	46,5		
		Rovnaké	25			

		por.				
		Spolu	288			
	Autonómia Ø -	Negat.por.	55	102,47	-5,818	0,000
	Autonómia VS	Pozit.por.	144	99,06		
		Rovnaké por.	89			
		Spolu	288			
	Nedôslednosť Ø -	Negat.por.	249	137,71	-13,744	0,000
	Nedôslednosť VS	Pozit.por.	15	46		
		Rovnaké por.	24			
		Spolu	288			
	Poz-hos Ø -	Negat.por.	20	55,5	-12,370	0,000
	Poz-hos VS	Pozit.por.	211	121,73		
		Rovnaké por.	57			
		Spolu	288			
	Dir-aut Ø -	Negat.por.	178	96,6	-11,359	0,000
	Dir-aut VS	Pozit.por.	13	87,85		
		Rovnaké por.	97			
		Spolu	288			

*negatívne poradie – počet respondentov, ktorí mali vyššie skóre v druhom meraní (VS – vážené skóre)

pozitívne poradie – počet respondentov, ktorí mali vyššie skóre v prvom meraní (Ø – optimálne hodnoty)

rovnaké poradie – počet respondentov s rovnakým skóre

Na základe testovania normality sme použili neparametrický Wilcoxonov test, ktorý potvrdil, že z hľadiska pohlavia sú rozdiely medzi nameraným skóre a optimálnym skóre štatisticky signifikantné vo všetkých dimenziách testu ADOR (tabuľka 9). Namerané skóre sa odkláňa od uvádzaných optimálnych hodnôt v rovnakom smere u oboch pohlaví.

Z hľadiska veku bol výskumný súbor rozdelený do 4 vekových skupín, najmä z dôvodu akcelerovaného vývinového obdobia, intenzívne prežívaného dospievania a mnohých osobnostných zmien, ktoré sú v prostredí diagnostického centra prežívané v neprirodzených podmienkach, čo môže ovplyvniť ich priebeh. Preto sme sa snažili preskúmať zmeny pre každý vek osobitne.

Tabuľka 10 Vekové skupiny respondentov

Vek	**Počet**	**Percent**
15	91	20,0
16	143	31,4
17	190	41,7
18	32	7,0
Spolu	456	100,0

Takmer vo všetkých dimenziách sa preukázala štatistická významnosť rozdielov nameraných priemerných hodnôt v porovnaní s optimálnymi hodnotami, uvádzame teda len tie dimenzie, kde sa štatistická významnosť rozdielov nepreukázala a teda predpokladáme, že namerané hodnoty spĺňajú parametre optimálnej hodnoty.

Tabuľka 11 Testovanie normality z hľadiska veku

		Kolmogorov-Smirnov		**Shapiro-Wilk**	
	vek	**df**	**Sig.**	**df**	**Sig.**
Direktívnosť	18	32	,000	32	**,000**
Autonómia	15	91	**,000**	91	,000
	18	32	,000	32	**,001**

Testovanie normality použitím Kolmogorov-Smirnovho testu nepreukázalo normálnu distribúciu skúmaných premenných (tabuľka 11), preto sme využili neparametrický Wilcoxonov test na skúmanie rozdielov medzi premennými (tabuľka 12).

V oblasti poskytovanej **autonómie** vychovávateľom vnímanej deťmi dosahuje veková skupina 15-ročných skóre (r(VS)=2,78, SD(VS)=1,073), rozdiel medzi nameraným váženým skóre a optimálnym skóre v tomto prípade, na rozdiel od ďalších zariadení, nepreukázal štatistickú signifikanciu (Z=-1,906, p=0,057). Rovnako aj u vekovej skupiny 18-ročných (r(VS)=3,03, SD(VS)=0,897) sa nepreukázal štatisticky signifikantný rozdiel medzi uvádzanou optimálnou hodnotou a nameranou priemernou hodnotou v dimenzii autonómie (Z=-0,220, p=0,826).

Tabuľka 12 Wilcoxonov test pre dimenzie dotazníka ADOR z hľadiska veku

Vek	Dimenzia ADOR		N	Priemerné poradie	Z (Wilcoxon)	asymp. Sig.
15	Autonómia Ø -	negat.por.	24	31,06	-1,906	0,057
	Autonómia VS	pozit.por.	39	32,58		
		rovnaké por.	28			
		spolu	91			
18	Autonómia Ø -	negat.por.	9	11,11	-0,220	0,826
	Autonómia VS	pozit.por.	10	9		
		rovnaké por.	13			
		spolu	32			
	Direktívnosť Ø -	negat.por.	18	11,83	-1,937	0,053
	Direktívnosť VS	pozit.por.	6	14,5		
		rovnaké por.	8			
		spolu	32			

*negatívne poradie – počet respondentov, ktorí mali vyššie skóre v druhom meraní (VS – vážené skóre)

pozitívne poradie – počet respondentov, ktorí mali vyššie skóre v prvom meraní (Ø – optimálne hodnoty)

rovnaké poradie – počet respondentov s rovnakým skóre

Znamená to, že obe *skupiny - 15 a 18 ročných detí dosahujú výsledky najbližšie k optimálnej hodnote, a teda podľa nášho dotazníka najlepšie výsledky*. Je to zaujímavý výsledok, keďže ide o „okrajové“ skupiny - najmladšiu a najstaršiu skupinu respondentov. Je možné, že najmladšia skupina detí ešte akceptuje nižšiu úroveň autonómie a má na svoju autonómiu menšie nároky ako staršie deti. Na druhej strane 18 ročné deti už možno vzhľadom na svoj vek prirodzene získavajú od vychovávateľov viac autonómnosti, resp. si ju získali v predchádzajúcich obdobiach 16 a 17 ročných, kedy sa aj podľa nášho výskumu zdá, že deti najkritickejšie vnímajú nedostatok autonómnosti, resp. najviac za ňu bojujú.

V oblasti **direktívnosti** vychovávateľov vnímanej deťmi dosahuje veková skupina 18-ročných skóre (r(VS)=3,38, SD(VS)=1,008), rozdiel medzi nameraným váženým skóre a optimálnym skóre v tomto prípade, na rozdiel od ďalších vekových skupín, nepreukázal štatistickú signifikanciu (Z=-1,937, p=0,053).

Rovnako aj v tomto prípade je možno tento výsledok ovplyvnený vekom blížiacim sa k plnoletosti, a teda vyžaduje aj prirodzene menej direktívny prístup vychovávateľov.

Záver a diskusia

Výskum zameraný na vnímanie výchovného prístupu vychovávateľov v ôsmich diagnostických a reedukačných centrách pre deti od 15 do 18 rokov na Slovensku a na identifikáciu faktorov, ktoré determinujú rozdiely vo vnímaní výchovného prístupu vychovávateľov z pohľadu detí, ktorý sme realizovali pomocou dotazníka ADOR upraveného na podmienky inštitucionálnej výchovy, ukázal, že *vo všetkých skúmaných dimenziách meraných dotazníkom je podľa hodnotenia detí získané skóre odlišné od optimálnych hodnôt v negatívnom smere.* Vo väčšine zariadení v jednotlivých dimenziách sú rozdiely od optimálnych hodnôt štatisticky významné. Na prvý pohľad tento výsledok môže indikovať kritický pohľad na výchovný prístup vychovávateľov pracujúcich v týchto zariadeniach. Výsledok však môže byť ovplyvnený viacerými vmedzerenými premennými, ktoré môžu ovplyvňovať výsledky. Jedným z nich je aj špecifická situácia umiestnených detí. Umiestnenie do špeciálneho výchovného zariadenia je v absolútnej väčšine prípadov nedobrovoľné a vnímané ako trest. Hodnotenie detí je samozrejme subjektívne a nemusí celkom zodpovedať realite. V danom kontexte môžu byť deti v opatrnom odstupe a „odpore“ voči dospelým autoritám a môžu ich preto vnímať nadmerne kriticky – predpokladáme, že najmä v dimenziách direktivity vs. autonómnosti, keďže tieto zariadenia sú režimové, a teda svojou podstatou direktívne a obmedzujúce.

V dimenziách pozitívny záujem vs. hostilita by sme mohli očakávať viac osobného vzťahu a „ľudskosti“, ktoré by sa mohli prejaviť v priaznivejších výsledkoch. Avšak naše výsledky aj v týchto dimenziách poukazujú vzhľadom na optimálne hodnoty na nedostatočné hodnoty. Je možné, že deti s poruchami správania sú typicky menej disciplinované, konfliktnejšie, opozičnejšie, a tým vyvolávajú aj u vychovávajúcich dospelých menej pozitívnych spätných väzieb a viac hostilných reakcií. Táto úvaha neslúži na „ospravedlnenie“ výsledku, ale na objektivizáciu vzťahov, ktoré sú pre deti s poruchami správania všeobecne emocionálne náročné.

Výsledok, ktorý však vzbudzuje najviac otázok, je výsledok vo vnímaní nedostatočnej dôslednosti vo výchovnom prístupe vychovávateľov. Je všeobecne známe, že nedôslednosť vo výchove je jedným z najvýznamnejších a najčastejších faktorov, ktoré vedú u detí k mnohým výchovným problémom aj v rodinách. Keď berieme do úvahy, že vychovávatelia sú vo výchove v porovnaní s rodičmi profesionálmi, dalo by sa očakávať, že dimenzia nedôslednosť (podobne ako direktivita a autonómia) nebude až tak veľmi ovplyvnená „ľudským faktorom“ – emocionálnymi vplyvmi –ako by sa to dalo očakávať pri pozitívnom záujme a hostilite. Aj vzhľadom na to je zaujímavé, že práve v nedôslednosti sú výsledky najviac odlišné od optimálnej hodnoty, viac než pozitívny záujem a hostilita. Dodržiavať vo výchove jednotný a dôsledný prístup vyžaduje aj od vychovávajúcich dospelých sebadisciplínu, sebaovládanie a racionálny prístup a zdá sa, že to vôbec nie je jednoduché – či už v rodinách alebo aj v profesionálnych inštitúciách.

Pri zisťovaní rozdielov medzi pohlaviami sme prišli k záveru, že ktorý potvrdil, že rozdiely medzi nameraným skóre a optimálnym skóre sú štatisticky signifikantné vo všetkých dimenziách testu ADOR. Namerané skóre sa odkláňa od uvádzaných optimálnych hodnôt v rovnakom smere u oboch pohlaví.

Pri zisťovaní rozdielov z pohľadu veku sme prišli k záveru, že v oblasti vnímania autonómnosti poskytovanej vychovávateľmi z pohľadu detí dosiahli výsledky najviac sa

približujúce k optimálnej hodnote skupina 15 a 18 ročných detí. Predpokladáme, že v skupine 15 ročných detí je tento výsledok ovplyvnený tým, že v tomto veku sú nároky na autonómiu zatiaľ menšie než u starších detí (16 a 17 ročných) a preto neprichádza k výraznejším rozporom medzi očakávanou a poskytovanou autonómnosťou. V skupine 18 ročných naopak pôsobí pravdepodobne faktor, že tieto už takmer dospelé deti získavajú od vychovávateľov väčšiu mieru autonómie pre svoj vek alebo pretože sú zrelšie a vyžadujú menej obmedzovania či kontroly.

Výsledky, ku ktorým sme dospeli pomocou dotazníka ADOR, sú podnetné, ale zároveň ich musíme brať s opatrnosťou. Nie sú potvrdené žiadnou inou metódou skúmania, nemáme k dispozícii žiadny iný podobne zameraný výskum, takže ich nemožno porovnávať, a preto ich nemôžeme brať ako normatívne, ale ako orientačné. Navyše – keďže ide často o deti z dysfunkčných rodín, bolo by zaujímavé porovnať výsledky testu ADOR pre rodičov a ADOR pre vychovávateľov u tých istých detí vzhľadom na ich rodinnú anamnézu.

Každopádne však výsledky upozorňujú na javy, ktoré si zaslúžia pozornosť a možno ďalšie zameranejšie skúmanie, pretože výchovný prístup vychovávateľov je v práci s deťmi s poruchami správania kľúčový.

Literatúra

MATĚJČEK, Z., ŘÍČAN, P. *ADOR – Dotazník rodičovského jednání a postojů pro adolescenty.* Psychologické a didaktické testy, n. p. Bratislava, 1983.

PAZARATZ, D. *Residential Treatment of Adolescents.* New York : Taylor & Francis Group 2009. 353 s. ISBN 978-0-415-99708-9.

SEKERA, J. *Komunitní systém resocializačních zařízení pro adolescenty I. Mezilidské vztahy v resocializačních zařízeních pro adolescenty.* Ostrava : Pedagogická fakulta Ostravskej univerzity 2008. 225 s. ISBN 978-80-7368-534-8.

ZÁKON č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

VOĽNOČASOVÉ AKTIVITY V DIAGNOSTICKÝCH CENTRÁCH V BRATISLAVE AKO PREVENCIA A KOREKCIA PORÚCH SPRÁVANIA

PhDr.Mária HUCÍKOVÁ

Diagnostické centrum
Slovinská 1, Bratislava
majahu@gmail.com

Klientmi diagnostických centier sú deti a mládež s pestrou minulosťou a zložitým životom. Pochádzajú z problémových rodín , ktoré nie vždy venovali pozornosť ich potrebám. Neboli ochotné alebo schopné dať svojim potomkom potrebné podnety pre ich zdravý osobnostný vývin, ba naopak v mnohých prípadoch bola rodina zdrojom patologických prvkov správania sa detí a mládeže.

Jednou z príčin problémového vývinu detí a mládeže je nepochybne i nevhodne trávený voľný čas. „Väčšina detí trávi voľný čas živelne, bez výberu, bez konkrétneho cieľa, individuálne či v partiách, na uliciach a dvoroch, často nevhodným spôsobom (aj v pohostinstvách, či reštauračných zariadeniach, pri hracích automatoch, potulovaním sa, pri televízii a pod.), je ponechaná sama na seba a otvorená vonkajším vplyvom. Ide o priamu súvislosť s narastajúcimi prejavmi hrubosti, násilia, trestnej činnosti. Tradičné voľnočasové aktivity detí a dospievajúcej mládeže (čítanie, kultúrno- umelecké činnosti, športovanie) postupne vytlačila televízia, video, kde sledujú hlavne akčné a dobrodružné filmy, plné hrubosti, násilia. (Kratochvílová a kol., 1999, Pétiová a kol., 1997 in Kratochvílová 2004, s.222)“

Personál diagnostických centier má vo svojej pracovnej náplni v rámci diagnostiky, edukácie a reedukácie aj korekciu organizácie voľného času svojich klientov.

Diagnostické centrá majú svoju nepretržitú prevádzku dôsledne organizovanú, preto je pravdivá kritická námietka, že prostredie diagnostického centra je pre klientov umelé, nie prirodzené. Hlavným cieľom práce sociálnych a špeciálnych pedagógov je poskytnúť deťom v čase mimo vyučovania korektívnu skúsenosť zmysluplných voľnočasových aktivít a tak preventívne pôsobiť proti závažným nevhodným formám správania sa maloletých a adolescentov.

Voľnočasové aktivity v diagnostickom centre boli obsahom našej rigoróznej práce.

V súčasnosti prebiehajú pomerne rozsiahle zmeny v edukácii detí a mládeže podmienené novými vedeckými pohľadmi na vzdelávanie. „Začalo sa presadzovať chápanie výchovy ako jednej zo základných sociálnych funkcií, ktoré slúžia na socializáciu, enkulturáciu, sebarealizáciu a dosahovanie žiaducej úrovne kvality života jednotlivca v biodromálnom rámci. „ (Vančová, 2005)

Aj Krystoň (2004,s. 147) konštatuje, že“ výchova žiakov v ich voľnom čase sa konsenzuálne chápe ako integrálna súčasť edukácie detí a mládeže. Špecifickým

spôsobom prispieva k realizácii všeobecného výchovného cieľa, ktorým je komplexne rozvinutá, samostatná a sociálne zodpovedná osobnosť."

V súlade s dokumentmi Rady Európy treba túto oblasť výchovy chápať ako súčasť neformálnej výchovy a vzdelávania v procese celoživotného vzdelávania, ktorej význam v našej spoločnosti narastá .

Z tohto hľadiska nás zaujímalo akým spôsobom trávili klienti dvoch Diagnostických centier v Bratislave svoj voľný čas pred umiestnením, ako sa zmenila kvalita ich voľnočasových aktivít počas pobytu v zariadení a s akými plánmi na zmenu trávenia svojho voľného času v budúcnosti odídu z diagnostického pobytu domov. Rozhodli sme sa zmapovať kvalitu trávenia voľného času klientov so svojou rodinou.

Identifikačné znaky

Pod pojmom respondenti sme rozumeli deti a adolescentov umiestnených v DC Slovinská 1, Bratislava a DCM v Bratislave Záhorskej Bystrici v rozmedzí dvoch školských rokov 2007- 2008 a 2008- 2009.

Výskumné otázky

Chceli sme dostať odpovede na nasledujúce otázky:

1. Aké sú rozdiely v trávení voľného času pred pobytom v Diagnostickom centre u detí mladšieho školského veku a u adolescentov s poruchami správania?
2. Aký je spôsob a kvalita voľného času, ktorý klienti trávili doma s rodinou?
3. Ako trávia svoj voľný čas deti a adolescenti, umiestnení v Diagnostických centrách .
4. Kde je vo voľnom čase klientov priestor na korekčné a reedukačné odborné pôsobenie?
5. Aké sú plány detí na zmenu trávenia svojho voľného času po návrate z diagnostického pobytu?

