UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Děti a mládež se specifickými výchovnými potřebami

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. Zdeněk Dragoun

Vypracoval:
Markéta Pažoutová

Brno 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Děti a mládež se specifickými výchovnými potřebami zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.
Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Praze dne 6. dubna 2011 Podpis …….

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Zdeňku Dragounovi za trpělivost, laskavost a slova povzbuzení, za pomoc a cenné rady.

Za důvěru a ochotu podělit se o velmi osobní až intimní podrobnosti ze svého života a za svolení k použití informací o jejich životě v této práci, za trpělivost, vyprávění a odpovědi na všetečné dotazy patří moje poděkování Igorovi, Janovi, Ondřejovi, Aleně, Martě i Ninovi. Jmenují se jinak, ale ti, kterým toto poděkování patří, budou vědět, že řeč je o nich. Díky nim jsem měla z čeho čerpat.

Markéta Pažoutová

OBSAH

Úvod **2**

1. Vymezení základních pojmů **5**

1.1. Děti a mládež 5
1.2. Rodina – primární sociální skupina 7
1.3. Výchovné problémy a jejich příčiny 9
1.3.1. Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), opoziční porucha 11
1.3.2. Deprivace a nepříznivé rodinné prostředí 14
1.3.3. Domácí násilí, týrání, zneužívání 16
1.3.4. Závislost – alkohol, drogy, gamblerství 19
1.3.5. Šikana 21
1.3.6. Odolné děti 23
1.4. Dílčí závěr 25

2. Kazuistiky **26**

2.1. Igor 26
2.2. Jan 29
2.3. Ondřej 32
2.4. Alena 35
2.5. Josef 38
2.6. Marta 41
2.7. Nino 44
2.8. Srovnání, dílčí závěr 47

3. Podpora institucí **50**

3.1. Řešení výchovných problémů s pomocí psychologa, farmakologická podpora 50
3.2. Role orgánu sociálně-právní ochrany dětí 52
3.3. Náhradní rodinná péče, ústavní péče 54
3.4. Neziskové organizace 57
3.5. Dílčí závěr 60

Závěr **61**

Resumé **63**

Anotace **64**

Seznam použité literatury **65**

ÚVOD

Jsou děti, které mají štěstí. Nepřinášejí si s sebou na svět žádný handicap. Vyrůstají v harmonickém prostředí v kompletní rodině s pocitem jistoty a stability. Jiné však takové štěstí nemají. Jsou to děti s poruchami pozornosti, s poruchami chování, bez rodiny nebo s nepříznivým rodinným prostředím. Některé se musí vyrovnat s domácím násilím, závislostí rodičů, špatnou sociální situací rodiny. V neposlední řadě jsou to i děti s tělesným, mentálním nebo smyslovým postižením a děti s psychickým onemocněním.

Všechny tyto děti potřebují specifickou péči. Potřebují individuální přístup rodičů, pěstounů, vychovatelů, učitelů. Často je zapotřebí intervence lékařů, pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí, podpory neziskových organizací.

Pro velkou šíři tohoto problému jsem se rozhodla věnovat pouze problematice dětí s poruchami pozornosti, se specifickými poruchami chování a s výchovnými problémy v souvislosti s neuspokojivým nebo přímo patologickým rodinným prostředím.

Jak se takové děti se svým vkladem do života vyrovnávají? Co má rozhodující vliv na jejich osobnost? Je to dědičnost a nebo vliv výchovy a prostředí, co jejich osobnost utváří? Proč některé z dětí, vystavené šikaně, týrání či zneužívání se se svým handicapem v rámci možností vyrovnají a jiné ne? Co způsobuje, že některé děti s poruchami pozornosti a poruchami chování se časem začlení do normálního života a jiné žijí na okraji společnosti?

Co mohou udělat lidé, kteří se s takovým dítětem setkají? Jaké mohou být důsledky lidské lhostejnosti a nezájmu, případně neprofesionálního jednání lékařů, učitelů a sociálních pracovníků? Mnohdy stačí zdánlivě málo a jindy ani největší úsilí rodičů a odborníků nepřinese kýžené ovoce. Je možné jim pomoci tak, aby jejich život byl kvalitní a aby tyto děti nebyly pro společnost jen zátěží, ale i přínosem?

Těmito otázkami se zabývají psychologové, pedagogové a sociální pracovníci a cílem této práce není a ani nemůže být zcela a beze zbytku na ně odpovědět. Moje bakalářská práce si klade za cíl upozornit na tento problém, a nastínit možná řešení. V odborné literatuře jsou mnohá řešení uvedena a často jsou i zakotvena v právních předpisech. Jsou však mnohdy obtížně realizovatelná z důvodu nedostatku finančních prostředků a kvalifikovaných lidí. Alespoň mě k tomuto závěru dovedly rozhovory

s pedagogy ve specializovaném školském zařízení, s pracovníky v diagnostickém ústavu a ve výchovných ústavech.

K napsání této práce mě přivedli spolužáci mého syna a problémy, se kterými jsem se setkala. Toto téma jsem si zvolila možná právě kvůli všem těmto lidem, o kterých zde píši. Někteří z nich mě inspirují svými životními postoji a mají můj hluboký obdiv za to, jak se se svými životními traumaty vyrovnali. Rovněž mě inspirovali všichni ti, kteří jim na této cestě pomohli, ať už povzbuzením a psychickou oporou a nebo faktickou pomocí při hledání vhodných školských, výchovných či léčebných zařízení, kontaktem na odborníka, svým profesionálním a lidským přístupem, svými znalostmi, ochotou a obětavostí. A ti, kteří pomáhají všem těm, kteří to potřebují.

V první části, směrované teoreticky, jsem považovala za důležité vymezit základní pojmy a specifikovat některé příčiny výchovných problémů.

Ve druhé části, zaměřené spíše na praxi, jsem v kazuistikách přiblížila osudy několika dnes již většinou dospělých lidí. U některých z nich byla diagnostikována porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. Životy některých z nich až tragicky ovlivnili jejich nejbližší.

Jména lidí, uvedených v kazuistikách a některé jiné údaje, jsou kvůli ochraně soukromí zúčastněných osob na jejich přání pozměněny.

V závěru této části se pokusím zhodnotit, co mají tito lidé společného a v čem se liší, co jejich život ovlivnilo pozitivně a co negativně, a který z těchto vlivů byl zřejmě rozhodující.

V poslední části jsem se věnovala možnostem pomoci a podpory, a významu rolí jednotlivých institucí při zvládání obtížně zvládnutelných výchovných situací a náročných životních situací vůbec.

Ve své práci jsem čerpala z odborné literatury a zákonů, týkajících se této problematiky. Použila jsem metodu obsahové analýzy dostupných materiálů a metodu volných nestrukturovaných rozhovorů s učiteli speciální základní školy pro děti se specifickými vývojovými poruchami chování, s dětmi i jejich rodiči. Dále jsem čerpala z rozhovorů s pedagogickými pracovníky a sociálními pracovníky z diagnostického ústavu a dvou výchovných ústavů. Ke studiu pro účely napsání této práce jsem rovněž použila některé webové stránky na internetu, například webové stránky Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a interní intranetové stránky Ministerstva vnitra. Za stěžejní část této práce považuji kazuistiky, které jsem napsala

na základě rozhovorů s osobami, kterých se kazuistiky dotýkají, případně s jejich rodiči nebo sourozenci. Jako člověk, který nepracuje v oboru, který se této tématiky přímo dotýká, jsem měla relativně omezené možnosti v přístupu k podobně postiženým lidem a informacím. Proto je i výběr kazuistik poměrně úzký a omezený. Nicméně se domnívám, že alespoň částečně charakterizují problematiku, které se v této práci věnuji, a to problematiku dětí s poruchami chování, s poruchami pozornosti a hyperaktivitou a dětí, jejichž život a vývoj jejich osobnosti ovlivnilo sociální znevýhodnění v podobě deprivace nedostatkem lásky a péče, znevýhodnění v podobě závislosti rodičů, hmotné nouze, týrání, domácího násilí a zneužívání. Alespoň částečně mi umožnil srovnání vlivů biologicky daných a vlivů rodiny a prostředí, ve kterém tyto děti vyrůstaly.