Výskumné hypotézy

na základe 1. cieľa*:* /Určiť a porovnať spôsob trávenia voľného času doma, pred pobytom , medzi dvoma skupinami detí umiestnených v Diagnostických centrách vo veku od 10 – 15 a detí od 15 -18 rokov ./

Predpokladali sme , že obe skupiny detí trávili svoj čas doma skôr pasívne, minimálne zúčastňovali sa na organizovaných voľnočasových aktivitách.

na základe 2. cieľa:/ Určiť a porovnať u klientov Diagnostických centier čas a kvalitu trávenia voľného času s rodinou./

Predpokladali sme, že klienti Diagnostických centier pred pobytom trávili s rodinou málo času a ten bol chudobný na podnety.

na základe 3. cieľa: / Určiť a porovnať u klientov spôsob trávenia voľného času v Diagnostickom centre./

Predpokladali sme , že obidve skupiny respondentov trávia svoj voľný čas v zariadeniach rovnako.

na základe 4. Cieľa:/ Vo voľnom čase klientov vymedziť priestor na možnosti reedukačného a korekčného pôsobenia odborníkov./

Predpokladali sme, že vo voľnom čase detí a adolescentov umiestnených v Diagnostických centrách je dostatok priestoru na korekčné a reedukačné pôsobenie odborníkov.

na základe 5. Cieľa*:* /Určiť a porovnať predsavzatia a plány detí na zmenu trávenia svojho voľného času po návrate z diagnostického pobytu

Predpokladali sme, že klienti budú chcieť po návrate domov aktívnejšie tráviť svoj voľný čas.

Výskumná vzorka

Respondentmi výskumu bolo 164 deti vo veku 10-18 rokov, ktorí sa nachádzali v Diagnostických centrách v Bratislave, u ktorých väčšinou bola diagnostikovaná porucha správania sa. V Diagnostickom centre pre deti v Bratislave na Slovinskej ulici (ďalej DC) sme sledovali 99 detí, z toho 36 dievčat a 63 chlapcov. V Diagnostickom centre pre mládež Trstínska 2 Bratislava Záhorská Bystrica (ďalej DCM) bol počet skúmaných respondentov – chlapcov 65.

Výskum sme aplikovali dotazníkovou a štatistickou metódou. Štatistické spracovanie sme realizovali kvantitatívnymi metódami – štrukturálnou analýzou.

Zber údajov sme získali formou dotazníka pre klientov Diagnostických centier, v ktorom sme sa dozvedeli:

- základné údaje o klientovi
- údaje o voľnom čase klienta otvorenými a zatvorenými otázkami .

Klienti mali možnosť na otázky odpovedať formou podčiarknutia predložených odpovedí, aj niekoľkých alebo napísať vlastnú formuláciu odpovede.

Overenie výskumných hypotéz

- **na základe 1. cieľa***:*

sme predpokladali, že obe skupiny detí trávili svoj čas doma skôr pasívne, minimálne zúčastňovali sa na organizovaných voľnočasových aktivitách.

Vyhodnotením výskumnej otázky č.9 sme zistili, že klienti Diagnostických centier trávia svoj voľný čas vonku len tak alebo s partiou, navštevujú kino, diskotéku, vo veľkej miere pohostinstvo, menej už chodia do kostola alebo spoločenstva a na koncerty. Obľúbenými koníčkami sú šport, futbal a tanec. Do krúžku doma chodí 39,4 % detí z DC a 32,3% detí z DCM.

Z pasívnych činností sa doma učí 75,8% detí z DC a 58,5% detí z DCM, kreslí 65,7% detí z DC a 56,9% detí z DCM, číta 53,5% detí z DC (preferujú časopisy) a 26,1% detí z DCM (preferujú časopisy a noviny), voľný čas písaním básní doma trávi 28,3% detí z DC a 49,2% detí z DCM. Počítač doma používa 90,9% detí z DC a 100,0% detí z DCM.

Stanovená hypotéza sa nám potvrdila čiastočne, pretože krúžky doma navštevuje vyššie percento detí ako sme predpokladali.

na základe 2. cieľa:

sme predpokladali, že klienti Diagnostických centier pred pobytom trávili s rodinou málo času a ten bol chudobný na podnety.

Zistili sme, že 67,7 % detí z DC sa s rodičmi rozpráva, blázni alebo nerobia nič, a že 87,6 % adolescentov z DCM pozerá spolu s rodičmi filmy, pracujú alebo sa rozprávajú. Potvrdilo sa nám teda, že čas trávený s rodinou je u oboch skupín klientov chudobný na podnety.

Zaujímavý v negatívnom zmysle sa nám javí zistený fakt, že s rodičmi svoj voľný čas netrávi 12,1 % opýtaných z DC a 6,2 % z DCM.

Deti z DC pomáhajú viac mame (49,5%) a deti z DCM viac otcovi (52,3%) . Vysoké percento detí doma nepomáha (20,2 % detí z DC a 47,7 % detí z DCM).

Nezúčastňujú sa rodinných rituálov, ktoré členov rodiny spájajú a vytvárajú v nich pocit spolupatričnosti a lásky.

So súrodencami trávi voľný čas 45,4 % detí z DC a 33,9 % detí z DCM, čo je podľa nás nízke číslo.

na základe 3. Cieľa:

sme predpokladali, že obidve skupiny respondentov trávia svoj voľný čas v DC a DCM rovnako.

Zistili sme, že obidve skupiny detí preferujú spoločnosť kamarátov pred samotou. Deti z DCM viac kreslia, pozerajú televízne programy a počúvajú rozhlas. Čítaním trávi svoj voľný čas približne rovnaké percento klientov z oboch zariadení (DC 49,4, DCM 44,6). O športové aktivity prejavuje záujem vysoké percento opýtaných v oboch zariadeniach a do záujmových krúžkov chodí viac klientov DCM (DC 72,7%, DCM 93,8%).

Stanovená hypotéza sa nám potvrdila.

na základe 4. cieľa:

sme predpokladali, že vo voľnom čase detí a adolescentov umiestnených v Diagnostických centrách je dostatok priestoru na korekčné a reedukačné pôsobenie odborníkov.

Ukázalo sa, že športové aktivity, čítanie, kreslenie a krúžky sú oblasti, v ktorých sa odborným pracovníkom oboch zariadení podarilo pozitívne ovplyvniť kvalitu trávenia voľného času u ich klientov. Vzrástol ale pocit nudy , čo je podľa nášho názoru priestor na intenzívnejšie odborné pôsobenie na deti a adolescentov. Komunitu deti vnímajú ako

súčasť vyučovania , pretože v oboch zariadeniach nasleduje hneď po skončení vyučovania. Klubové aktivity deti v dotazníku neuvádzali, pretože dodržiavajú pravidlo, že mimo klubov sa o dianí na nich striktne nerozpáva.

Stanovenú hypotézu sa nám, podľa nášho názoru, podarilo overiť.

- **na základe 5. cieľa***:*

sme predpokladali, že klienti Diagnostických centier budú chcieť po návrate domov aktívnejšie tráviť svoj voľný čas.

Ukázalo sa , že po návrate domov plánuje zmenu v trávení voľného času vysoké percento detí (DC 65,7, DCM 49,2) , chcú viac chodiť do krúžkov, viac pomáhať, učiť sa, poslúchať a byť viac s rodinou. Klienti DC po návrate do svojho pôvodného prostredia chcú menej fajčiť, flákať sa , robiť zle a byť menej s kamarátmi, už nikdy nechcú brať drogy, vykonávať trestnú činnosť a byť záškolákmi.

Tieto údaje svedčia o pozitívnom posune pohľadu detí na trávenie voľného času , iste aj vplyvom odborníkov, a preto môžeme konštatovať, že hypotézu sa nám v plnej miere podarilo overiť.

Záver

Zistili sme, že deti trávia s rodinou čas pasívnymi činnosťami, chudobnými na podnety, potrebné k ich osobnostnému vývinu. Tento fakt poukazuje na potrebu aktívnej odbornej práce s rodinou klienta, potrebu zmeniť jeho pôvodné sociálne prostredie a rodinné zvyky. Takýmito aktivitami odborníci preventívne pôsobia proti opakovaniu a zhoršovaniu prejavov pre spoločnosť neprijateľného správania sa detí a adolescentov. Klienti Diagnostických centier sú v uzavretom a organizovanom prostredí konfrontovaní s korektívnou skúsenosťou trávenia voľného času v očakávaní, že žiaduce spôsoby správania pochopia, stanú sa aktívnymi ž si ich nakoniec osvoja, zaradia do svojho vnútorného prostredia, zmenia svoj hodnotový systém a budú sa bezproblémovo správať i po návrate domov.

Sociálni pracovníci Diagnostických centier, sociálni a špeciálni pedagógovia v spolupráci s rodinou klienta vynakladajú každodenne značné úsilie pri diagnostikovaní, reedukačných, korekčných a preventívne zameraných postupov na individuálnu pomoc každému klientovi tam, kde to potrebuje. Základom ich práce je pozitívny vzťah a úcta k ľudským bytostiam, ktoré sa ocitli v problémoch.

Mottom ich práce sú slová Antonyho de Mella:

Deti sú ako zrkadlá.

Ak im dáme lásku, odrážajú lásku.

Ak im nedáme lásku, nemajú čo odrážať.

Diskusia

Naša práca naznačila niekoľko problematických okruhov trávenia voľného času klientov dvoch Diagnostických centier v Bratislave.

Jedným sú hlasy z odborných kruhov, opozícia voči skúmaniu správania a celkového

stavu detí a adolescentov v DC. Argumenty spočívajú v názore, že Diagnostické centrá majú svoju nepretržitú prevádzku dôsledne organizovanú a preto je toto prostredie pre klientov umelé, nie prirodzené. Od klientov sa očakáva, že sa tomuto prostrediu prispôsobia, je do istej miery obmedzovaná ich spontaneita a doma naučené sociálne správanie, správanie v societe.

Je pravdou, že diagnostické centrum nie je pre dieťa prirodzené prostredie, no jeho rodinné alebo pôvodné prostredie je veľmi často pre jeho zdravý osobnostný vývin nevhodné, škodlivé až nebezpečné. Deti však toto prostredie málokedy vnímajú ako patologické, zriedka ho tak vnímajú, pretože až do príchodu do DC iné nepoznali a nemali s čím porovnávať.

V Diagnostickom centre klientom sprostredkujeme osobnú skúsenosť s iným, vhodnejším sociálnym prostredím, osobitne zameraným na diagnostikovanie, reedukáciu a korekciu narušených modelov správania . Deti majú napríklad možnosť kvalitnejšie tráviť svoj voľný čas. Toto sa nám zdá byť zásadnou podmienkou pre zmenu ich voľnočasových aktivít v budúcnosti- po návrate do pôvodného prostredia.

Problematickým sa ukazuje i málo pestrá ponuka voľnočasových aktivít, najmä krúžkov, v Diagnostických centrách. Nie všetkých klientov ponúkaná paleta možností osloví a zaujme.

V Diagnostických centrách je bežné, že krúžky vedú vychovávatelia, pretože na honoráre lektorov nie sú finančné prostriedky. Deti teda trávia svoj voľný čas s tými istými dospelými. V prípade adaptačnej fázy diagnostického pobytu alebo v prípade, že si klient s vychovávateľom osobnostne“ nesadnú“, dieťa vnútorne a niekedy i navonok odmieta aktivity, ktoré usmerňuje nesympatická osoba. Občasné striedanie dospelých v takomto prípade sa javí byť užitočné.

Ďalším problematickým okruhom, ktorý sa vykryštalizoval z nášho výskumu je otázka trávenia voľného času detí a adolescentov po návrate domov. Zdá sa nám potrebné, napríklad v rámci postreedukačnej starostlivosti o bývalých klientov Diagnostických centier, monitorovať aj túto oblasť.

Pri pravidelných stretnutiach bývalých klientov s pracovníkmi Diagnostického centra je dôležité posilňovať a sledovať klientov v ich rozhodnutí zmeniť svoje voľnočasové aktivity.

Stretnutí sa zúčastňujú i rodičia klientov a tu sa znova vynárajú možnosti pre odborné pôsobenie zamerané na rodičovskú podporu dieťaťa . Zdá sa, že tento postup by zvýšil percento realizovaných plánov a rozhodnutí klientov na zmenu trávenia voľného času. Súčasne by sa do tohto procesu viac zapájali i rodičia, čo by určite posilnilo zainteresovanosť rodiny na voľnočasových aktivitách svojich detí.

Spätná väzba od bývalých klientov o krúžkoch a iných spôsoboch trávenia voľného času, by sa mohli stať pre pracovníkov Diagnostických centier inšpiráciou a motiváciou na reguláciu alebo rozšírenie ponuky voľnočasových aktivít pre aktuálnych klientov.

Toto pružnejšie prepojenie Diagnostického centra s pôvodným sociálnym, najmä rodinným prostredím, dieťaťa by síce prinieslo so sebou viac práce, no podľa nás i viac úžitku.

Literatúra

KRATOCHVÍLOVÁ, E. *Pedagogika voľného času*. Vydavateľstvo UK, Bratislava 2004,ISBN 80-223-1930-9.

KRYSTOŇ, M. Výchova vo voľnom čase - integrálna súčasť edukácie. In *Fórum pedagogiky* 2004. Bratislava 2004. Metodicko - pedagogické centrum, ISBN 80-8052-212-X.

VANČOVÁ, A. Konceptuálne, dedičné a terminologické posuny a zmeny

v pedagogike mentálne postihnutých ako dôsledok paradigmatických zmien vo vedách o človeku a výchove . *Efeta č.4*. 2005, ročník XV. ISSN 1335-1397.

SEBAREGULÁCIA ÚZKOSTI RELAXAČNÝMI CVIČENIAMI

Mgr. Judita MALÍK

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Bratislava,

judita.malik@vudpap.sk

Účelom tejto kazuistiky je ponúknuť nový pohľad na možnosť využitia relaxačných cvičení v praxi psychológa. Stáva sa, že relaxačné cvičenia sú klientom ponúknuté ako doplnková možnosť popri psychoterapii. V tomto príspevku chcem poukázať na prácu s klientkou, ktorej osobnosť bola primárne štrukturovaná ako anxiózna. Pomocou relaxačných cvičení, ktoré sme prispôsobovali konkrétnym potrebám klienta, sa podarilo nielen zvýšiť životnú spokojnosť ale aj ponúknuť cenný nástroj zvládania úzkosti.

Kľúčové slová : úzkosť, relaxačné cvičenia, Locus of Control.

V auguste 2015 ma vyhľadala klientka D. Má 26 rokov, je študentka denného štúdia na Filozofickej fakulte, odbor prekladateľstvo/tlmočníctvo. Aktuálne má pred sebou posledný možný termín opravných štátnic, celkovo tretí. Platila si nadštandartnú dĺžku štúdia a táto skúška je jej posledná šanca. Počas celého roka sa intenzívne pripravovala, každý deň absolvovala dve vyučovacie hodiny u dvoch rôznych učiteľov, a to zo švédskeho a z nemeckého jazyka. Absolvovala dobrovoľnú stáž v zahraničí na precvičenie si nemeckého jazyka. Vedomostne je pripravená adekvátne, problém jej však robí úzkosť pri ústnej odpovedi.

Počas ústnych skúšok vždy pociťuje návaly tepla, búšenie srdca, zvieranie v žalúdku, zvýšenú potivosť rúk a „knedlík“ v krku. Dlhodobo pociťuje úzkosť a pri predstave miestnosti, v ktorej má skladať ústne skúšky na ňu prichádzajú mdloby. Nemá rada, keď ju niekto povzbudzuje, lebo sa cíti vinná, že sklame človeka, ktorý jej držal palce, keď skúšku nespraví. Má pocit že zlyháva, že všetci ju budú ľutovať, lebo je neschopná, a budú si o nej myslieť, že je hlúpa.

Z anamnézy

D. je druhorodené dieťa, celkovo z 5 detí. Otec je alkoholik. Už počas jej detstva pil pravidelne, bol verbálne agresívny najmä na matku, ktorú D. chcela obraňovať, chránila však radšej mladších súrodencov. Vždy po škole sa musela postarať o domácnosť a o mladších súrodencov. V škole sa cítila ako slabý žiak. Mala podozrenie na dyslexiu, ale nechodila k psychológovi. Vždy mala trému pri odpovedi, stránila sa kolektívu. Nikdy neoslovila nikoho ako prvá. Najprv sa musela aklimatizovať na nových ľudí, až potom sa začlenila. Vyštudovala hotelovú akadémiu. Teraz žije s priateľom v Bratislave. Je citlivá, hanblivá, dlho sa trápi po nejakej zlej skúsenosti, obviňuje sa za každý neúspech. Rodičia sa rozviedli počas jej štúdia na vysokej škole. Stále má ochranársky komplex voči matke a súrodencom. Uvedomuje si, že ich má radšej ako možno oni ju. Chce veľmi pomáhať druhým, keď však chce niekto pomáhať jej, cíti sa mu veľmi zaviazaná a je z toho úzkostná. V boji proti stresu jej vo voľných chvíľach pomáha beh.

Nadviazanie spolupráce

Na prvom stretnutí prebehol úvodný rozhovor, aby sme sa obidve lepšie zorientovali v problematike. Jej cieľ bol jasný, neverí si a potrebuje pomoc s tým, aby zvládla štátnu skúšku. Potrebuje sa naučiť pracovať s vlastným strachom a prekonať úzkosť a trému, aby vedela úspešne ukončiť štúdium na vysokej škole. Nakoľko sme do termínu štátnic mali len necelý mesiac, stretávali sme sa intenzívne, trikrát do týždňa a pracovali sme pomocou relaxačných techník a imaginácie.

Ako úvodnú diagnostiku som využila pre možnosť porovnania úspešnosti terapeutických stretnutí dotazník Locus of Control (voľne preložiteľné ako „miesto kontroly"). Autorom je J.B. Rotter, ktorý rozlišoval medzi vonkajším a vnútorným miestom kontroly človeka. „Vnútorné miesto kontroly znamená vnútorné ohnisko riadenia vlastnej činnosti, na tejto strane stoja ľudia, ktorí vychádzajú zo seba, z vlastných schopností, možností a zručností, zo svojej vlastnej iniciatívy. Naopak vonkajší Locus of control u ľudí spôsobuje pocit, že sa všetko vyrieši samo bez ich zásahu. Všetko, čo sa deje okolo nich, vychádza zo situácie a nie z nich samotných" (Křivohlavý, 2001, str. 70).