Rozsah této práce mi neumožnil věnovat se problematice dětí, které by si to rovněž zasloužily, a to dětí s mentálním, smyslovým nebo fyzickým handicapem. Dále nebylo možné podrobněji zpracovat všechny možné příčiny výchovných problémů a všechny možné projevy hyperaktivity a poruch chování, které jsou velmi různorodé v závislosti na osobnosti, stáří a pohlaví dítěte a na prostředí, ve kterém se nachází. Rovněž ostatní příčiny výchovných problémů bývají složitější a hlubší a beze zbytku je rozkrýt je často téměř nemožné i pro vysoce kvalifikovaného odborníka. Z tohoto důvodu možná na konci této práce bude mnohem více otázek, než odpovědí.

1. Vymezení základních pojmů

1.1 Děti a mládež, vývoj osobnosti

Zákon č. 359/1999 Sb. ze dne 9. prosince 1999 o sociálně-právní ochraně dětí definuje dítě v § 2 odst. 1 jako nezletilou osobu. Když jsem si vzala na pomoc Psychologický slovník Pavla Hartla a Heleny Hartlové, definují dítě jako lidského jedince v období od narození do 15 let. Mládež – nebo také mladistvý, je potom jedinec ve věku od 15 do 18 let.

Úmluva o právech dítěte v článku 1 definuje dítě jako každou lidskou bytost mladší osmnácti let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve.

V Úmluvě o právech dítěte je dále uvedeno, že má dětství nárok na zvláštní péči a pomoc a že každé dítě má přirozené právo na život. Ne vždy se však dětem této ochrany a pomoci dostává. Jen v nedávné době proběhly médii zprávy o dívce, kterou donutila matka vypít nemrznoucí směs do auta a o chlapci, kterého rodiče týrali hladem a nutili ho běhat s připínáčky přilepenými na patách hroty vzhůru. Chlapec v tomto případu byl právě z mnou popisované ohrožené skupiny dětí. Byl hyperaktivní a rodiče toto otřesné týrání zdůvodňovali snahou chlapce zklidnit.

Pro harmonický rozvoj osobnosti každého dítěte je potřeba, aby vyrůstalo v rodinném prostředí, v atmosféře štěstí, lásky a porozumění. Na vývoj osobnosti ale mají rovněž vliv nejrůznější nemoci a úrazy a genetické dispozice. Různé vlivy a proměny nitroděložního prostředí, porodní a poporodní okolnosti, vliv prostředí, rodinné poměry, sourozenecké konstelace, počet sourozenců a jejich věk, věk rodičů, styl výchovy, sociální situace rodiny a jiné.

Počátek vývoje lidské osobnosti můžeme vysledovat v době, kdy se u dítěte začíná objevovat sebeuvědomování, neboli jáství. Toto období obvykle začíná kolem třetího až čtvrtého roku života. Projevy některých rysů osobnosti, zejména temperamentových, však lze vypozorovat mnohem dříve. Jsou patrné už u velmi malých dětí – u novorozenců. Každé dítě je jinak pohyblivé a převažuje u něj jiná nálada.

Pevně je osobnost člověka vybudována až v rané dospělosti, což má neurobiologický podklad. Je to v době, kdy „vyzrají“ funkční systémy čelních mozkových laloků. Zejména jejich nejpřednější části, kterým se říká „prefrontální“.

Celosvětově uznávaná a rozšířená definice lidské osobnosti říká, že ***„rysy osobnosti jsou trvalé způsoby jimiž jedinec vnímá, přemýšlí a vztahuje se jak k okolí, tak k sobě samému, přičemž tyto způsoby vnímání, přemýšlení a vztahování jsou zřejmé v širokém rozsahu významných osobních a sociálních souvislostí“.*** *Tato definice hovoří o čemsi trvalém, avšak dynamickém, co má vztah jak ke svému nositeli, k jeho nitru, tak k zevnímu světu, jenž ho obklopuje*. (Koukolík, Drtilová, Vzpoura deprivantů, s. 47)

Čím je však dítě pro své rodiče? Nebo čím by mělo být? Je to nekonečný zdroj inspirace. Zdroj radosti i starosti, smutku a trápení. Máme pocit, že učíme své děti, vychováváme je, pečujeme o ně, těšíme se s nimi a utěšujeme je, když pláčou. Podáváme pomocnou ruku, když ji potřebují. Učíme je, aby jednou byly dospělými, sebevědomými a samostatnými a našly si ve světě své místo.

Ale i ony učí nás. Učí nás trpělivosti a díky nim často teprve zjišťujeme, kdo jsme a jací jsme a co všechno jsme schopni obětovat a dokázat.

Jaké budou naše děti, taková bude naše budoucnost a svět, ve kterém budeme žít.

1.2 Rodina, domov

Rodina je společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí (Hartl, Hartlová, Psychologický slovník, s. 512)

Rodina je základní jednotka společnosti a přirozené prostředí pro růst a blaho všech svých členů a zejména dětí. Musí mít nárok na potřebnou ochranu a pomoc, aby mohla beze zbytku plnit svou úlohu ve společnosti. V zájmu plného a harmonického vývoje osobnosti musí dítě vyrůstat v rodinném prostředí, v atmosféře štěstí, lásky a porozumění, aby bylo schopno žít ve společnosti vlastním životem v duchu míru, důstojnosti, snášenlivosti, svobody, rovnosti a solidarity. Rodiče, nebo v odpovídajících případech zákonní zástupci mají prvotní odpovědnost za výchovu a vývoj dítěte. Základním smyslem jejich péče musí přitom být zájem dítěte. Za účelem zaručení a podpory těchto práv poskytuje stát rodičům a zákonným zástupcům potřebnou pomoc. (Úmluva o právech dítěte uveřejněná ve sbírce zákonů č. 104/1991, úvod, čl. 18)

Kromě toho, že je rodina místem lásky, respektu a bezpečí, místem kde nás v dětském věku naši blízcí bezvýhradně milují a starají se o nás, zabezpečují naše fyzické, citové, sociální a jiné potřeby, je rodina první místo, kde se učíme prožívat emoce.

V knize Emoční inteligence Daniel Goleman píše o našem vnímání emocí, o učení se emocím a o tom, jak se jim učíme rozumět. Píše o tom, že v intimním a bezpečném prostředí rodiny se učíme, co cítit sami k sobě i k ostatním lidem v našem okolí, k našim blízkým. Učíme se reagovat na emoce své i na emoce ostatních. Učíme se, jak vypadá naděje i strach, jak vypadá smutek nebo úzkost. A jak tyto emoce najít a identifikovat ve tvářích lidí kolem nás. Učíme se to nejen výchovou a chováním rodičů k nám, ale i chováním rodičů k sobě navzájem. Někteří rodiče jsou k dětem i ke svému partnerovi a jejich pocitům pozorní a ohleduplní, jiní ne. A právě proto, že jde o první učení emocí a o osoby nám nejbližší, zanechá chování rodičů k dětem a k sobě navzájem na dítěti nesmazatelné stopy. Může způsobit trvalé a hluboké následky na citovém životě dítěte.

Rodiče se tak velkou měrou podílejí na míře získaného sebevědomí dítěte, na jeho schopnosti sebeovládání, schopnosti komunikace, schopnosti spolupracovat.

Rodina je však i místem, kde se učíme, že vše má svá pravidla a své hranice. Že nelze beztrestně někoho bít, že nemůžeme dostat všechno, co chceme a že pokud něco chceme, musíme pro to také něco udělat. Že nejsme středobodem světa, ale že i ti

druzí mají svá práva a své potřeby. Často nenapravitelné škody tak způsobí, je-li rodina místem, kde není bezpečno, kde vítězí násilí, kde je jeden z rodičů nebo dítě ponižováno, nebo dokonce týráno či zneužíváno, jako v případě rodiny Aleny a Josefa a v raném dětství i v rodině Igora a Jana.

Čím je ale rodina pro dítě? Jednoho dítěte jsem se zeptala. Pro toto jedno konkrétní dítě znamená rodina matku, otce, hezký útulný domov. Zázemí, pomoc v nouzi, útěchu a ošetření, když si ublíží, políbení na dobrou noc před spaním, společné výlety, hezké chvíle o vánocích a narozeninách, víkendy na chalupě, společné vaření nebo pečení vánočního cukroví, strojení stromečku. Rodina je pro ně i babička s dědou, společné výlety na pouť, do zoologické nebo botanické zahrady, psí domácí mazlíček, společné psaní domácích úkolů, moudrá rada, teplá postel, dobré jídlo, ale i občasné hádky a nedorozumění a nějaké ty povinnosti.