V dotazníku sa potvrdil vonkajší, čiže externalizovaný Locus of control. Klientka vníma ako veľkú bezmocnosť, že sa učeniu musí venovať trikrát viac ako jej spolužiaci a stále nevie úspešne zvládnuť skúšky. Nemyslí si, že má nad tým všetkým moc, skôr sa obáva, že všetko je v rukách učiteľov, ktorý môžu rozhodovať nespravodlivo, podľa svojej nálady. Je presvedčená o tom, že úspech ktorý doteraz v živote dosiahla, nezávisel od jej zručností, aleod vonkajších okolností. Má pocit, že iní ľudia riadia jej život a pochybuje o tom, že usilovnosť a tvrdá práca vedú k úspechu. Je presvedčená, že nemá dosah na svoj úspech na skúške.

Ako terapeut som teda prácu s klientkou chcela zamerať na „prevzatie života do vlastných rúk". Cieľom bolo zažiť uvoľnenie pri relaxácii a postupne využívať ďalšie metódy ako imagináciu a systematickú desenzitizáciu, ktoré by postupne pomohli prekonať strach a vedieť si navodiť pocit uvoľnenia. Pracovali sme systematicky na tom, aby mala vnútorný zdroj, ktorý jej bude pomáhať prekonávať úzkostné stavy vo chvíľach psychického diskomfortu.

Kontinuálna terapeutická práca

Prvých päť stretnutí sme zamerali na osvojenie si autogénneho tréningu. Autogénny tréning je „systematický nácvik zameraný na rozvoj schopnosti navodiť si pomocou sústredenia pozornosti na určité formulky stav príjemného, hlbokého pokoja a uvoľnenia, ktorý má zotrvávajúci účinok na celý organizmus, na duševný i telesný stav. Používa sa pri liečbe mnohých porúch a ochorení a je vhodný i na predchádzanie zdravotným poruchám, pretože pôsobí proti nadmernému stresu (záťaži) a zvyšuje odolnosť voči stresom (vonkajším záťažovým situáciám)" (Hašťo, 2006, str. 5).

Zvolili sme klasický postup : precítenie tiaže v končatinách, precítenie tepla v končatinách, pravidelnosť pulzu, pravidelnosť dýchania, teplo v plexus solaris, chladné miesto na čele. Pri nácviku týchto častí najprv prebehla edukácia. Vysvetľovali sme ako hypotalamus ovplyvňuje predstavivosť človeka, že teplo sa môže prejavovať ako mravenčenie v prostoch, hovorili sme o možnom výskyte výbojov v končatinách. Skúšali sme si správne dýchanie do bránice a domácou úlohou na každý deň bolo dýchať do bránice. Klientke som ako cvičenie ponúkla cvičenie s knihou. To spočíva v tom, že si sadne alebo ľahne do pohodlnej polohy, vezme si ťažšiu knihu a otvorí ju v prostriedku,

stranami dole, si ju položí na brucho a snaží sa ju každým nádychom vytlačiť hore. Má tak viditeľnú odozvu na to, či dýcha do pľúc, alebo do bránice. Pre pomoc pri nácvikoch v domácom prostredí dostala D. inštruktážnu knižku s presným popisom jednotlivých etáp autogénneho tréningu.

D. autogénny tréning zvládala veľmi dobre, pocity tiaže aj tepla sa dostavili na prvý pokus. Ako sa však blížil deň štátnic, začala sa sťažovať, že pri nácviku doma sa uvoľnenie nedostavuje a že sa vie uvoľniť len ak jej formulky opakujem ja ako terapeut. To bolo znamenie, že podvedome odmieta preberať zodpovednosť za svoje uvoľnenie. Naučená bezmocnosť v nej hovorila o tom, že sama to nezvládne, hoci doterajšia skúsenosť s domácim nácvikom bola pozitívna.

Prešli sme do druhej fázy relaxačných cvičení. Nakoľko pri osvojení nácvikov autogénneho tréningu už mala zážitok s precítením tiaže a tepla, prešli sme na heterosugestívnu relaxáciu. Ide o relaxáciu, ktorú vedie terapeut a sugestívnymi formulkami, ktoré môže prispôsobiť každému klientovi či situácii, ho sprevádza k pocitom uvoľnenia. V tomto období sa u klientky začali objavovať nočné desy s tématikou ústnej odpovede na štátniciach. Zmenilo sa aj držanie klientkinho tela. Na stretnutia chodila viac „stŕpnutá“, s hlavou viac stiahnutou medzi ramená. Počas stretnutí a prebiehajúcich relaxačných cvičení sa však vedela uvoľniť a dokonca niekoľkokrát popri uvoľňovaní zaspala. Bolo to dobré znamenie, že telo si pýta svoju dávku uvoľnenia a že nadviazala bezpečný vzťah s terapeutom. Zároveň začala hovoriť o strachu, že keď štátnice nespraví, určite ma ako terapeuta sklame.

Na ďalšom stretnutí sme začali s vizuálizáciou počas relaxácie. Po precítení pocitu tiaže a tepla v končatinách som formulovala zadanie „ a teraz sa svojím vnútorným zrakom preneste na svoje bezpečné miesto. Bezpečné miesto je také, o ktorom viete jedine vy. Povoľte uzdu svojej fantázie a predstavte si každý detail živo a farebne. Vnímajte každý kúsok okolia, vnímajte čerstvý vzduch na Vašej pokožke, pokoj, ktorý sála z tohto miesta. Nikto iný o tomto mieste nevie. Je to len Vaše bezpečné miesto. Ak sa už nachádzate na svojom bezpečnom mieste, dajte mi znamenie miernym pohybom Vášho tela, bude to signál pre mňa, aj pre Vás, že sa nachádzate na svojom bezpečnom mieste“. Tu klientka zdvihla ukazovák pravej ruky, ale len minimálne. Okomentovala som to následovne : „ďakujem, teraz viem, že sa nachádzate na Vašom bezpečnom mieste. Signál, ktorý ste mi dali, bude signálom pre mňa ako aj pre Vás a hocikedy sa budete chcieť preniesť na Vaše bezpečné miesto, stačí, aby ste spravili tento pohyb a Vaša myseľ Vám ponúkne obraz Vášho bezpečného miesta.“

Bezpečné miesto, ktoré si D. vybrala bola príroda na konci lesa, začiatok lúky a v pozadí zurčiaci potok. Práca s bezpečným miestom sa osvedčila aj pri pacientoch s traumatizujúcimi zážitkami. Nechala som nech si klientka vypracuje obraz bezpečného miesta do najmenších detailov, ak by sa jednalo o klienta, ktorý má rád maľovanie, môžeme ho následne vyzvať, aby svoje bezpečné miesto zachytil na papieri.

Bezpečné miesto sa stalo podstatným míľnikom k tomu, aby sme ho mohli neskôr využívať pri systematickej desenzitizácii v poslednej fázy relaxačných cvičení.

Pre lepšie pochopenie strachu klientky a ako celú situáciu vníma, sme ďalšie stretnutie začali s vizualizáciou na tému „strach“. Klientka so zatvorenými očami mala opísať ako vidí svoj strach. Keďže je to veľmi abstraktné a nekonkrétne zadanie, môže budiť problémy. Osvedčili sa pomocné otázky ako : akej by bol farby? Aký by mal tvar? Aký by bol veľký? Akú by mohol mať chuť?

D. opísala nasledujúcu scénu : stojí v miestnosti v ktorej by mala o dva týždne skladať ústne skúšky. Sedí oproti pedagógom, ktorí sa na ňu pozerajú a premeriavajú si ju. Majú pohľad, ktorý hovorí, o tom, že ju považujú za neschopnú. V rohu miestnosti je kužeľ, ten znázorňuje jej strach. Je červený. Nevidí ho nikto iný, len ona. Začína narastať. Rastie veľmi rýchlo a nekontrolovane. Jeho špic je veľmi ostrý, mohol by niekoho poraniť. Na moju otázku, čo robí ona, odpovedá, že sedí stále na stoličke. Chce niečo urobiť, ale zrazu sa začínajú zväčšovať aj jej ruky, sú úplne nemotorné a nevie ich ovládať. Rastie kužeľ a rastú aj jej ruky, a pedagógovia na ňu stále pozerajú opovržlivo a ona nevie, čo robiť, je veľmi zúfalá. Skúšam položiť ďalšiu, teraz viac sugestívnu otázku : Viete kde je Vaša sila. Povedzte mi to.. Po chvíľke ticha klientka odpovedá : „moje ruky sú bezmocné, ale nohy nie. V nich mám silu, môžem ho udupať. Bojím sa však, že ma kužeľ zraní. Skúsim to. Ide to. Kužeľ som zničila.“

Bolo veľmi dôležité, aby imaginácia skončila pozitívne. Ak by to vyzeralo, že klient sa zasekne v negatívnych opisoch, je dobré situovať ho na bezpečné miesto, aby načerpal sily a zažil uvoľnenie miesto zlyhania.

Dve stretnutia sme venovali relaxácii, precíteniu tiaže a tela a následnej predstave miestnosti, v ktorej budú prebiehať ústne skúšky. Pri tejto predstave sa vždy zmenilo dýchanie. Z pokojného a hlbokého bránicového dýchania dych prešiel na plytké nevyvážené vdychy. Po vystavení tomuto stresovému podnetu nasledovalo vždy „bezpečné miesto“. Postupne boli reakcie na stresujúci podnet menej výrazné.

Deň pred štátnicami sme sa zamerali na poslednú vizualizáciu. Ako vyplynulo z imaginácie strachu, nohy sú „silnou stránkou“, zároveň sa klientka venuje behu aby znížila svoj stres. Vizualizácia teda spočívala vo vidine behu cez prekážky. Po úvodnej relaxácii s pocitmy tiaže a tepla, sa mala vnútorným zrakom preniesť na štadión. V hľadisku boli ľudia, ktorých pozná a ktorí ju od začiatku podporujú. Jednotlivé prekážky, cez ktoré musela preskočiť som opísala ako jednotlivé etapy, ktoré musela do dnešného dňa prekonať: jednotlivé doučovania z cudzích jazykov, finančne náročná stáž, a v neposlednom rade stretnutia so psychológom a učenie sa relaxácii. Pri vizualizácii dobehnutia do cieľa jej z očí stekali slzy. Nechala som ju, aby si cieľ zadefinovala sama. Povedala, že cieľ už dosiahla, lebo sa naučila nové veci, spoznala viac samú seba a cíti sa viac sebavedomo. Úspešné ukončenie štátnic by boli len povestnou čerešničkou na torte.

Záverom

D. ukončila štátnice naozaj úspešne. Prekonala svoj strach a postavila sa svojej tréme. Pred tým, ako mala prísť pred komisiu, si ešte vypočula nahrávku s heterosugestívnou relaxáciou.

Po úspešnom absolvovaní štátnic a promócií sme sa stretli ešte poslednýkrát, aby znova vyplnila dotazník Locus of control. Z externalizovaného typu sa stal internalizovaný Locus of control. Kvalitatívne sa zmenili najzásadnejšie položky ako preberanie zodpovednosti za svoje úspechy aj neúspechy, a zmena postoja voči úlohám, v ktorých sa necíti sebaisto. Teraz má postoj, že je dobré ich vyskúšať.

Literatúra

KŘIVOHLAVÝ, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 252 s. ISBN 80-7178-774-4.

HAŠTO, J. *Autogénny tréning*, Nácvik koncentratívneho sebauvoľnenia, Základné informácie, 2. Opravené a doplnené vydanie. Vydavateľstvo F, Pro mente sana, s.r.o, Trenčín, 2006, ISBN 80-88952-40-9

365 DNÍ V DIAGNOSTICKÉM ÚSTAVU PRO MLÁDEŽ

PaedDr. Jaroslav DVOŘÁK, Mgr. Hana NOVOTNÁ, Bc. Martina PAVLICOVÁ

DÚM Lublaňská 33, Praha 2

Úkolem Diagnostického ústavu pro mládež (DÚM) je provádět diagnostiku u chlapců s ukončenou povinnou školní docházkou. Klienti jsou k nám umisťováni zpravidla soudem na základě usnesení o předběžném opatření, rozsudkem o ústavní výchově nebo uložením ochranné výchovy. V omezené míře poskytujeme také preventivně výchovnou péči na žádost zákonných zástupců. Spádovou oblastí DÚM jsou Čechy. Během pobytu trvajícího optimálně 8 týdnů probíhá u klientů komplexní diagnostika, na jejímž konci navrhují odborní pracovníci nejvhodnější následná zařízení. Naším cílem je zkrátit dobu pobytu v ústavním zařízení na nezbytně nutnou dobu a ve spolupráci s rodinou dosáhnout brzkého návratu dítěte do rodiny.

Činnost DÚM je strukturována do několika výchovných skupin. Budova v Lublaňské ulici je kapacitně největší a pracujeme zde se třemi výchovnými skupinami. Dvě výchovné skupiny tvoří klienti na odloučených pracovištích ve Vratislavově a Věšínově ulici (samostatné byty). Klienty odloučených pracovišť jsou zpravidla chlapci se specifickými potřebami, jimž se snažíme touto cestou usnadnit výkon ústavní výchovy. Indikací k přijetí může být kombinace problémů a onemocnění znesnadňujících umístění do běžného zařízení nebo zájem studovat obor mimo nabídku zařízení naší sítě. Práce s těmito klienty má dlouhodobý charakter a je zaměřena na dokončení profesní přípravy a snazší vstup na trh práce. Zároveň se snažíme přiblížit fungování skupiny funkčnímu modelu rodiny a zprostředkovávat chlapcům zážitky a zkušenosti, ze kterých budou moci v budoucnu čerpat. Ve školním roce 2014/2015 měli klienti DÚM například možnost strávit týden u moře, opakovaně odjet do přírody na tábor, jet na vodu, v zimě pobýt na horách, účastnit se různých sportovních a kulturních akcí, prodávat na vánočních trzích své výrobky a další. Díky finanční podpoře Nadačního fondu Albert mohli také pravidelně využívat posilovnu, bazén a rovněž si mohli udělat řidičské průkazy.

Během školního roku 2014/2015 jsme přijali do DÚM celkem 168 klientů. Na záchytné pracoviště bylo umístěno 25 chlapců a pobyt absolvovalo 123 chlapců. Ze 123 klientů přišlo 76% na podkladě předběžného opatření, 14 % na základě ústavní výchovy a 10% na dobrovolný pobyt (tj. na základě dohody mezi rodiči, klientem a DÚM). Přes rozsáhlou trestnou činnost naší klientely nebyla uložena žádná ochranná výchova. Ve výchovných skupinách na odloučených pracovištích pobývalo v tomto časovém rozmezí 17 klientů. Průměrný věk přijímaných chlapců do DÚM byl 17 let. Průměrná délka pobytu v DÚM činila 101 dnů, přestože podle zákona 109/2002 Sb. by měla být zpravidla 6-8 týdnů. Tento fenomén je zapříčiněn zdlouhavými procesy soudních rozhodování o umisťování nezletilých, zejména pak čekáním na nabytí právní moci. Prodlužování pobytů se odráží v počtu přemístěných, který činí 147 klientů (o 21 méně než počet přijatých klientů). Z uvedených 147 chlapců bylo 63% umístěno do výchovných ústavů naší sítě, 13% se vracelo do rodin po nenařízení ústavní výchovy či zrušení předběžného opatření, 8% absolvovalo krátkodobý dobrovolný pobyt, 10% dosáhlo zletilosti, 4% se vrátili do dětského domova a 2% ukončili prodloužený pobyt v odloučených výchovných skupinách. Číselný přehled školního roku 2014/2015 v DÚM doplňujeme o informaci, že 19% našich klientů (23 chlapců) přišlo z prostředí různých forem náhradní rodinné péče a 38 klientů se dopustilo útěku.

V posledních letech se počty umisťovaných chlapců do Diagnostického ústavu pro mládež konstantně snižují. Zároveň se však prodlužuje délka doby, kterou klienti v DÚM stráví. Letmý vhled do 365 dní v Diagnostickém ústavu sice na vývojové trendy nepoukazuje, avšak může posloužit k vytvoření představ o fungování našeho zařízení a vykonávané činnosti.

ROZDÍL MEZI SEBEREFLEXÍ A SEBEPOTVRZOVÁNÍM aneb JAK CHÁPU OSTATNÍ

PhDr. Jan SVOBODA, Ph.D.

Katedra pedagogické a školní psychologie
Fráni Šrámka 3
709 00 Ostrava – Mariánské hory
Česká republika
Email: jan.svoboda@osu.cz

Konkretizace

Jedním z klíčových prvků využívaných v mnoha psychoterapeutických přístupech, například v satiterapii, bývá konkretizace. Jde o formu vedení klienta k co největšímu přiblížení realitě, snaha co nejvíce eliminovat předsudky, často obludné představy nebo nekonkrétní obecná tvrzení tak, aby klient dokázal reálně pohlédnout na situaci, dokázal co nejkonstruktivněji uchopit logiku jejího děje, průběhu a nejlépe sám pak dokázal najít prostor ke svému působení, své roli v daném příběhu, situaci, etapě života. V úvodu je vyzván, aby vyjmenoval (lépe vypsal) všechny své problémy a pak všechna svá přání. Dále je vysvětleno, jaký je rozdíl mezi daností a problémem, kdy danost je člověkem nezměnitelná (úmrtí, důsledek autohavárie atd.) na rozdíl od problému, který je řešitelný i jinak, než přijmout jeho důsledky. Dále je klientovi vysvětleno, že přání a problém jsou dvě slova stejného obsahu : pokud máme přání, je to reakce na prožívaný nesoulad, tedy problém.