Je v tom obsaženo téměř vše. Bezpečí, láska, pocit sounáležitosti, denní rituály, učení se novým věcem a poznávání nových míst a lidí, učení se spolupráci a získávání vědomí vlastní hodnoty, nalézání hranic.

Domov dnešních dětí je předznamenán v domovu jejich rodičů – přesněji řečeno jejich dospělých vychovatelů, „ jejich lidí“, protože to nemusí být jen vlastní biologičtí rodiče, ale ti, kteří s dětmi skutečně žijí, mají je rádi, patří k nim a vytvářejí jim domov. Je to jakási sociální dědičnost. Ne tedy přenos podmíněný geneticky, ale přenos postojů, zaměření, potřeb, zkrátka toho, co chceme a očekáváme od života a k čemu své snažení zaměřujeme. Rodičovské postoje se připravují celým předchozím životem, a ne až když tito lidé mají své první dítě v náručí. A vše začíná zkušeností dítěte s vlastními rodiči, tam doma. Děti, které prožily pěkné dětství a měly pěkný domov, s větší pravděpodobností vytvoří pěkný domov svým dětem, až přijde jejich čas.

Domov pro nás znamená místo, kde jsou „naši“. Povšimněte si, jak je to jednoduché a výstižné slovo! Místo, kde jsme přijímáni tací, jací jsme. Kde se nemusíme přetvařovat, kde nemusíme nic předstírat, ba dokonce kde ani nesmíme nic takového dělat. To bychom kazili domov sobě i druhým. Z tohoto vědomí, že jsme přijímáni, plyne pak pocit jistoty a bezpečí. Domov je přístav, kam se můžeme vracet z dobrodružných výprav do světa. Místo uklidnění a odpočinku, místo spočinutí v biblickém slova smyslu. Zaslouží si tedy nevyšší úctu a ochranu – vždyť, vzpomeňte si, dobrý domov nepatří jenom nám, ale i našim dětem. Dobrý domov má naději, předávat se z generace na generaci. (Matějček, O rodině vlastní, nevlastní a náhradní, s. 9, 10, 11)

1.3 Výchovné problémy a jejich příčiny

U dětí a mládeže se lze setkat s výchovnými problémy méně závažnými, jako je vzdorovitost, nerespektování autorit, neposlušnost a nedisciplinovanost, afektivní chování, lhaní, ale i projevy chování související s projevy úzkosti a strachu či hlubokým zármutkem či se stresem.

Závažnější je však asociální chování, které již naznačuje vážnější poruchy v sociální oblasti. Jsou to například útěky z domova, toulání, záškoláctví, agrese, šikana, negativismus, zneužívání návykových látek, gamblerství. Jde o formu úniku, ať už psychického či fyzického. Toto chování je zpravidla typické pro děti ve starším školním věku.

Nejzávažnější výchovné problémy, které jsou již trestně postihnutelné, se označují jako antisociální chování. Tyto projevy jsou pro společnost nejnebezpečnější. Zpravidla dochází k opakování takového chování i po snaze o nápravu a po postihu. Jde o sexuální delikty, výtržnictví, vandalismus, krádeže, vloupání, násilné delikty, ale i vyhrožování, organizované násilí a zločin.

U dětí a dospívajících se však setkáváme i se sebepoškozováním a sebevražedným chováním. V souvislosti s násilím, konzumací drog a alkoholu vznikají úrazy a dochází k úmrtím.

Chtěné dítě vychovávané milujícími rodiči vyrůstající v míru, dostatečně hmotně zabezpečené, s dostatkem sociálních kontaktů a příležitostí, se bude pravděpodobně vyvíjet jinak než dítě, které se narodilo nechtěné, vyrůstá v ústavní péči, v rodině, kde je týráno, trpí hmotnou nouzí nebo mu chybí sociální kontakty. Jak moc ovlivňují vývoj osobnosti vztahy mezi rodiči a dítětem a další vlivy, takzvaná “psychosociální nepřízeň?