Touto první částí dialogu je konkretizováno „co bude řešeno“, které téma se klientovi zdá jako zásadní a která témata jen ze zásadního vyplývají. Tak vzniká struktura, kterou se bude řídit terapeutický záměr a klient dokáže uchopit strukturu návaznosti prožívaných situací a dějů. Ke konkretizaci mohou sloužit nejrůznější pomůcky, vždy však mají stejný cíl – co nejplastičtěji předestřít problém, děj, situaci „před oči“ klienta. Jednotlivé prvky sehrávající v dané situaci roli mohou být rozloženy například na zemi a klient je pak hodnotí, komentuje a pozoruje z vyššího místa, z „ptačí perspektivy“ (ze židle), případně naopak jsou prvky rozloženy na stůl a klient je usazen tak, aby jeho pohled dosahoval pouze hranu stolu a pak pochopil „svá možná zkreslení“ při pohledu na celkovou situaci, problém a podobně.

Konkretizace zaměřená k pochopení chování a jednání osoby

Rutinně používanou technikou konkretizace, realizovanou pokud je potřebné, aby klient pochopil chování a jednání své a jiné osoby, je analýza vyplývající z manipulací s malými kamínky. Má přesně určený průběh své první části, v další jsou možné a naopak vítané nejrůznější modifikace podle potřeby. Celá technika vychází z faktu, že „jen si představovat“ a hovořit o představovaném je méně než „vidět“. Vidět je méně než „psát, značit si“. Nejblíže k realitě je manipulovat s trojrozměrným zástupným materiálem.

Rozbor konkretizační techniky „kameny“

Technické prostředky:

1. Potřebujeme drobný trojrozměrný materiál. Sponky na papír, papírové kuličky, hrách, čočku a podobně. (Nedoporučujeme používat mince). Nejlépe se osvědčily kamínky sloužící původně k účelům akvaristiky – protože mají zhruba stejnou velikost, nejsou barevně atraktivní a nešpiní, jsou sterilizované. (Cenově snadno dostupné v prodejnách s akvarijními potřebami.)

2. Je důležité, aby klient mohl zástupný materiál položit a manipulovat s ním na stole a v pohodlí, protože jinak se dostatečně nekoncentruje na vlastní úvahy. (Není vhodné, pokud má kameny na podložce „na klíně“, případně sedí v křesle v nevhodném úhlu směrem ke stolu a podobně.)

3. Časový formát lze určit v základní verzi na 30 minut, zpracovávání získaných úvah, myšlenek ihned po skončení techniky zhruba do 15 minut. Profit techniky samozřejmě nejde časově ohraničit, bývá často spouštěcí pro mnohá témata, jiným pak odnímá důležitost – proto jde o techniku konkretizační.

Instrukce k první části techniky „kameny“

Uvádíme základní obsahy vět, kterými je klient veden:

- „Zamyslete se nad tím, co umíte, v čem jste dobrý, co vám jde – a to ve všech oblastech vašeho života. V práci, volném čase, partnerství, prostě v obecnosti. Stejně tak můžete přemýšlet i nad všemi dobrými vlastnostmi, které máte. A před sebe budete klást do sloupku kamínky. Vždy jeden kamínek bude zastupovat jednu věc, kterou umíte, případně jednu vaši dobrou vlastnost, dovednost, schopnost. Sám se nechejte překvapit, kolik kamínků vlastně vyskládáte, na kolik věcí, které umíte, anebo dobrých vlastností, které máte, si tady teď dokážete vzpomenout. A když budete kamínky do sloupečku skládat, zvažte, zda chcete říci nahlas, co daný kamínek zastupuje, anebo nechcete. Pokud vyslovíte nahlas, já budu po vás jen opakovat, nic více. Také můžete jen některé kamínky nahlas pojmenovat, říci, co znamenají, u některých to udělat nemusíte. Tak je to nejčastější. Záleží na vás, jak se rozhodnete.“

Klient skládá kamínky do sloupečku, nejčastěji některé nahlas označuje, u některých nevyjadřuje, co zastupují. Terapeut opakuje významy, které klient uvádí. Neopakuje nic dalšího z klientových vyjádření. Ta často bývají pouze alibismem, který zlehčuje fakt, že klient sám sebe považuje za člověka „v tom či onom zdatného“. Tím, že terapeut jen opakuje klientem sdělené a to, co je v očekávané lince (co umí, v čem je dobrý), udrží klient svou pozornost a skutečně se zamýšlí nad instrukcí.

- Terapeut dále ke klientovi: „Nyní si prosím zopakujte, co který kamínek znamená. Nedovolil jsem vám značit si, co který znamená, protože teď se „to“ může trochu pročistit, zůstanou spíše kamínky zastupující věci, které považujete za více důležité. Jestliže si něco nevybavíte, nevadí, je to v pořádku, kamínek dejte zpět do krabičky.“

Klienti, kteří vyskládají i více než deset kamínků, si zpravidla nezapamatují u všech, co zastupují. I to je významný prvek, který lze časem zpracovat. (Jsou klienti, kteří vyskládají nad dvacet kamínků.) Někteří však – a důvodem nemusí být společenská

korekce ani skromnost – jen s obtížemi vyskládají dva až tři kamínky. Pak je často důvodem obava ze zodpovědnosti za to, co mám umět, případně jiný výchovný nános. Pokud klient není schopen vyskládat ani jeden kamínek s tím, že „vlastně nic pořádně neumí“, terapeut před sebe (ne před klienta) vyskládá kamínky, které označují, co i s důkazem terapeut může o klientovi říci. (Příklad: „Jste u mě potřetí a vždy včas. Přijel jste svým autem, umíte tedy řídit i v městském provozu. Vidím, že jste upraven a umíte se usmívat, působit příjemně...“) Tedy – pokud klient není schopen o sobě vyskládat žádný „z pozitivních kamenů“, je mu takto dán terapeutem příklad. Vždy však zcela konkrétně a tak, že klient nemůže terapeutovo sdělení vyvracet, protože to je rovnou podloženo terapeutovou zkušeností a zdůrazněno, že „on, terapeut“, to tak „vidí“. Pak se zpravidla klient začne angažovat a dva až tři kamínky před sebe o sobě vyskládá.

- Terapeut: „Nyní si ke každému kamínku, tedy k tomu, co zastupuje, najděte důkaz, že je to pravda, že tohle opravdu zvládáte, jde vám to, jste v tom dobrý. Důkazem bude vzpomínka, kterou si dokážete vybavit a která vám vše potvrzuje. Ta vzpomínka musí být konkrétní, i když časově zcela nezařaditelná, je prostě jedno, zda je stará den, anebo několik let. Podstatné je, aby byla konkrétní. A pak si k ní potřebujete vybavit ještě jeden nějaký detail, pro potvrzení – třeba jaké bylo počasí a nebo kdo tam ještě byl a podobně. Jinak může jít pouze o pocit, zkreslení a to by znamenalo, že si jen něco namlouváte. Uvedu příklad: umím řídit auto. Vzpomínka – jak jsem jel dnes do práce. Doplnění – uvědomuji si, že vedle mého auta na parkovišti stálo auto modré barvy.“

Hledání důkazů bývá zcela zásadní částí a to zvláště pokud klient hovoří nahlas. Terapeut zcela koncentrovaně sleduje jeho vyjádření, gesta, mimiku, všechny další znaky, včetně výběru situací, licitování, zda „toto je důkaz, anebo toto není důkaz“, a podobně. Klient sám pro sebe, stejně pak terapeut, získávají velké množství informací, které ubezpečují klienta o realitě života, realitě prožitého, a to v pozitivním smyslu.

- Terapeut: „Co myslíte, jsou i oblasti, ve kterých se vám méně daří, o kterých byste až řekl, že v nich selháváte? Hm, pokud ano, vyskládejte tady vedle a zase do sloupečku kamínky, v čem selháváte. A zase stejným principem – jeden kamínek bude zastupovat jednu věc, jedno „něco“, v čem selháváte.“

Klient zpravidla v této fázi už rovnou sděluje důkaz, proč si myslí a jakou má vzpomínku na to, že v „tomto tenkrát selhal“. Je zajímavé, že ačkoliv často jde o velmi nepříjemné věci (například znásilněná žena zde uvádí svůj názor, že „zbytečně provokovala oblečením“, atp.), klienti dokážou nevstoupit výrazněji do emocí – nepláčou, zůstávají v nadhledu, udrží si racionální odstup. Při pozorném vedení této části techniky získává terapeut velmi cenné postřehy z paralingvistických znaků a dalších komponent – a to vše může být velmi významné v dalších fázích vedení, může být později vyhodnoceno jako významné prvky pro zpracování.

- Terapeut: „Můžeme říci, že jste udělal částečnou analýzu svých dispozic i toho, v čem možná až selháváte. Nyní se zamyslete nad tím vším z hlediska problému, který řešíme – co může řešení prospět, co brzdit – pokud chcete, přemýšlejte nahlas.

Zde jen komentujeme jakákoliv sdělení klienta, sledujeme jeho asociace, návaznosti.

Zpravidla – zatím jen v efektu setkání s terapeutem – dokáže klient generovat, „co by mohl“, kterým směrem „by se dalo vydat“ pro vyřešení problému. Je však vybudován základ pro další práci, portfolio, které si konkretizací klient sám vytvořil.

Pokud je cílem pochopit chování jiného člověka, lze postupovat stejně – klient vyskládává kamínky pod instrukcí „ v čem je dobrý, umí onen člověk“ a pak „v čem selhává, co nejde onomu člověku“. V další fázi se pak zastavuje u jednotlivých kamínků ve sloupečku „selhává“ a hledá odpověď na otázku „k čemu v tomto potřebuje selhávat, před čím jej selhávání chrání“, z hlediska jeho věku, kdy každý věk má svou specifiku, z hlediska jeho životních zkušeností (stěhování, traumata, životní vítězství, pády a podobně) a z hlediska jeho životní filosofie (je to nábožensky smýšlející člověk, sportovec, stoupenec nějakého hnutí a podobně). Terapeut zde jen opakuje klíčová sdělení klienta, snaží se udržet a podporovat monolog, protože ten se promění v „hlasité přemýšlení“ klienta a tak je možné sledovat delší linku jeho úvah. Často spontánně nabídne mnohé doplňující informace, své postoje a mnohé další prvky sestavující názor, náhled klienta na danou osobu. Terapeut pak jen všechny sdělené údaje směruje k řešení problému, případně k vytvoření náhledu klienta na chování a jednání sledované osoby.

Závěr

Konkretizační techniky mají zásadní význam především při vedení klientů, kteří mají tendenci sledované potíže stále navazovat na další děje a situace. Tím se řešení komplikuje, vzdaluje od meritu věci, řešeného problému.

Nejrůznější varianty práce se zástupným materiálem umožňují zisk náhledu v celé řadě potíží a to především v sociální oblasti – kamínky lze vyskládat jako kruhový sociogram, lze demonstrovat nejrůznější vzájemné vazby, propojení, při konkretizaci, převedení do zástupného materiálu tvořit hierarchie, hledat souvislosti. Proto lze tuto metodu práce doporučovat k hledání řešení v nejrůznějších oblastech problémů a s nejrůznějším typem klientely – především pak při vedení jedinců, u kterých je jakákoliv doteková terapie, případně jiný typ vedení ohrožující.

Reflexe a komentování

Techniky reflexe a komentování používá mnoho terapeutických směrů se stejným cílem jako bývají používány při konkretizaci. Zde však tvoří nedílnou, až rituální součást každého závěru setkání. Klient se po ukotvení ve smyslech (uvědomění si všech kontaktů s podložkou, aromatu místnosti, pojmenování, co vidí očima, co slyší, jakou má chuť v ústech) vrací do situace těsně před setkáním s terapeutem. Pak reflexí („inventurou prožitého“) prochází celým časovým úsekem vzájemného setkání. Jeho díly, momenty sděluje, a pokud to je možné, v časové posloupnosti. Terapeut jej nijak neomezuje, neopravuje. Pouze ze sdělení klienta vybírá podstatná slova a ta komentuje (opakuje) – buď jednotlivě, anebo shrnuje vyjádření klienta do jednovětného vyjádření. Ale to spíše výjimečně a po delší praxi. Cílem je nic klientovi nepodsouvat, pouze opakovat významné z jím sděleného.

Pravidelnou reflexí a komentováním získá v této technice klient zkušenost a je časem vyzván, aby aplikoval schéma také do svého běžného života – nejdříve večer před usnutím, později také i během dne, po nějaké prožité události. Tak se naučí získávat mnohem větší přehled o svých prožitcích. Zvláště reflexe před usnutím je významná, protože klientovi nabídne obraz prožitého dne, který jinak bývá formován jen nejsilnějšími okamžiky a často těmi negativními. Zároveň reflexe dne snižuje negativní

pocity před usnutím u jedinců, kteří se neuvědomovaně programují tím, že jejich „poslední myšlenky před usnutím“ směřují k vyjmenování si úkolů, které následný den „bezpodmínečně musí stihnout“ a na co následující den „nesmí zapomenout“. Tak se reflexe a komentování stává postupně rutinní záležitostí, ukotvuje klienta v realitě jeho života, podporuje korekci předsudků, obav a dalších ne vždy pozitivních návyků v hodnocení.

MOŽNOSTI TÉMATICKO-APERCEPČNÉHO TESTU (TAT) PRI POSÚDENÍ EMPATIE ADOLESCENTOV S PORUCHAMI SPRÁVANIA

Mgr. Diana ŠIMOVIČOVÁ

Katedra psychológie, Filozofická fakulta Katolíckej univerzity, Ružomberok
simovicovadiana@gmail.com

Abstrakt

Cieľom našej práce bolo porovnanie empatie adolescentov s poruchami správania (PS) s adolescentmi bez PS prostredníctvom príbehov evokovaných TAT a nameranými hodnotami na škále BES. Výskumu sa zúčastnilo 10 adolescentov s PS, ktorí boli v čase výskumu umiestnení v Diagnostickom centre pre mládež v Záhorskej Bystrici a vyrovnávajúca vzorka adolescentov bez PS, ktorými boli študenti Gymnázia sv. Jozefa v Novom Meste nad Váhom. Zistili sme štatisticky významné rozdiely medzi skupinou adolescentov s PS a skupinou adolescentov bez PS v miere empatie v príbehoch TAT. Pri posudzovaní empatie škálou BES sa nepreukázali významné rozdiely medzi výskumnými skupinami.

Kľúčové slová: Empatia. Tématicko-apercepčný test. Adolescent. Poruchy správania. Diagnostické centrum pre mládež.

ÚVOD

Empatia ako jedna zo sociálnych zručností stále vzbudzuje záujem laickej i odbornej verejnosti. Predovšetkým neuchopiteľnosť empatického konštruktu motivuje odborníkov z oblasti psychológie k neustálemu vytváraniu a zdokonaľovaniu výskumných metód, ktoré by čo najspoľahlivejšie a najpresnejšie vedeli posúdiť mieru empatie človeka. Najpoužívanejšími psychologickými metódami sú dotazníky a škály, ktorých výhodou je rýchla a jednoduchá administrácia ako aj vyhodnocovanie. Nakoľko sú však sebaposudzovacie, získané informácie sú iba zdrojom introspekcie. Záujem autorov Teglasi et al. v súvislosti s posudzovaním empatie smeroval k známej projektívnej metóde Tématicko-apercepčného testu (TAT), ktorý v roku 1935 oficiálne skonštruovali Murray a Morganová.

TAT je individuálna projektívna metóda zachytávajúca osobnosť v celej svojej šírke, aj keď špeciálne je v psychológii využívaná najmä k posudzovaniu sociálneho prispôsobenia. Test je cenným zdrojom informácií pri interpretácii neuróz, psychóz a tiež porúch správania. (Murray; In Svoboda a kol., 2013).

Od oficiálneho vydania TAT, vytvorilo mnoho autorov k tomuto testu svoje vlastné interpretačné, či skórovacie systémy. Teglasi a kolektív jej spolupracovníkov k testu TAT vytvorili systém skórovania, ktorý posudzuje empatiu v troch zložkách: percepčnej integrácii, zdroji afektu a vzájomnej autonómií. V našej práci sme sa rozhodli skórovať empatiu práve týmto spôsobom, aj z toho dôvodu, že využitie TAT či už vo výskumnej alebo klinickej praxi je v našich zemepisných šírkach veľmi sporadické. Zároveň bola táto metóda využitia spontánne rozprávaných príbehov pre nás veľmi zaujímavá aj z dôvodu prítomnosti projekcie pri vytváraní príbehov. Pre porovnanie

výsledkov z obrázkov evokovaných TAT sme si zvolili jednu zo škál zameraných na empatiu a to Základnú empatickú škálu (BES) autorov Jolliffe a Ferington (2006). Táto škála je zameraná na dve základné zložky empatie, na emočnú a kognitívnu empatiu. Pri výbere cieľovej skupiny sme zvažovali viacero možností. Nakoniec sme sa rozhodli pre adolescentov s poruchami správania (PS), pretože predpokladáme, že práve u tejto skupiny bude schopnosť a osvojovanie empatie určitým spôsobom oslabené. Obdobie neskorej adolescencie je zároveň z hľadiska porúch správania obzvlášť kritickým obdobím. Ak sa poruchové správanie v tomto veku vhodne nepodchytí je tu veľká pravdepodobnosť jeho pokračovania a stupňovania, ktoré môže vyvrcholiť v dospelosti až do kriminálnej činnosti. K prevencii a odstraňovaniu agresívneho a asociálneho správania slúži práve zvyšovanie empatie, ktorá podporuje prosociálne správanie.

Skutočnosť, že je miera empatie u jedincov s PS znížená demonštruje Hardy. Uvádza tiež, že závažným problémom týchto jedincov je egoizmus a prehnané zameranie na seba samého a uspokojovanie svojich potrieb. Tento stav je často dôsledkom toho, že sami nezažili taký citový vzťah s blízkou osobou, z ktorého by mohli získať pozitívne skúsenosti a ktorý by im pomohol rozvíjať empatické schopnosti (Hardy, 2011).

Cieľom nášho výskumu bolo teda zistiť, aké sú rozdiely v miere empatie adolescentov s PS v porovnaní s adolescentmi bez PS. V súlade s našim cieľom sme sformulovali výskumnú otázku a následne i výskumné hypotézy.

Výskumná otázka:

• Líši sa miera empatie a empatických zložiek u adolescentov s PS od adolescentov bez PS?

Výskumné hypotézy:

H1: Výskumný súbor adolescentov s PS sa bude na úrovni percepčnej integrácie (PI) signifikantne líšiť od výskumného súboru adolescentov bez PS.

H2: Výskumný súbor adolescentov s PS sa bude na úrovni zdroja afektu (SA) signifikantne líšiť od výskumného súboru adolescentov bez PS.

H3: Výskumný súbor adolescentov s PS sa bude na úrovni vzájomnej autonómie (MA) signifikantne líšiť od výskumného súboru adolescentov bez PS.

H4: Výskumný súbor adolescentov s PS sa bude na úrovni emočnej empatie signifikantne líšiť od výskumného súboru adolescentov bez PS.

H5: Výskumný súbor adolescentov s PS sa bude na úrovni kognitívnej empatie signifikantne líšiť od výskumného súboru adolescentov bez PS.

VÝSKUMNÝ SÚBOR

V našom výskume sme si vytvorili dva výskumné súbory. Prvý výskumný súbor, súbor adolescentov s PS pozostáva z 10 adolescentov momentálne umiestnených v Diagnostickom centre pre mládež v Záhorskej Bystrici. Druhý súbor je vyrovnávajúci a pozostáva z 10 adolescentov bez PS, konkrétne ide o študentov Gymnázia sv. Jozefa v Novom Meste nad Váhom. Spoločným kritériom oboch skupín je vek v rozmedzí 15-18 rokov a mužské pohlavie.

METÓDY

Tabule TAT

Vo výskume sme vychádzali z príbehov rozprávaných k tabuliam TAT. Z celého setu sme vybrali nasledovných desať tabúľ: 1, 2, 3BM, 4, 5, 6BM, 7BM, 8BM, 13B, 16. Tento počet tabúľ sme považovali pre náš výskum ako optimálny. Každá tabuľa má špecifický vyzývací charakter a zobrazuje určitý súbor podnetov.

TAT- Analýza empatie

Z príbehov k použitým tabuliam (1, 2, 3BM, 4, 5, 6BM, 7BM, 8BM, 13B) sme hodnotili úroveň percepčnej integrácie (PI), zdroj afektu (SA) a vzájomnú autonómiu (MA). Pri príbehoch k tabuli 16 nie je možné hodnotiť percepčnú integráciu, nakoľko sa jedná o prázdnu tabuľu, takže sme pri nej hodnotili iba zdroj afektu a vzájomnú autonómiu. Pri skórovaní sme sa riadili návodom Teglasi, Locrafta a Felgenhauera (2008).

Ako ukážku uvádzame analýzu empatie z príbehu k tabuli 1. Jedná sa o príbeh respondenta 8a, teda adolescenta s PS.

Analýza empatie- respondent 8a

Tabuľa 1

Vidím tam dieťa, ktoré je smutné. Neviem, asi darček dostal alebo také niečo, husle a je z toho smutný. Myslí si, že to je sprostosť. Na darček sa tešil. Ale nakoniec si povie, že je to dobrý darček a zahrá na tom.

Empatia:

Percepčná integrácia (PI) = 3 nepresná. Tenzia a emócie sú zachytené. Nepresnosť resp. určitá rozporuplnosť spočíva v tom, že chlapec je v príbehu smutný z darčeka (huslí), ktoré považuje za hlúposť, ale nakoniec na ne zahrá, nevedno však prečo.

Zdroj afektu (SA) = 3 vonkajší. Chlapec je smutný z toho, že dostal iný darček ako si prial.

Vzájomná autonómia (MA) = 3. Chlapec v príbehu cíti smútok, ktorého dôvodom je darček, ktorý sa mu nepáči. Príbeh končí tak, že chlapec začne na husle hrať, nie je však objasnené prečo, keď bol z huslí ako z darčeka smutný. Avšak v príbehu nie sú žiadne známky toho, že by ho k hre na husle niekto nútil, čiže to považujeme za prejav vlastnej vôle. Hlavná postava je autonómna, príbeh však nezobrazuje nejaké jej hlbšie vlastné presvedčenia a štandardy.

Škála BES

Ako druhú metódu pre posúdenie empatie sme použili škálu BES- Basic Empathy Scale for Adolescents (Jolliffe, Farrington, 2006). Jej položky boli vytvorené na základe ponímania kognitívnej a afektívnej empatie.

BES- Analýza empatie

Spracovanie dát z dotazníku BES pozostávalo z výpočtu hodnôt, ktoré respondenti pridelili jednotlivým výrokom. Dotazník obsahuje 20 výrokov, z ktorých 12 sa vzťahuje k emočnej a 8 ku kognitívnej zložke empatie. Respondenti hodnotia výroky na 5 stupňovej likertovej skále, kde najvyššie skóre, ktoré môžu k jednému výroku získať je 5 bodov a najmenej 1 bod. Niektoré výroky v dotazníku sú proempatické ako napríklad: Zvyčajne viem rýchlo pochopiť, keď sa môj priateľ hnevá. Iné sú protiempatické, napríklad: Pocity ostatných ľudí ma veľmi nezaujímajú. (Jolliffe, Farrington, 2006).

Analýza Mann-Whitney testom

Pri analyzovaní empatie za použitia príbehov evokovaných TAT, tak ako aj pri použití dotazníku BES sme dospeli k numerickým hodnotám jednotlivých zložiek empatie. Nakoľko je našim cieľom porovnanie týchto výsledkov u dvoch skupín, skupiny adolescentov s PS a a skupiny adolescentov bez PS, použili sme k tomu Mann-Whitney Test, ktorý je neparametrickou obdobou t-testu. Tento test sa využíva pri malých výskumných vzorkách a v prípadoch, kedy rozloženie premenných nie je v populácii normálne.

VÝSLEDKY

Porovnanie empatie adolescentov s PS s empatiou adolescentov bez PS

Cieľom nášho výskumu bolo porovnať dosiahnuté skóre v empatii a jej zložkách medzi dvomi výskumnými súbormi, adolescentmi s PS a adolescentmi bez PS. Pre posúdenie empatie sme použili dve metódy, škálu BES a príbehy vytvorené prostredníctvom tabúľ TAT.

a) Porovnanie empatie v TAT príbehoch

V tejto podkapitole uvádzame výsledky kvantitatívnej analýzy prevedenej prostredníctvom Mann-Whitney testu. Ide o porovnanie empatie medzi výskumnou skupinou adolescentov s PS a adolescentmi bez PS v ich empatickej tendencii, ktorú sme hodnotili v ich príbehoch vytvorených k tabuliam TAT. Výsledky uvádzame súhrnné (zo všetkých tabúľ), ale aj pre každú tabuľu zvlášť.

Výsledky Mann-Whitney testu dokazujú, že v úrovni percepčnej integrácie, zdroja afektu, vzájomnej autonómii aj v celkovej empatii nameranej v príbehoch TAT je medzi výskumnou skupinou adolescentov s PS a skupinou bez PS signifikantný rozdiel na 5% hladine štatistickej významnosti. Tieto výsledky sú znázornené v tabuľke 1.

Tabuľka 1 Porovnanie empatie v jej jednotlivých zložkách v príbehoch TAT, súhrnne zo všetkých použitých tabúľ

TAT	Výskumný súbor	Mean Rank	Mann-Whitney U	Wilcox W	Z	Signifikancia
Percepčná	Chlapci s PS	6,35	8,5	63,500	-3,0993	áno*

integrácia	Chlapci bez PS	14,65				
Zdroj afektu	Chlapci s PS	6,95	14,5	69,500	-2,6458	áno*
	Chlapci bez PS	14,05				
Vzájomná autonómia	Chlapci s PS	6,95	14,5	69,500	-2,6458	áno*
	Chlapci bez PS	14,05				
Celková empatia	Chlapci s PS	6,50	10,0	65,000	-2,9859	áno*
	Chlapci bez PS	14,50				

* označuje 5% hladinu štatistickej významnosti

Zdroj: vlastné spracovanie

Sčítaním hodnôt percepčnej integrácie, zdroja afektu a vzájomnej integrácie sme získali celkovú hodnotu empatie každého jedného respondenta v každom jednom príbehu evokovanom tabuľami TAT. Tieto celkové hodnoty sme porovnávali u výskumnej vzorky adolescentov s PS a bez PS pre každú tabuľu zvlášť.

Výsledky Mann-Whitney testu preukázali, že celkové hodnoty empatie získané z príbehov k tabuliam 1, 2, 3BM, 4, 5, 6BM, 7BM a 15 sú medzi výskumnými skupinami adolescentov s PS a bez PS signifikantne rozdielne na 5% hladine štatistickej významnosti. Iba pri tabuliach 8BM a 13B nebol medzi týmito skupinami adolescentov v hodnotách empatie nameraný štatisticky významný rozdiel. Tieto výsledky sú uvedené v tabuľke 2.

Tabuľka 2 Porovnanie celkovej empatie v jednotlivých príbehoch ku každej použitej tabuli TAT

TAT	Výskumný súbor	Mean Rank	Mann-Whitney U	Wilcox W	Z	Signifikancia
Tabuľa 1	Chlapci s PS	7,25	17,5	72,500	-2,4190	áno*
	Chlapci bez PS	13,75				
Tabuľa 2	Chlapci s PS	6,55	10,5	65,500	-2,9481	áno*

	Chlapci bez PS	14,45				
Tabuľa 3BM	Chlapci s PS	6,85	13,5	68,500	-2,7213	áno*
	Chlapci bez PS	14,15				
Tabuľa 4	Chlapci s PS	7,20	17	72,000	-2,4568	áno*
	Chlapci bez PS	13,80				
Tabuľa 5	Chlapci s PS	6,90	14	69,000	-2,6835	áno*
	Chlapci bez PS	14,10				
Tabuľa 6BM	Chlapci s PS	7,20	17	72,000	-2,4568	áno*
	Chlapci bez PS	13,80				
Tabuľa 7BM	Chlapci s PS	7,55	20,5	75,500	-2,1922	áno*
	Chlapci bez PS	13,45				
Tabuľa 8 BM	Chlapci s PS	9,00	35	90,000	-1,0961	nie
	Chlapci bez PS	12,00				
Tabuľa 13B	Chlapci s PS	9,50	40	95,000	-0,7181	nie
	Chlapci bez PS	11,50				
Tabuľa 16	Chlapci s PS	7,80	23	78,000	-2,0032	áno*
	Chlapci bez PS	13,20				

* označuje 5% hladinu štatistickej významnosti

Zdroj: vlastné spracovanie

Vyjadrenie k hypotézam

H1: *Výskumný súbor adolescentov s PS sa bude na úrovni percepčnej integrácie (PI) signifikantne líšiť od výskumného súboru adolescentov bez PS.*

Nulová hypotéza bola zamietnutá. V percepčnej integrácii bol Mann-Whitney testom preukázaný signifikantný rozdiel na 5% hladine štatistickej významnosti medzi skupinou adolescentov s PS a skupinou adolescentov bez PS.

H2: *Výskumný súbor adolescentov s PS sa bude na úrovni zdroja afektu (SA) signifikantne líšiť od výskumného súboru adolescentov bez PS.*

Nulová hypotéza bola zamietnutá. V zložke zdroj afektu bol preukázaný signifikantný rozdiel na 5% hladine štatistickej významnosti medzi skupinou adolescentov s PS a skupinou adolescentov bez PS.

H3: *Výskumný súbor adolescentov s PS sa bude na úrovni vzájomnej autonómie (MA) signifikantne líšiť od výskumného súboru adolescentov bez PS.*

Nulová hypotéza bola zamietnutá. Vo vzájomnej autonómii bol Mann-Whitney testom preukázaný signifikantný rozdiel na 5% hladine štatistickej významnosti medzi skupinou adolescentov s PS a skupinou adolescentov bez PS.

b) Porovnanie empatie, dotazník BES

Na základe výsledkov Mann-Whitney testu možno povedať, že v hodnotách emočnej empatie, kognitívnej empatie a celkovej empatie nameranej v dotazníku BES nie sú signifikantné rozdiely medzi výskumnou skupinou adolescentov s PS a bez PS.

Tabuľka 3 Porovnanie zložiek empatie z testu BES

BES	Výskumný súbor	Mean Rank	Mann-Whitney U	Wilcox W	Z	Signifikancia
Emočná empatia	Chlapci s PS	9,1	36	91,000	-1,0205	nie
	Chlapci bez PS	11,9				
Kognitívna empatia	Chlapci s PS	10,4	49	104,00	-0,0378	nie
	Chlapci bez PS	10,6				
Celková empatia	Chlapci s PS	9,5	40	95,000	-0,7181	nie
	Chlapci bez PS	11,5				

Zdroj: vlastné spracovanie

Vyjadrenie k hypotézam

H4: *Výskumný súbor adolescentov s PS sa bude na úrovni emočnej empatie signifikantne líšiť od výskumného súboru adolescentov bez PS.*

Hypotéza sa nepotvrdila.

H5: *Výskumný súbor adolescentov s PS sa bude na úrovni kognitívnej empatie signifikantne líšiť od výskumného súboru adolescentov bez PS.*

Hypotéza sa nepotvrdila.

DISKUSIA

Pri celkovom skórovaní zo všetkých použitých tabúľ TAT boli Mann-Whitney testom najväčšie rozdiely medzi skupinou adolescentov s PS a skupinou adolescentov bez PS zistené v zložke percepčná integrácia. Avšak aj pri zložke zdroj afektu a vzájomná autonómia boli tieto rozdiely medzi výskumnými skupinami na 5% hladine významnosti, štatisticky významné. Čo sa týka percepčnej integrácie, jej úroveň u adolescentov s PS bola celkovo nižšia ako u adolescentov bez PS. Dôvodom bola zväčša slabá prepracovanosť príbehov, pri tabuliach zobrazujúcich viacej postáv často neboli opísané vzťahy medzi postavami a emócie postáv boli opísané povrchne či stereotypne. Dulcan a Martini pri charakteristikách detí a adolescentov s PS uvádzajú, okrem iného, možnosť narušenia poznávacích schopností v zmysle chýbania alebo nejasnej spojitosti medzi predchádzajúcimi udalosťami a následkami či obmedzenú schopnosť zovšeobecňovať a hodnotiť alternatívne stratégie pri riešení problémov (In Kuruc, 2013). Nižšia úroveň v percepčnej integrácii adolescentov s PS teda môže súvisieť s ich deficitmi v kognitívnej oblasti nakoľko percepčná integrácia úzko súvisí s kognitívnymi schopnosťami, hlavne čo sa týka poznávania sociálneho prostredia. Pri hodnotení celkovej empatie pri jednotlivých tabuliach TAT boli Mann-Whitney testom najväčšie rozdiely medzi výskumnými skupinami v príbehoch na tabuľu 2. Táto tabuľa zobrazuje skupinovú scénu a evokuje k vytváraniu príbehov s rodinnou dynamikou, ktorá však v príbehoch adolescentov s PS väčšinou nebola zachytená a postavy sa k sebe navzájom nevzťahovali. Adolescenti s PS mali tendenciu opisovať v príbehoch primárne to, čo postavy na obrázku robia, pocity a myšlienky zachytili iba povrchne a stereotypne. Naopak v príbehoch k tabuliam 8BM a 13B neboli v miere empatie medzi výskumnou skupinou adolescentov s PS a skupinou adolescentov bez PS, namerané významné rozdiely. Van Brunt (2007) uvádza, že tabuľa 8BM nie je veľmi využívanou tabuľou. Domnievame sa, že dôvodom je zložitosť obrázku a jeho nereálnosť, nakoľko je na obrázku zobrazený chlapec v popredí a v pozadí je scéna z minulosti, na ktorú spomína. Táto zložitá scéna spôsobovala chlapcom problémy v jej porozumení, čo viedlo k vzniku nekoherentných príbehov ako u skupiny adolescentov s PS tak i u adolescentov bez PS. Dôvodom prečo ani pri tabuli 13B neboli medzi výskumnými skupinami namerané v miere empatie štatisticky významné rozdiely je podľa nášho názoru fakt, že ide o tabuľu, pri ktorej respondenti oboch výskumných skupín využívali vo zvýšenej miere projekciu. Ide o scénu evokujúcu osamelosť chlapca. Domnievame sa, že táto scéna bola hlavne respondentom s PS veľmi blízka a známa z vlastnej skúsenosti a preto sa ľahšie stotožnili s hlavnou postavou ako s hlavnými postavami v ostatných tabuliach. Na základe toho sa aj adolescentom s PS podarilo vytvoriť príbehy, v ktorých bola miera empatie hodnotená ako relatívne vysoká.

Významné rozdiely v miere empatie medzi skupinami chlapcov s PS a bez PS boli namerané aj vo výskumnej štúdii De Wieda et al. (2005), ktorá posudzovala emočnú

a kognitívnu zložku empatie prostredníctvom výpovedí chlapcov na prezentované obrázky zobrazujúce dievčatá a chlapcov v bežných detských situáciách vo vzťahu so skúsenosťou smútku, hnevu a šťastia. Významné rozdiely medzi výskumnými skupinami boli namerané pri obrázkoch zameraných na emócie smútku a hnevu. Pri obrázkoch zameraných na skúsenosť šťastia tieto rozdiely medzi výskumnými skupinami neboli zaznamenané. Môžeme teda povedať, že výsledky štúdie De Wieda et al. (2005) sú v súlade s našimi výsledkami. Taktiež vo vybraných tabuliach TAT v našom výskume a zároveň vo všeobecnosti v tabuliach TAT sú primárne zobrazené situácie smútku alebo hnevu.