V láskyplném vztahu dospělých se skrývá

- *snaha o tom druhém něco vědět*
- *snaha být ve vzájemné interakci*
- *snaha vyhnout se odloučení nebo ztrátě*
- *snaha ochraňovat*
- *snaha uspokojovat neboli sytit potřeby druhého člověka*

Z těchto základních snažení pak plynou různé druhy chování, které „vazbu“ neboli lásku mezi dospělými lidmi doprovázejí a udržují.

Běžným předpokladem je, že těhotné ženy, budoucí matky, mají prakticky vždy k nenarozenému dítěti láskyplný vztah, a pokud tomu tak není ihned, časem se to „poddá“. Je to romantický předpoklad, jenž neodpovídá skutečnosti. (Koukolík, Drtilová, Vzpoura deprivantů, s. 87)

Tento text Františka Koukolíka a Jany Drtilové v knize Vzpoura deprivantů s podtitulem Nestvůry, nástroje a obrana, potvrzuje například nedávné odsouzení matky dítěte, která své novorozené dítě utopila v záchodové míse a odhodila jeho nahé tělíčko do kontejneru na odpadky, aniž by se ho snažila jakkoliv zakrýt. A tento případ bohužel není ojedinělý.

Autoři mnohých odborných publikací se shodují v tom, že mezi nepříznivé vlivy, které mohou vést k výchovným problémům tak bezesporu patří narušená vazba mezi matkou a dítětem. Tu mohou doprovázet další nepříznivé vlivy, jako jsou poruchy osobnosti, duševní onemocnění nebo závislost jednoho nebo obou rodičů na návykových látkách či závislost na hracích automatech – gamblerství. Velmi vážné důsledky může mít pro dítě, jeho citový vývoj a vývoj jeho osobnosti duševní onemocnění maky, zejména pokud jde o depresi, neboť deprese se projevuje neschopností matky na dítě adekvátně emocionálně reagovat. Dalším rizikovým faktorem je předčasné úmrtí osoby, která o dítě pečovala, rozchod rodičů, umístění dítěte do náhradní rodinné péče nebo do dětského domova, domácí násilí, zneužívání dítěte, kriminalita některého z rodičů, sociální exkluze rodiny. Příčinou výchovných problémů může být podle odborníků i poškození nebo výpadek některé z duševních funkcí, případně několika duševních funkcí v důsledku nejrůznějších onemocnění a úrazů.

Příčinou vzniku osobnosti odlišující se od normy, osobnosti trpící poruchou osobnosti, kterých je celá řada, mohou být i některé geny, nebo vzájemná kombinace některých genů. Onemocnění a úrazy či stresové situace matky v době těhotenství, chemické vlivy v době těhotenství (cigarety, alkohol, drogy, otravy, léky), události v průběhu porodu a těsně po porodu, nepříznivé zevní prostředí. Téměř vždy však jde o kombinaci různých vlivů, jen míra podílu těchto vlivů v jednotlivých případech se liší. U nejtěžších případů jde zpravidla o kombinaci genetických vlivů či vlivů v průběhu těhotenství, při porodu nebo těsně po porodu a psychosociální nepřízně.

1.3.1 Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), opoziční porucha

Podle údajů v odborné literatuře diagnózu ADHD (attention deficit hyperaktivity disorder) lze vyslovit, má li dítě šest a více příznaků poruchy pozornosti, nebo šest a více příznaků hyperaktivity a impulzivity. Tyto příznaky musí trvat alespoň šest měsíců a považují se za příznaky poruchy pozornosti, hyperaktivity nebo impulzivity, jestliže neodpovídají vývojovému období, ve kterém se dítě věkově nachází. Další podmínkou diagnózy ADHD je přítomnost alespoň některých příznaků před sedmým rokem věku a fakt, že tyto projevy nepříznivě ovlivňují vztahy a život dítěte jak v rodině, tak i ve škole a v dalších sociálních vztazích a situacích.