Pri porovnávaní miery empatie nameranej v dotazníku BES medzi skupinou adolescentov s PS a skupinou bez PS nebol Mann-Whitney testom nameraný štatisticky významný rozdiel ani v zložke emočnej empatie ani v zložke kognitívnej empatie. Jedným z dôvodov prečo medzi našimi výskumnými skupinami nebol nameraný v škále na meranie empatie BES štatisticky významný rozdiel je podľa nášho názoru predovšetkým fakt, že škála BES využíva metódu introspekcie a teda je sebaposudzovacia. Predpokladáme, že schopnosť introspekcie je u našich respondentov rozdielna a tak miera empatie, ktorá bola u nich nameraná prostredníctvom dotazníku BES je v podstate ich predstavou o sebe samom. Zároveň pri sebaposudzovacích dotazníkoch a škálach sa v ich výsledkoch premieta viac či menej i fenomén sociálnej žiaducnosti, ktorý spôsobuje udávanie odpovedí, ktoré nezobrazujú úprimnú predstavu o sebe samom, ale predstavu o tom, čo je podľa respondenta jeho sociálnym prostredím považované za správne. Nakoľko sa v dotazníku BES odpovedá na viac bodovej likertovej stupnici, výsledky sú ovplyvnené aj tendenciou respondenta odpovedať v extrémnych alebo naopak v stredových hodnotách.

Zároveň spôsob posudzovania empatie autorov Teglasi, Locraft a Felgenhauer (2008) a autorov Jolliffe, Farrington (2006) je odlišný. Základným východiskom oboch kolektívov autorov je, že empatia pozostáva z kognitívnych a emocionálnych procesov. Avšak výsledky v empatickej tendencii v BES sú vo veľkej miere ovplyvnené schopnosťou introspekcie respondentov, vo výsledkoch pri posudzovaní empatie v TAT príbehoch zase do určitej miery závisí od tvorivosti a schopnosti verbálne sa vyjadrovať, ktorá aj u našich respondentov bola na rôznej úrovni. Výhodou TAT oproti BES je jeho „tajomnosť“ v tom zmysle, že respondent nemá veľkú predstavu o tom, aká odpoveď je „správna“. Vďaka tomu sú jeho odpovede menej ovplyvňované sociálnou žiaducnosťou ako pri dotazníkových metódach merajúcich empatiu.

Tématicko apercepčný test sa preukázal ako vhodný nástroj na posúdenie empatie adolescentov s PS a zároveň aj ako dobrý nástroj pre porozumenie rozdielom medzi adolescentmi s PS a bez PS v ich miere a jednotlivých zložkách empatie.

Literatúra

DE WIED, M. et al. 2005. Empathy in boys with disruptive behavior disorder. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, online, 2005, Vol. 48, Issue 8. p. 867-880. ISSN 1469-7610.

HARDY, M. 2011. Vybrané príčiny útekov detí na ulicu na Slovensku. In:. *Sociálna patológia rodiny. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie.* Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. 2011. s. 29-35. ISBN 978-80-8132-000-2.

JOLLIFFE, D. - FARRINGTON, D. P. 2006. Development and Validization of the Basic Empathy Scale. In *Journal of Adolescence*, 2006. Vol. 29, Issue 4, p. 589-611. ISSN 0140-1971.

KURUC, M. 2013. *Poruchy správania u detí a adolescentov a ich pedagogická diagnostika,* 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2013. 65 s. ISBN 978-80-223-3512-6.

SVOBODA, M. a kol. 2013. *Psychodiagnostika dospělých.* 1 vyd. Praha: Portál, 2013. 488 s. ISBN 978-80-262-0363-6.

TEGLASI, H. - LOCRAFT, C. - FELGENHAUER, K. 2008. Empathy. In *Handbook of Clinical Scoring System for Thematic Apperception Techniques*. S. R. Jenkins (Ed.), 1st Ed., New York: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, p. 573-606. ISBN-10: 0805843736.

VAN BRUNT, B. 2007. *The Thematic Apperception Test (TAT)- Administration and Interpretation*. Vyd. 1. San Francisco: Borrego Publishing, 2007. 327 p. ISBN-13: 978-0-9778545-1-6.

ČLOVEK JE VIAC AKO JEHO SPRÁVANIE

PhDr. Nadežda FEKETEOVÁ
PhDr. Hana ŠČIBRÁNYIOVÁ

Inštitút Virginie Satirovej v Slovenskej republike
Email: nada.feketeova@gmail.com; hana.scibranyova@stonline.sk

V kontexte názvu konferencie Križovatky VII. „Prevýchova – trendy a inšpirácie“ sme náš príspevok **Človek je viac ako jeho správanie** nazvali možno pre niekoho provokatívne. Urobili sme to s cieľom čo najviac prispieť k tomu, aby každý z nás dokázal seba a každého človeka, s ktorým je či nie je v priamom kontakte, vnímať ako celistvú bytosť, ktorá navonok vedome či nevedome prejavuje len časť seba. Ak by sme sa dokázali spájať a byť v kontakte so sebou aj s inými nielen cez správanie, ale cez „to, čo nevidíme“, cez svoju/ich podstatu - parafrázujeme slová Virginie Satirovej - „svet by bol lepším miestom pre život pre všetkých ľudí na zemi“ (Virginia Satirová, 1994).

Kto je Virginia Satirová? (1916-1988)

Virginia Satirová je významná predstaviteľka humanistickej psychológie, známa tiež ako zakladateľka spoločnej rodinnej terapie.

O rodinu sa začala „zaujímať“ už v detstve - sama o sebe hovorila, že vždy bola zvedavá, čo sa okolo nej deje a že keď vyrastie, stane sa detektívom, ktorý sleduje rodičov na prianie detí V **Knihe o rodine (1994)** spomína: „Nevedela som presne, po čom budem pátrať, ale uvedomovala som si, že v rodinách sa deje veľa vecí, ktoré neboli viditeľné. Okolo mňa bolo veľa záhad, ktorým som nerozumela.“

Tento záujem o rodinu, o deti a rodičov zostal V. Satirovej po celý jej život. Už ako 19-ročná sa stala učiteľkou, krátko na to riaditeľkou, z tradičnej školy urobila školu progresívnu. Záležalo jej nielen na žiakoch, ale chcela spoznať aj ich rodičov, preto ich navštevovala u nich doma. Pozorovaním vzťahov v rodinách, využívajúc vlastné skúsenosti zo svojej primárnej rodiny, štúdiom (získala bakalára prírodných vied, magistra klinickej sociálnej práce, doktorát v odbore poradenstva) ale aj záujmom o mystiku, spiritualitu a psychoterapiu sa stále viac približovala k jedinečnej, svojskej terapeutickej práci s rodinami.

Jej oficiálny začiatok práce s rodinami bol r. 1951 a bolo to v internátnom centre prevýchovy delikventných dievčat v Dallase (Dallas Child Guidance Center). Od r. 1956 začala spolupracovať s psychiatrom Murray Bowenom, v r. 1959 založila spolu s Donom Jacksonom, Julesom Riskinom Inštitút mentálneho výskumu (Mental Research Institute, MRI) v Palo Alto v Kalifornii, kde vypracovala prvý známy oficiálny tréningový program rodinnej terapie a bola jeho riaditeľkou. Zároveň viedla supervíziu práce s rodinami. Tento inštitút aj v súčasnej dobe sa podieľa na vytváraní metodiky rodinných terapií v USA.

Je dôležité spomenúť, že začiatkom 60. rokov boli psychiatrickí pacienti liečení len medicínsky a liečba bola zameraná len na nich samotných. Satirová o tom hovorí: „Nemyslela som si, že je to dobré a intuitívne som cítila, že sú aj iné spôsoby. Pustila som sa do hľadania. ... Vyjadriť slovami, čo robím, som mohla až potom, keď som to urobila.“

(V. Satirová, Michelle Baldwinová, 2004). Satirová si uvedomovala, že vkročila do neznáma a že sa pohybuje v neprebádanom teréne. Svojím nekonvenčným prístupom pri práci s jednotlivcami, pármi ale hlavne s celými rodinami (dotyk, vyjadrovanie pocitov vrátane súcitenia, volanie po dôležitosti lásky a výživy ako po najdôležitejších liečivých aspektoch terapie) pritiahla k sebe mnoho nadšených profesionálov, no tiež aj kritikov. Jej terapeutické presvedčenia v súvislosti s rodinnou terapiou boli v tom čase hlavne klasickými psychiatrami vnímané ako nevedecké. Jej zvedavosť, prianie objavovať korene utrpenia a nerovnováhy u človeka, túžba prispieť k tomu, aby sa jednotlivec ale aj celé rodiny uzdravovali, boli silnejšie ako akékoľvek spochybňovanie jej prístupu. Naďalej vytrvalo študovala, pracovala s ľuďmi i celými komplikovanými rodinami, s ktorými už nikto nechcel pracovať, ktorých iní terapeuti podľa slov Satirovej „vyliali do kanála“ (J. Banmen, J. Gerber, M. Gonori, 2005), no svoje ďalšie úsilie zamerala viac na lektorovanie, než na prácu v inštitúciách **(www.abacon.com/Famtherapy/Virginia-Satir)**.

Satirová bola inovátorkou v praktickej rovine. Prednášala a viedla výcviky, semináre, supervízie na všetkých kontinentoch a stala sa tak svetoznámou. Postupne si získavala svojou múdrosťou, charizmou, vitalitou, tvorivým prístupom uznanie a obdiv odborníkov ale aj verejnosti a v súčasnosti je považovaná za „Kolumba rodinnej terapie.“ Menej úsilia vložila do zaznamenávania alebo dokonca vysvetľovania svojich teoretických východísk. Napísala síce niekoľko kníh na podnet laickej i odbornej verejnosti **(zoznam uverejnený na konci článku)**, no najväčšie bohatstvo zanechala na videonahrávkach svojich tréningových programov, rôznych seminárov, ako aj demonštrácií práce s rodinami.

V roku 1986 bola Virginia pozvaná do Rady starších, vybranej skupiny občanov sveta, ktorí sa stretli s laureátmi Nobelovej ceny mieru. V roku 1988 prijala miesto v Riadiacom výbore Medzinárodnej asociácie rodinnej terapie (International Family Therapy Association, IFTA) a bola menovaná do Poradného výboru Národnej rady pre sebaúctu (National Council for Self-esteem). V roku 1987 bola čestnou prezidentkou Prvého medzinárodného kongresu rodinnej terapie, ktorý sa konal v Prahe.

V. Satirová inšpirovala po celom svete mnohých poradcov a psychoterapeutov, ktorí ďalej rozvíjajú jej učenie a prístup pri práci s jednotlivcom, párom ale hlavne s celým rodinným systémom, ako aj so skupinou. Zomrela predčasne roku 1988 na rakovinu pankreasu.

Niektoré z presvedčení a princípov Transformačnej systemickej terapie V. Satirovej (TSTS)

Prv než spomenieme niektoré z presvedčení, na základe ktorých V. Satirová pracovala, stručne popíšeme, čo sú vlastne presvedčenia v jej ponímaní a aký význam majú ako východisko pri práci s človekom.

Veľmi zjednodušene povedané ide o zvyčajne neuvedomované rozumové nastavenia „pravdy“, ktorým bez akýchkoľvek pochybností veríme a na základe ktorých konáme. Vytvorili „sa“ automaticky v našej mysli na základe našich skúseností alebo sme ich prevzali od rodičov a ďalších blízkych ľudí. Napr. ak človek v detstve mal skúsenosť, že jeho matka zomrela na týfus, pretože žila v špinavom prostredí, mohol si nevedome vytvoriť presvedčenie, že „kvôli špine sa zomiera“ a podľa toho sa aj správať (môže byť prehnane čistotný, kontrolujúci, nedôverujúci k iným, atď.). A keď sa sám stane rodičom, bude aj od detí vyžadovať prehnanú čistotu, nedovolí im zjesť nič, čo im spadlo na zem,

atď., a to napriek tomu, že riziko smrti na týfus je minimálne. Je potrebné zdôrazniť, že rodič si vôbec nemusí uvedomovať, že jeho zameranie na čistotu vyplýva z jeho skúsenosti v minulosti, ktorá bola veľmi negatívna a traumatizujúca – veď kvôli infekcii zo špiny mu zomrela mama.

Iný príklad: Keď rodičia sú presvedčení, že „dieťa je v rodine najdôležitejšie“, budú sa k nemu podľa toho aj správať – dajú ho na pomyselný piedestál, vo všetkom mu vyhovejú. A pritom si vôbec neuvedomujú, že dieťaťu tým ubližujú, veď ho nechtiac učia, že oni sú menej ako ono. Dieťa sa zo skúsenosti s rodičmi, prípadne aj starými rodičmi veľmi rýchlo naučí, že je to úplne v poriadku, ak rozhoduje o iných a samozrejme čaká, že iní mu vyhovejú. Jeden z negatívnych dopadov je, že je zmätené v kontakte s ľuďmi, ktorí sa k nemu správajú inak, ako je zvyknuté vo svojej rodine a môže chcieť presadiť to, čo považuje za bežné, niekedy až agresívnym spôsobom.

Presvedčenia V. Satirovej súvisiace s témou nášho príspevku

Ľudské bytosti sú jedinečnými prejavmi tej istej univerzálnej životnej energie. Prostredníctvom tejto energie sa môžeme navzájom spojiť pozitívnym, akceptujúcim, milujúcim spôsobom.

V centre filozofie Virginie Satirovej je hlboká úcta k ľudskému životu a potenciálu každého človeka. Virginia to popisuje takto: „ Ľudská bytosť je zázrak, poklad a skutočný div. Môj prístup je založený na premise, že všetko, čo v každom momente manifestujeme, predstavuje to, čo sme sa naučili, vedome, implicitne, bunkovo. Naše správanie odráža to, čo sme sa naučili. Učenie sa je základom správania. Potrebujeme nové poznatky, aby sme mohli zmeniť správanie. Aby sme mohli získať nové poznatky, potrebujeme motív, cieľ, zdravé a výživné prostredie a dôveru v niečo mimo nás, čo nám pomôže.“ Satirová mala neoblomnú vieru v tzv. elan vital, vieru v životnú silu, energiu, vieru v spiritualitu, ktorej základným prejavom je rast. Pripomínala, že aj keď vieme, ako rast prebieha, nepoznáme jeho začiatok. Satirová verila, že stvorenie života pochádza od omnoho väčšej sily, než je tá ľudská – veď doposiaľ nikto nebol schopný vynájsť vajíčko alebo semeno, ktoré by bolo schopné reprodukcie – a že úspech nášho života závisí od vytvorenia a prijatia vzťahu s našou životnou silou. Satirová tiež verila, že máme spojenie s univerzálnou inteligenciou a múdrosťou prostredníctvom našej intuície a že z nej môžeme čerpať (**Joan E. Winterová, 2000)**.

Ľudské procesy sú univerzálne, všetky ľudské bytosti prežívajú samy seba cez konanie, myslenie, cítenie, očakávania, túžby a spirituálne spojenie. Preto k týmto ľudským procesom možno pristupovať a podporiť ich zmenu bez ohľadu na rôzne prostredie, kultúry a okolnosti.

Všetci ľudia na svete prichádzajú na svet tým istým spôsobom, majú v tele tie isté orgány, majú schopnosť komunikovať, myslieť, cítiť, tvoriť, ... túžia po láske mamy, po láske otca, jednoducho túžia byť milovaní. Ak niektorí prehlasujú, že „kašlú“ na mamu, na otca, dokonca, že ich nenávidia, môže to znamenať, že v živote prežili sklamanie a utrpenie súvisiace s rodičmi v takom rozsahu, že sú veľmi zranení a už neveria, že sú hodní lásky. Naďalej však majú v sebe túžbu po láske, uznaní, prijatí rodičmi, len ju ignorujú alebo popierajú – čiže si ju vôbec neuvedomujú.

Každý človek je hodnotnou ľudskou bytosťou. V ľudskej podstate je dobro. Vo svojom jadre sú ľudia prirodzene pozitívni.

Zvyčajne dieťa súdime podľa jeho správania. Ak je jeho správanie negatívne, jeho rodičia, učitelia aj iní ľudia, ktorí sú s ním v kontakte, majú tendenciu ho kritizovať, obviňovať, alebo sa stotožňovať s jeho správaním.

Pritom hodnota človeka je základným pilierom Satirovej prístupu k ľuďom. Každý človek sa narodí so svojou hodnotou, avšak to, ako s ňou zaobchádzame, ako si sami seba vážime, ctíme, to sa učíme od svojich rodičov. Satirová (V. Satirová, 1994) tvrdí, že dieťa si vytvorí obraz o sebe, o druhých aj o svete počas prvých piatich rokov svojho života.

Dieťa prichádza na svet so skúsenosťou z tela svojej matky, avšak predstavu o sebe a o iných ľuďoch (vrátane matky a otca) získava až na základe interakcie s nimi. Prijíma cez svoje zmysly všetko, čo k nemu prichádza od ľudí aj z okolitého sveta – vidí, počuje, dotýka sa, cíti, má skúsenosť, ako chutí mamine mlieko a tiež vníma reakcie iných na seba, má skúsenosť, ako sa o neho starajú, čo a ako mu hovoria a počuje aj napríklad čo jeho mama hovorí o jeho otcovi. Aj keď sa dieťa „vedome“ nezapája do rozhovoru, jeho zmysly prijímajú „informácie“ a ukladajú ich do podvedomia. Dieťa je v prvých mesiacoch intenzívne emočne spojené s matkou, takže zjednodušene povedané, cíti to, čo cíti matka. Veľmi zavčasu vie identifikovať, či sa na tvári mamy prejavuje smútok, zlosť alebo radosť, avšak vývinovo nie je ešte schopné rozlíšiť, či emócie jeho matky súvisia s ním alebo s niekým či niečím iným. Ak teda dieťa od narodenia, resp. od splodenia zažíva úctu, lásku, bezpečie, akceptáciu, vytvára si k sebe aj k druhým pozitívny vzťah, vzťah dôvery a blízkosti. Ak naopak od útleho detstva zažíva znevažovanie, spochybňovanie, útoky alebo ohrozovanie, je málo pravdepodobné, že si vytvorí pozitívny vzťah k sebe, k rodičom a k ostatným ľuďom. Na základe svojej veľmi negatívnej skúsenosti dieťa neuverí, že má hodnotu pre druhých a aj samé bude cítiť, že „niečo s ním nie je v poriadku“ – aj keď to nebude vedieť pomenovať. Bude vyrastať s presvedčením, že rodičom ani iným ľuďom na ňom nezáleží, a teda že nemá žiadnu hodnotu, že je „nikto“. A pritom tak ako každý iný človek, aj toto dieťa sa narodilo ako hodnotná ľudská bytosť, ako človek, ktorý je vo svojom jadre dobrý.