Děti s příznaky poruchy pozornosti jsou nepozorné a nesoustředěné ve školní práci i v činnostech doma a nejsou schopné udržet pozornost v průběhu hry. Učitelé, vychovatelé či rodiče mají dojem, jako by děti neposlouchaly, co se jim říká. Neřídí se instrukcemi, nejsou schopny zadanou práci dokončit, mají potíže si časově a prostorově zorganizovat postup při plnění zadaných úkolů. Vyhýbají se na pozornost náročným úkolům, často někde zapomínají a ztrácejí části oblečení, hračky a jiné osobní věci, zapomínají v dopravních prostředcích, doma nebo naopak ve škole či cestou ze školy u kamarádů školní brašnu nebo školní pomůcky, rozptylují je i slabé podněty jako zvuky z ulice za okny třídy, obrázky na stěnách, jsou zapomnětlivé.

Hyperaktivní děti nedokáží udržet v klidu ruce a nohy, nejsou schopny vydržet v klidu sedět, vybíhají z místa, kde mají zůstat, neklidně pobíhají a šplhají v situacích, kdy je to nevhodné, jsou při hře velmi hlučné a upovídané. Budí dojem, že je pohání silný a nevyčerpatelný zdroj energie. Impulsivní děti druhým často skáčou do řeči, neustále přerušují rozhovor jiných lidí, jsou netrpělivé, ruší ostatní. Některé děti jsou hyperaktivní i impulsivní, některé z nich jsou pouze nadměrně živé-hyperaktivní. Pro poruchu pozornosti bez hyperaktivity se používá zkratka ADD (attention deficit disorder).

Porucha pozornosti s hyperaktivitou – ADHD se může projevovat velmi závažným způsobem. Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) je znám od roku 1902. Jedním z jeho označení z posledních let je takzvaná **lehká mozková disfunkce**. Tento název se přestává používat, neboť mozková disfunkce, která část těchto dětí postihuje, se za lehkou rozhodně označit nedá. ADHD je v podstatě spektrum změn. U některých dětí vystupuje do popředí nápadná porucha osobnosti, další děti jsou hyperaktivní – nevydrží na místě, neposedí, pobíhají, neustále někam

lezou nebo šplhají, vykřikují. U části z nich se vyskytuje kombinace obou typů chování a mohou je doprovázet další, například poruchy učení, jako je dyslexie, dysgrafie, poruchy řeči. Různé prameny uvádí, že ADHD postihuje 3-8 % dětí školního věku, a 2 % dospívajících. Diagnózu je možné vyslovit nejdříve po 4-5 roku věku dítěte. Některé příznaky, jako je nápadný pohybový neklid a nesoustředěnost, lze však pozorovat již ve věku kolem 3. let. Tento syndrom postihuje častěji chlapce než dívky. Podle různých pramenů se tento poměr pohybuje od 4:1 až po 9:1. Ke vzniku tohoto syndromu přispívá mnoho různých vlivů. Nezanedbatelnou úlohu zde má genetická zátěž. Rodiče dětí postižených tímto syndromem často tímto syndromem trpěli také. U některých se vyskytovaly poruchy učení, závislosti, poruchy osobnosti nebo úzkostné poruchy.

Po dobu těhotenství je vývoj mozku nejbouřlivější a pravděpodobně i nejkřehčí. V tomto období může velmi snadno ohrozit vývoj mozku větší kolísání teploty matky, kolísání hormonálních hladin, virová nebo bakteriální či jiná infekce, nedostatek nebo přebytek vitamínů, vyšší hladina těžkých kovů a další toxické látky, které se běžně vyskytují v okolním prostředí, a které projdou mateřskou placentou. Riziko postižení dítěte ADHD je výrazně vyšší u dětí, jejichž matky v průběhu těhotenství kouřily, pily alkohol nebo užívaly drogy. Nenarozené dítě však může ohrozit i velká míra stresu matky v době těhotenství a to z důvodu vyšší hladiny kortizolu v těle matky, který nepříznivě ovlivňuje vývoj mozku plodu.