Všetci ľudia majú vnútorné zdroje, ktoré potrebujú pre svoj rast a pre zdravé fungovanie.

Dieťa sa narodí so schopnosťou vyvíjať sa, nikto ho neučí, ako sa má posadiť alebo ako a kedy urobiť prvý krok – jednoducho má v sebe zdroj, ktorý sa „automaticky“ stará o to, aby sa dieťa vyvíjalo od počatia a aby tento vývin pokračoval aj po narodení. Každý človek má zdroje nielen pre fyzický ale aj pre psychický rast, má zdroje na zvládnutie aj veľmi náročných životných situácií.

Dôležitou súčasťou psychoterapeutického procesu je objavovanie zdrojov aj v tom, čo sa navonok v správaní prejavuje jednoznačne negatívne – napríklad, ak niekto žije kvôli drogám na ulici, jeden z jeho zdrojov môže byť schopnosť každý deň nájsť spôsob, ako prežiť. Ak dieťa zaryto reaguje na oprávnené požiadavky rodičov „trucovaním“, môžeme v tom vidieť zdroj jeho sily, vytrvalosti.

Problémom nie je „problém“, problémom je jeho zvládanie.

Satirová zdôrazňovala, že pri práci s jednotlivcom či celou rodinou je dôležitejšie zamerať sa na to, ako sa klienti so svojím problémom vyrovnávajú, ako ho zvládajú, s akými pocitmi ho prežívajú, aké významy sebe, iným aj „problému“ pripisujú, teda zamerať sa na klientov namiesto zamerania sa len na problém a jeho riešenie. Ak niekto napríklad pije a chcel by prestať piť, môžeme s ním „riešiť jeho pitie“, avšak na to, aby sa

zmenil, je dôležitejšie, aby sme mu pomohli prepátrať dopad jeho pitia naňho a zvládanie tohto dopadu. Znamená to zamerať sa na jeho vnútro - aký má pocit zo seba keď pije, čo si o sebe myslí, keď robí niečo, čím sebe aj druhým ubližuje a za čo sa hanbí, atď. Teda pitie je vonkajším prejavom vnútorného „problému“ – alebo ináč povedané – to všetko vnútri človeka, teda pocity, myšlienky, presvedčenia, významy, očakávania, pravidlá, túžby, vzťah k sebe, ... a zaobchádzanie s týmito vnútornými obsahmi má dopad na to, akým veľkým „problémom“ je pre človeka jeho „problém“ – tomto prípade „pitie“. Pod zaobchádzaním sa myslí napr. vyhýbanie sa, popieranie, presúvanie svojej zodpovednosti na niečo alebo niekoho iného alebo prevzatie zodpovednosti za seba a teda za všetko v sebe, nielen za svoje správanie (pitie).

Symptóm je podvedomým riešením „problému“, aj keď vytvára dysfunkčné vzorce.

Je to výsledok pokusu človeka prežiť bolesť spojenú s tým, čo je preňho ťažké a čo nedokázal zmeniť priamym spôsobom napojením sa na svoje zdroje a potenciál. Často neúspech pri riešení problému stupňuje pocity viny alebo hanby z vlastnej bezmocnosti. Ak sa rodičia hádajú, dieťa sa automaticky snaží ukončiť ich hádky. Ak sa rodičia napriek plaču dieťaťa neprestanú hádať, dieťa sa dostáva do bludného kruhu. Prežíva stupňujúce sa napätie nielen z hádky rodičov, ale aj z vlastného vnútorného konfliktu - túži po rešpektovaní seba, túži po pokojnom láskyplnom vzťahu rodičov a zároveň je bezmocné dosiahnuť to - hádky rodičov pokračujú. Dieťa prežíva vždy nové a nové utrpenie, ak sa rodičia opäť rozhádajú a je konfrontované s vlastnou nemohúcnosťou - môže prežívať ďalšiu bolesť a často aj nenávisť k sebe, keďže nie je schopné niečo urobiť. V takých situáciách sa stáva, že dieťa buď fyzicky ochorie alebo sa začne uňho prejavovať zajakávanie, enuréza, záškoláctvo, sebapoškodzovanie a pod. Väčšinou rodičia začnú „problémy“ dieťaťa riešiť návštevou lekárov alebo iných odborníkov netušiac, že tieto „choroby“ či iné dysfunkčné prejavy dieťaťa môžu byť a často sú symptómami – sú akýmsi SOS - zúfalým volaním dieťaťa o pomoc, pokusom o „zastavenie“ negatívneho, pokusom, aby ho rodičia konečne zobrali na vedomie, aby rešpektovali jeho potreby a aby tu boli aj preňho. Nie vždy sa rodičom podarí identifikovať, že choroby či iné problémy dieťaťa (krádeže, zhoršený prospech, klamanie,...) sú pre nich signálom, aby oni urobili zmenu. Tu nastupuje terapeutická šanca, ak sa trpiaci človek stretne s kompetentným terapeutom. Aj keď človekom vnímaný problém je potrebné vypočuť a uznať, terapeutická zmena potrebuje pracovať s liečivými riešeniami životnej energie a túžob.

Terapia sa má sústrediť na zdravie a na možností namiesto problémov a patológie.

Samotné konštatovanie patológie (kradnutie, drogovanie, šikanovanie, atď.) a fixácia problémov nevytvára zmenu, naopak môže byť ďalším vŕšením oslabovania človeka. Preto je tak významný pozitívne orientovaný prístup a dobrá orientácia v dynamike vzniku patológie s preskúmaním, ktoré zdravé mechanizmy je potrebné vybudovať, uplatniť alebo kotviť. Ak príde rodič s dieťaťom napr. so sebapoškodzovaním, potrebujeme najskôr detailne preskúmať, ktoré zdravé funkčné reakcie u dieťaťa a v jeho okolí v danom prípade absentovali a ako znovu napojiť tých, ktorí sú na zmenu pripravení, na ich zdravý potenciál. Rodičia sú dôležitou súčasťou potenciálnej zmeny prežívania a správania dieťaťa. Ak rodičia absentujú, hľadáme iné dospelé dôležité osoby na podporu dieťaťa.

Životná energia je prirodzene pozitívne nasmerovaná a terapia sa má dotýkať prirodzeného procesu ľudského rastu v pozitívnom smere.

Stáva sa, že sa pri výchove či „prevýchove“ zameriavame na riešenie problémov, na negatívne správanie (bitky, krádeže, klamanie, drogovanie, atď.). Samozrejme, je nutné negatívne pomenovať, no ak chceme, aby sa človek zmenil, potrebujeme sa sústrediť aj na to, čo je zdravé, čo funguje, čo je zdrojom. Satirová verila, že aj v tom najnegatívnejšom správaní je pozitívny úmysel. Ak napríklad dieťa začne chodiť poza školu, čo pozitívne ho vedie k takémuto správaniu? Čo ak je to volanie o pomoc? Možno je šikanované alebo sa bojí niečoho iného a chce sa tomu vyhnúť a ochrániť sa, možno volá o pomoc.

Zmena je vždy možná. Aj keď je vonkajšia zmena obmedzená, vnútorná zmena je stále možná. Môžeme sa naučiť byť vedome zodpovední za svoje vnútorné obsahy a rozhodnúť sa, ako budeme ďalej žiť, aj keď sa vonkajšie okolnosti či ľudia nemôžu alebo nechcú zmeniť.

Niekedy sme presvedčení, že napr. človek, ktorý už napáchal veľa zlých skutkov, nie je schopný zmeniť sa. Mávneme nad ním rukou, v duchu, niekedy aj nahlas povieme: „ z toho už nikdy nič nebude, ... ten to má v génoch, škoda námahy ...“ Aj keď takýto človek nemá dobré rodinné zázemie, aj keď žil na ulici medzi ľuďmi, ktorí drogovali, v prístupe podľa V. Satirovej sme presvedčení, že aj takýto človek je schopný zmeniť sa.

Nemôžeme zmeniť minulé udalosti; môžeme len zmeniť dopad, aký minulé udalosti majú na nás až do súčasnosti. Ocenenie a prijatie minulosti zvyšuje našu schopnosť zvládať prítomnosť.

Je možné riešiť dopady z minulosti tak, aby sme v prítomnosti žili s väčšou pozitívnou energiou a boli oslobodení od starých zranení, hnevov, obáv a negatívnych správ. Ak napríklad niekto kradol a bol za to odsúdený, je to dokázateľná skutočnosť, fakt, ktorý nemôže zmeniť. Naopak, jeho minulosť mu pravdepodobne ovplyvní aj jeho budúcnosť (začlenenie sa do spoločnosti po návrate z väzenia, hľadanie práce, ...). Čo však môže zmeniť, je prežívanie tejto svojej minulosti, či sa k nej „hlási“, či prijíma, že aj táto časť života je jeho, či prijíma seba aj keď ublížil sebe a iným, či si dokáže odpustiť, či uverí, že aj v ňom je dobro a začne ho prejavovať voči sebe aj druhým, ...

Ľudia robia to najlepšie, čo v každom okamihu dokážu. Keby to dokázali lepšie, tak to urobia.

Aj keď ľudia urobili veľmi negatívne či deštruktívne veci, je to to najlepšie zvládanie, akého boli schopní v danej chvíli s vtedajšou úrovňou ich poznania a sebahodnoty. Je jednoduché ich obviniť za ich minulé zlyhania, ťažšie je pochopiť a akceptovať, že v tom čase konali v danom kontexte, s danou úrovňou ich schopností, vedomostí, pocitov ... Ak im pomôžeme prežívať ich pozitívne nasmerovanú životnú energiu a napojiť ich na ich potenciál, pomôže im to robiť nové voľby pre súčasnosť i budúcnosť.

Napr. dieťa sa poctivo doma pripravilo na písomku, viackrát si učivo zopakovalo, rodič ho preskúšal, dieťa vedelo, no napriek tomu na niektoré otázky v písomke nedokázalo odpovedať, aj keď vedelo, že sa to učilo. Mal by ho rodič kritizovať za výsledok?

City patria k nám, majú ich všetci ľudia.

Všetci sme schopní cítiť, no stáva sa, že sme od svojich pocitov „odpojení“. Zvyčajne sa to stáva vtedy, keď sa chceme chrániť pred nejakými negatívnymi pocitmi. V skutočnosti tie pocity sú v nás, avšak my ich necítime. („Ja nič necítim.“) Ak ich však chceme zmeniť, najprv ich potrebujeme pomenovať a privlastniť si ich – aj keď sú nám nepríjemné. Bez prihlásenia sa k nim nemôžeme sa naučiť ich riadiť, rozhodovať o nich. Našou úlohou je byť zodpovednými za všetky naše pocity. Naše pocity nie sú „zlé“. Každý pocit – aj keď ho prežívame negatívne, nám prináša nejaké pozitívne posolstvo o nás – napr. strach nás uchránil pred niečím, čo by sme možno neskôr ľutovali, hnev nám pomohol, že sme dokázali zastať sa seba, atď. Môžeme načúvať pozitívnej životnej správe zo svojich pocitov a dať si uznanie. Môžeme sa rozhodnúť transformovať pocity, ktoré vytvárajú negatívne energie, odpustiť si, pocítiť k sebe súcit, dojatie, lásku.

Ľudia často iných odsudzujú alebo spochybňujú, ak prežívajú negatívne pocity, napr. matka sa môže vysmievať synovi za to, že sa bojí, môže mu urobiť prednášku o tom, že nie je mysliteľné, aby sa hneval na ňu, brata, kamaráta... Stáva sa, že ľudia sa usilujú vedome „amputovať“ svoje pocity alebo odstrániť pocity iných: „keby som sa nebál ..., nesmieš smútiť, neraduj sa...“ Pritom pocity sú prejavom našej vrodenej schopnosti cítiť a umožňujú nám ľahšiu orientáciu vo svete. Ak by sme sa ich zriekli, zriekli by sme sa možnosti rozpoznať v sebe a druhých ľuďoch istú navigáciu, kedy sa cítiť príjemnejšie – kedy sa približujeme k niečomu, čo je pre nás priaznivé, želané alebo príjemné a kedy sa približujeme k niečomu ohrozujúcemu alebo sa od priaznivého vzďaľujeme a mali by sme sa o seba inak postarať. Napríklad ak dieťa je svedkom, že otec bije jeho matku, sú jeho negatívne pocity (napr. hnev, nenávisť, strach) zrejme prirodzenou odozvou na túto udalosť a ich prítomnosť je pre nás dôležitou informáciou o dieťati a jeho svete predtým, ako mu začneme pomáhať.

Použitie terapeutovho Ja je najväčším terapeutickým nástrojom, ktorý terapeut má na vytvorenie podmienok pre uľahčenie pozitívne smerovanej transformačnej zmeny.

Terapeuti, ktorí prežívajú svoju vlastnú pozitívne smerovanú životnú energiu, sú schopní poskytovať klientom terapeutické vzťahy založené na starostlivosti, prijatí a nových možnostiach. Terapeut často zažíva pozitívnu povahu klientovej životnej energie ešte skôr, než sám klient a spája sa s klientom na tejto úrovni. Terapeutovo Ja využíva terapeutov vnútorný proces – terapeut si má byť vedomý

1. ako naň druhý človek (klient) pôsobí
2. ako sám naňho reaguje (neverbálne i verbálne)
3. ako oba procesy využíva uzdravujúcim spôsobom v prospech klienta.

Satirová (in Hana Smitková a kol.,2014) hovorí: „Ak som presvedčená, že ľudské bytosti sú posvätné, potom, keď si budem všímať ich správanie, sa pokúsim pomôcť im žiť smerom k tejto posvätnosti. Ak som presvedčená, že ľudské bytosti sú veci, s ktorými možno manipulovať, potom budem rozvíjať spôsoby, ako s nimi manipulovať. Ak som presvedčená, že pacienti sú obete, potom sa ich budem snažiť zachraňovať. Inými slovami, *medzi tým, o čom som presvedčená, a tým, ako konám, je silná závislosť*. Čím viac som v kontakte so svojím presvedčením a čím lepšie ho poznám, tým skôr si môžem dať povolenie rozhodovať sa, ako tieto presvedčenia využiť.“ Preto podstata Ja

poradcu/terapeuta je základným faktorom v terapeutickom procese s jeho pozitívnou hodnotou pre pacienta.

Kontakt a terapeutický vzťah s klientom dovoľuje terapeutovi vytvoriť pre klienta bezpečný priestor s cieľom umožniť mu, aby si „doplnil“ bezpečným a pozitívne orientovaným spôsobom doteraz chýbajúce medziľudské skúsenosti zamerané v jeho prospech. Je nepochybné, že na to, aby dokázal terapeut pri sprevádzaní klienta využívať seba kompetentne, kongruentne, eticky a so sebadôverou, potrebuje prejsť dlhšou odbornou prípravou, terapeutickým výcvikom, a supervíznym procesom.

Nádej je významným komponentom alebo ingredienciou pre uskutočnenie zmeny.

Keď terapeut zažíva pozitívny charakter klientovho skutočného Ja, nádej sa stáva hmatateľným aspektom terapeutického procesu a vedie tak k zmene.

Satirová bola inšpirujúcou učiteľkou pre mnohých terapeutov. Verila, že ľudia sú schopní dosahovať pozitívne zmeny oveľa skôr, než tomu začali veriť oni sami. Nádej terapeuta je podmienkou na plánovanie a iniciovanie prvých pozitívnych zmien. Ak príde matka plná strachu, že jej dieťa nezvláda školské povinnosti a že sa učitelia naň sústavne sťažujú, terapeut objavuje všetky nádejné pozitívne stránky a zdroje dieťaťa a u matky, ako aj univerzálne zdroje vo vzťahu matky a dieťaťa, aby podporil navodenie potrebnej zmeny.

Záver

Vďaka tvorivosti V. Satirovej využívame pri diagnostike a terapeutickej práci s klientom s problémami v správaní aj ďalšie zaujímavé postupy a nástroje (napr. ľadovec - kaleidoskop, rodinné mapy, sochanie, pozície v strese, ai.). Vzhľadom na rozsah a zámer tohto príspevku sme sa však sústredili len na niektoré presvedčenia Virginie Satirovej, keďže predstavujú dôležité kognitívne východiská pre terapeutický proces a sú dôležitou iniciálnou výbavou každého terapeuta. Ich uplatnenie môže prispievať k efektivite práce s klientom.

Náš príspevok končíme presvedčením, že neexistujú „ťažkí“ klienti, „problémoví“ žiaci či „nezvládnuteľné“ deti v diagnostických centrách , existujú len nepripravení či „zaseknutí“ terapeuti, učitelia, vychovávatelia ... Roky našej terapeutickej praxe sa presviedčame, že každý klient nám prináša množstvo podnetov, záhad, inšpirácií. Máme rady tých „ťažkých“, lebo práve vďaka nim objavujeme, v čom sa ešte môžeme zdokonaliť, vylepšiť. Máme nádej, že aspoň niektorí, čo budete čítať náš príspevok, sa k nám pridáte.

Ombudsman a ochrana práv detí

Henrieta Antalová

Abstrakt

Autorka v príspevku predstavuje úlohu ombudsmana - verejného ochrancu práv v Slovenskej republike v systéme ochrany práv detí, vrátane detí s poruchami správania. Na základe praktických skúseností pri ochrane práv dieťaťa sa zameriava na potrebu participácie detí na ochrane ich práv. Upozorňuje na potrebu dodržiavania medzinárodných záväzkov Slovenskej republiky vyplývajúcich z Dohovoru o právach dieťaťa a jeho opčných protokolov, vrátane povinnosti zriadiť osobitný inštitút monitorovania implementácie tohto dohovoru - ochrancu práv detí. Podporuje aj ratifikáciu Opčného protokolu k Dohovoru proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu vo vzťahu k ochrane práv detí obmedzených na slobode.

Kľúčové slová: práva dieťaťa, verejný ochranca práv, detský ombudsman, komisár pre deti

Úvod

Svoj príspevok si dovolím začať slovami dieťaťa, Dustina z Diagnostického centra pre mládež zo Záhorskej Bystrice, ktoré predniesol na konferencii „Práva detí očami detí", organizovanej verejným ochrancom práv a jeho kanceláriou pri príležitosti 20. výročia prijatia Dohovoru o právach dieťaťa: „Berte ohľad na to čo deti rozprávajú, nie vždy sú to hlúposti." Dustin vo svojom príspevku pred deťmi, ktoré boli hlavnými rečníkmi na tejto konferencii, ale aj pred ministrom školstva a poslancami Národnej rady Slovenskej republiky i Európskeho parlamentu poukázal na problémy s otcom, ktorý, ako Dustin uviedol: „ma dal do diagnostického centra pre mládež, kde som sa naučil ako neodvrávať dospelým a priznať si chyby. Ale problém nie je len vo mne." (Kancelária verejného ochrancu práv, 2010, Zborník z detskej konferencie, s. 31-33).

V nadväznosti na uvedené vo svojom príspevku chcem osobitne zdôrazniť potrebu participácie samotných detí na ochrane ich práv a nevyhnutnosť plnenia medzinárodných záväzkov Slovenskej republiky v oblasti ochrany práv dieťaťa. V tejto súvislosti sa zmeriavam na ochranu práv detí, vrátane detí s poruchami správania, novými orgánmi ochrany práv, ktorým je verejný ochranca práv a v blízkej dobe bude aj komisár pre deti.

Verejný ochranca práva a práva detí

Na verejného ochrancu práv má právo obrátiť sa každý, kto sa domnieva, že pri konaní, rozhodovaní alebo nečinnosti orgánov verejnej správy boli porušené základné práva a slobody v rozpore s právnym poriadkom alebo princípmi demokratického a právneho štátu (§ 11 ods. 1 zákona č. 564/2001 Z. z.). Aj deti tak majú možnosť už viac ako 13 rokov obracať sa na slovenského ombudsmana. Pôsobnosť verejného ochrancu práv sa vzťahuje na základné práva a slobody (čl. 151a ods. 1 ústavného zákona č. 460/1992 Zb.) tak, ako ich zaručuje ústava a medzinárodné dohovory, vrátane Dohovoru o ochrane práv dieťaťa (Oznámenie Federálneho ministerstva zahraničných vecí č. 104/1991 Zb.).

Ochrana práva detí, osobitne zaručených Dohovorom o právach dieťaťa, patrila od začiatku činnosti verejného ochrancu práv v Slovenskej republike medzi jeho prioritné činnosti. Osobitne sa zameral aj na ochranu práv detí z detských domovov, reedukačných domovov, diagnostických centier a liečebno-výchovných sanatórií. Riešil problémy detí zo všetkých oblastí verejnej správy, medzi nimi aj problémy detí so zdravotným postihnutím (viac Kancelária verejného ochrancu práv, 2003-2015, Správy o činnosti, najmä nesprávne konanie úradov práce, sociálnych vecí a rodiny) či nesprávny postup pri individuálnej integrácii žiaka v rozpore s ústavou, Protokolom k Dohovoru o ochrane ľudských práva základných slobôd i Dohovorom o právach dieťaťa (viac Kancelária verejného ochrancu práv, 2008, Správa o činnosti, s. 44-46). Aktuálne sú problémy detí so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami i detí zo sociálne znevýhodneného prostredia (viac Kancelária verejného ochrancu práv, 2015, Správa o činnosti, s. 51-54). Možnosť obrátiť sa na tento inštitút využili aj deti, ktoré upozornili na psychický nátlak i používanie telesných trestov v reedukačnom domove (viac Kancelária verejného ochrancu práv, 2015, Správa o činnosti, s. 55).

Verejný ochranca práv bol od počiatku svojej činnosti pripravený verejne zastupovať práva a záujmy detí v širšom kontexte, ako mu to umožňuje právna úprava. V roku 2005 preto predložil návrh na zmenu a doplnenie Ústavy Slovenskej republiky (čl. 151a ústavného zákona č. 460/1992 Zb.) i zákona o verejnom ochrancovi práv (zákon č. 564/2001 Z. z.) aj v oblasti rozšírenia jeho pôsobnosti pri ochrane a uplatňovaní práv detí.

Vo svojich perspektívach na druhé funkčné obdobie v roku 2007 verejný ochranca práv odporúčal ratifikáciu Opčného protokolu k Dohovoru proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu (OPCAT) a ponúkol Národnej rade Slovenskej republike, aby sa po jeho ratifikácii stal obligatórnym národným preventívnym mechanizmom podľa tohto protokolu. Pripomínam, že OPCAT, prijatý Valným zhromaždením OSN v decembri 2002, nebol Slovenskou republikou ratifikovaný dodnes. Pre ilustráciu uvádzam, že v Českej republike verejný ochranca práv plní túto úlohu už od roku 2006. Český verejný ochranca práv na základe toho aj v detských domovoch, v diagnostických ústavoch, v strediskách výchovnej starostlivosti, v zariadeniach, v ktorých deti vykonávajú ústavnú a ochrannú výchovu, zistil viacerí nedostatky, medzi nimi aj tzv. systémové násilie (viac Kancelář veřejného ochránce práv, Česká republika, 2013, Zpráva ze systematických návštev, s. 35).

V tejto súvislosti zdôrazňujem, že podľa článku 25 Dohovoru o právach dieťaťa štáty, ktoré sú zmluvnými stranami tohto dohovoru, uznávajú právo dieťaťa umiestneného do náhradného zariadenia za účelom starostlivosti, ochrany alebo liečenia jeho telesného alebo duševného zdravia, na pravidelné hodnotenie zaobchádzania s dieťaťom a všetkých ďalších okolností spojených s jeho umiestnením. Preto dieťa, ktoré štát umiestni do náhradného zariadenia z dôvodu starostlivosti, ochrany alebo liečenia, má právo na pravidelnú kontrolu zaobchádzania s ním. Osobitne tiež pripomínam článok 3 ods. 1 Dohovoru o právach dieťaťa, podľa ktorého záujem dieťaťa musí byť prvoradým hľadiskom pri akýchkoľvek postupoch týkajúcich sa detí, či už vykonávaných súkromnými zariadeniami sociálnej starostlivosti, súdmi, správnymi alebo zákonodarnými orgánmi.

Detský ombudsman - participácia detí na ochrane ich práv

Pri slovnom spojení „detský ombudsman“ si prioritne predstavím dieťa. Detskými ombudsmanmi boli priamo deti zo škôl, detského i reedukačného domova zapojené do

Projektu vytvorenia siete detských spolupracovníkov verejného ochrancu práv od roku 2008. Odvtedy sme v Kancelárii verejného ochrancu práv intenzívne spolupracovali so svojimi detskými spolupracovníkmi pri ochrane ich práv spolu s našimi spolupracovníkmi, psychológom, psychiatrom, zástupcami štátnych aj mimovládnych organizácii. Pre potreby detí sme k ich sviatku 1. júna 2009 vytvorili aj webový portál www.detskyombudsman.sk, ktorý deti dodnes využívajú na anonymné riešenie svojich problémov v rodine, v škole, v spoločnosti a v štáte. Ako pridružený člen Európskej siete detských ombudsmanov (ENOC, od roku 2008) sme našich detských ombudsmanov zapojili aj do elektronickej siete mladých ombudsmanských spolupracovníkov činných v rôznych európskych krajinách (ENYA, od apríla 2010).

Realizáciou Projektu detských ombudsmanov sa Kancelárii verejného ochrancu práv podarilo zintenzívniť aktivity samotných detí pri ochrane ich práv a práv ich rovesníkov, a tým reálne uplatňovať právo dieťaťa vyjadriť sa k veciam, ktoré sa ho týkajú. V tejto súvislosti pripomínam, že podľa článku 12 ods. 1 Dohovoru o právach dieťaťa štáty, ktoré sú zmluvnými stranami tohto dohovoru, musia zabezpečiť dieťaťu, ktoré je schopné formulovať svoje vlastné názory, právo slobodne sa vyjadrovať o všetkých záležitostiach, ktoré sa ho týkajú, pričom sa názorom detí musí venovať primeraná pozornosť zodpovedajúca ich veku a úrovni.

Komisár pre deti

Dodržiavanie jednotlivých článkov Dohovoru OSN o právach dieťaťa je podporené mechanizmom medzinárodnej kontroly Výborom OSN pre práva dieťaťa. Slovensko od Výboru OSN pre práva dieťaťa už v roku 2000 dostalo odporúčanie vytvoriť nezávislú inštitúciu s mandátom pravidelného monitorovania a hodnotenia pokroku pri implementácii Dohovoru o právach dieťaťa, ktorá by bola oprávnená prijímať a adresovať sťažnosti o porušení práv dieťaťa. Výbor OSN v roku 2007 Slovensku odporúčal, aby ako zmluvná strana dohovoru urýchlila vytvorenie nezávislého mechanizmu s mandátom prijímať a preskúmavať sťažnosti od detí alebo v ich mene o porušeniach ich práv, fungujúceho v koordinácii s ostatnými relevantnými orgánmi na monitorovanie implementácie Dohovoru o právach dieťaťa (viac na http://www.ohchr/org/).

Potreba chýbajúceho nezávislého mechanizmu monitorovania implementácie Dohovoru o právach dieťaťa bola ešte viac zdôraznená po ratifikácii Tretieho opčného protokolu k Dohovoru OSN o právach dieťaťa o procedúre oznámení Slovenskou republikou, ktorý sa pre ňu stal platným v apríli 2014 (Oznámenie Ministerstva zahraničných vecí a európskych záležitostí Slovenskej republiky č. 91/2014 Z. z.).

K inštitucionalizácii nezávislej ochrany práv detí na Slovensku došlo až v roku 2015. Odo dňa 1. septembra 2015 je v Slovenskej republike účinný nový zákon o komisárovi pre deti a komisárovi pre osoby so zdravotným postihnutím (zákon č. 176/2015 Z. z.), na základe ktorého bude Národná rada Slovenskej republiky v krátkej dobe voliť aj prvého komisára pre deti, a to na návrh reprezentatívnych mimovládnych organizácii. Komisár pre deti, zvolený prvýkrát po nadobudnutí účinnosti zákona, začne vykonávať svoju pôsobnosť najneskôr do šiestich mesiacov odo dňa zvolenia (§ 30 ods. 2 zákona č. 176/2015 Z. z.). Verím však, že deti na Slovensku nebudú čakať na posilnenie ochrany ich práv ďalšie mesiace. Za osobitne dôležité považujem, aby vznikla ľudsky otvorená inštitúcia pre všetky deti na našom území.

Predmetná zákonná úprava vytvorila podľa jej dôvodovej správy (dostupná na http://www.nrsr.sk/) podmienky na nezávislé pôsobenie komisára pre deti oddelene od iných orgánov pôsobiacich v oblasti ochrany ľudských práv a základných slobôd, teda aj od verejného ochrancu práv. Spolupráca všetkých orgánov pôsobiacich v oblasti ochrany práv detí je však veľmi potrebná.

Pôsobnosť komisára pre deti je upravená tak, aby svojou činnosťou špeciálne podporoval detské práva a záujmy s cieľom pokryť všetky formy ochrany práv detí, a čo je mimoriadne dôležité, aj s aktívnou účasťou samotných detí. Medzi jeho zákonom ustanovené kompetencie (§ 4 ods. 1 zákona č. 176/2015 Z. z.), a to nad rámec pôsobnosti verejného ochrancu práv, patrí aj monitorovanie dodržiavania práv detí, uskutočňovanie výskumov a prieskumov na sledovanie stavu a vývoja v oblasti práv detí, presadzovanie záujmov detí v spoločnosti a zvyšovať povedomie o právach dieťaťa.

Za potrebné považujem tiež uviesť, že právna úprava komisára pre deti má aj nedostatky, osobitne v oblasti jeho účasti na tvorbe legislatívy či tvorbe verejných politík v oblasti ochrany práv detí, tak ako je tomu v zahraničí.

Záver

Napriek tomu, že verejný ochranca práv už roky plnil medzinárodné záväzky v prospech ochrany práv detí na území Slovenska a po prijatí navrhovaného rozšírenia jeho pôsobnosti mohol plniť aj vo väčšej miere, vítam novú právnu úpravu komisára pre deti a verím v jeho skoré zvolenie a vykonávanie činnosť v prospech detí, a to bez politického vplyvu.

Ochrancu svojich práv deti, ktoré majú iné potreby ako dospelí, potrebujú. Ich práva sú často obmedzené a deti sú závislé na dospelých. Právna úprava špeciálne pre oblasť ochrany práv detí nie je rozsiahla. Pritom deti sú mimoriadne zraniteľné a sú častými obeťami nežiaduceho i protizákonného konania. Oponenti ochrancu práv detí u nás aj v zahraničí sa najviac obávajú najmä ohrozenia postavenie rodičov zo strany štátu. Pôsobnosť slovenského komisára pre deti sa však na fyzické osoby, s výnimkou fyzických osôb - podnikateľov, nevzťahuje.

Opätovne odporúčam ratifikáciu Opčného protokolu k Dohovoru proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu a ustanovenie národného preventívneho mechanizmu, ktorým by bol verejný ochranca práv s príslušným odborným personálnym posilnením, a ktorý by tak mal jasné zákonné zmocnenie na systémovú odbornú činnosť aj v prospech ochrany práv detí obmedzených na slobode v zariadeniach pre deti.

Úplne na záver svojho príspevku si dovolím zdôrazniť, že špecifickou úlohou ochrancov - ombudsmanov či komisárov pre deti pri realizácii práva dieťaťa je vypočutie názorov a participácia samotných detí pri zlepšovaní ich postavenia v spoločnosti v súlade s Dohovorom o právach dieťaťa.

Svoj príspevok si dovolím ukončiť slovami externého spolupracovníka a dodnes nadšeného propagátora Projektu detským ombudsmanov Kancelárie verejného ochrancu práv Igora Škodáčka (prednostu Kliniky detskej psychiatrie, DFNsP, Bratislava), ktorý na spomínanej detskej konferencii okrem iného povedal: „K duševnému zdraviu patrí nevyhnutne rešpektovanie názorov detí pri ich slobodnom vyjadrovaní. Neustále sa musíme boriť s ľahostajnosťou vrstovníkov, dospelých, politikov, ktorí často neberú

názory a city detí vážne. Zreteľne to vidieť aj škrtaní finančných prostriedkov pre projekty nedospelých. Každá spoločnosť ide proti sebe. Preto aj štát musí plne rešpektovať práva všetkých detí ako zdravých, tak postihnutých a chorých.“ (Kancelária verejného ochrancu práv, 2010, Zborník z detskej konferencie, s. 69-70).

Literatúra

Kancelář veřejného ochránce práv, Česká republika, 2013, Zpráva ze systematických návštev - Diagnostické ústavy, s. 35, dostupné na: http://ochrance.cz/

Kancelária verejného ochrancu práv, 2003-2015, Správy o činnosti, dostupné na: http://www.vop.gov.sk/

Kancelária verejného ochrancu práv, 2010, Zborník z detskej konferencie, s. 31-33, s. 69-70

Oznámenie Federálneho ministerstva zahraničných vecí č. 104/1991 Zb. Dohovor o právach dieťaťa, čl. 3 ods. 1, čl. 12 ods. 1, čl. 25

Oznámenie Ministerstva zahraničných vecí a európskych záležitostí Slovenskej republiky č. 91/2014 Z. z. Opčný protokol k Dohovoru o právach dieťaťa o procedúre oznámení

Ústavný zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov, čl. 151a

Zákon č. 176/2015 Z. z. o komisárovi pre deti a komisárovi pre osoby so zdravotným postihnutím a o zmene a doplnení niektorých zákonov, § 4 ods. 1, § 30 ods. 2

Zákon č. 564/2001 Z. z. o verejnom ochrancovi práv v znení neskorších predpisov, § 11 ods. 1

http://www.crin.org/en/enoc/

http://www.detskyombudsman.sk/

http://www.nrsr.sk/).

http://www.ohchr/org/).

Adresa autora

JUDr. Henrieta Antalová

externá doktorandka

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika

Fakulta verejnej správy

Popradská 66, 041 32 Košice

henrieta.antalova@gmail.com

(autorka 10 rokov pracovala v Kancelárii verejného ochrancu práv, kde sa stala aj autorkou a garantkou Projektu vytvorenia siete detských spolupracovníkov verejného ochrancu práv - detských ombudsmanov, dnes pracuje v rezorte školstva)

Poznámky

Poznámky

Križovatky VII.

Prevýchova – trendy a inšpirácie

Recenzovaný zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie

Spoluorganizátori: Diagnostické centrum Záhorská Bystrica, FICE

Recenzenti: prof. PhDr. Eva Gajdošová, PhD., prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Editori: PhDr. Viera Hudečková, PhD., PhDr. et Mgr. Pavel Bryndzák, PhD.

Vydal: Mgr. Tomáš Cehlár, tomas.cehlar@gmail.com

Náklad: 50 ks

Rok vydania: 2016

ISBN 978-80-972188-1-2

Príspevky neprešli jazykovou úpravou.

9 788097 218812