V průběhu nitroděložního vývoje mozku může dojít k jemným narušením způsobeným například virovými či jinými infekcemi, nepříznivými událostmi kolem porodu nebo těsně po něm, určitou mírou porodní nezralosti novorozence. Toto jemné narušení může být příčinou neurovývojového onemocnění, které se nemusí projevit ihned po narození, ba ani v průběhu celého dětství. Může se projevit až koncem dospívání nebo až v rané dospělosti. (Koukolík, Drtilová, Vzpoura deprivantů s.76,77)

Významným rizikovým faktorem pro vznik ADHD po narození dítěte je nesoulad mezi rodiči, rozpad rodiny, příliš velký počet dětí v rodině, hmotná nouze, kriminalita rodičů, duševní onemocnění matky, případné umístění dítěte do dětského domova nebo do náhradní rodinné péče.

Díky moderním zobrazovacím metodám dnes již víme, že v mozku dětí postižených ADHD se vyskytují jemné, ale zřetelné odchylky stavby i funkce. Tyto odchylky postihují spoje čelní mozkové kůry s rozsáhlými oblastmi nervových buněk,

které kromě dalšího kontrolují motoriku neboli hybnost (Koukolík, Drtilová, Vzpoura deprivantů s. 96, 97, 98)

V kazuistikách zde uvedených také zazněl pojem „opoziční porucha“. Tato diagnóza byla vyslovena společně s diagnózou ADHD u Jana, Ondřeje i malého Nina. A zejména u Jana projevy této diagnózy přesně kopírují popis této poruchy odborníky.

Opoziční porucha je opoziční, vzdorovité chování. Stejně jako u syndromu poruchy pozornosti s hyperaktivitou nejde o jednotnou poruchu s jednoduchými příčinami, ale jedná se o syndrom či soubor příznaků, mající různé příčiny, různorodou povahu i různé projevy. Tato porucha, respektive opoziční, vzdorovité chování se podle různých zdrojů vyskytuje přibližně u 2-16 % dětské populace. Děti trpící touto poruchou se chovají negativisticky, jsou vzdorovité, neposlušné a chovají se nepřátelsky vůči autoritě, přičemž toto chování pro stanovení této diagnózy by mělo trvat déle než 6 měsíců a měly by je doprovázet nejméně čtyři další příznaky, jako jsou výbuchy špatné nálady, odmítání dodržování norem chování a vymezených hranic, odmítání požadavků dospělých lidí, hádky s dospělými lidmi, svévolné provokování a napadání, přesouvání viny za pochybení na druhé, nekázeň, podrážděnost, vzteklost, mstivost. Tyto projevy vážně narušují vztahy ve škole a sociální vztahy vůbec. Protože však podobné projevy provázejí některá duševní onemocnění, je potřeba je vyloučit. Opoziční poruchu můžeme pozorovat u dětí kolem osmého rokem věku. Během dospívání může podle některých odborníků vymizet. Problémy může způsobovat doma v rodině i ve škole.

Stejně jako u poruchy pozornosti s hyperaktivitou zde hraje roli dědičná zátěž, když se u některého z rodičů nebo prarodičů, případně jiných příbuzných vyskytuje ADHD, opoziční porucha, antisociální porucha chování (osobnosti), závislost na alkoholu či drogách. Větší předpoklady pro vznik této poruchy mají zejména od raného dětství neklidní, obtížně zvládnutelní chlapci, kteří se často dostávají do konfliktů se spolužáky i učiteli, a také chlapci kteří kouří, pijí alkohol nebo berou drogy. Život těchto dětí se často podobá bludnému kruhu. Projevy opoziční poruchy chování jsou obvykle tvrdě trestány. To děti s touto poruchou v jejich chování dále utvrzuje a kruh se uzavírá.

Podle různých dostupných zdrojů až v 75 % doprovází tuto poruchu ADHD. Často se k této kombinaci přidružují další, zejména úzkostné poruchy, vývojové poruchy řeči nebo poruchy učení. (Koukolík, Drtilová, Vzpoura deprivantů, s. 92, 93)

1.3.2 Deprivace a nepříznivé rodinné prostředí

Deprivaci lze definovat jako strádání, ztrátu něčeho, co organismus potřebuje. Nedostatečné uspokojení základních potřeb. Může jít o deprivaci biologickou, jako je nedostatek potravy, tepla, světla, o deprivaci motorickou, což je např. nemožnost přiměřeného pohybu, deprivaci senzorickou neboli smyslovou, při které postižený trpí nedostatkem podnětů, dále deprivaci sociální, kterou je ztráta nebo nedostatek sociálních kontaktů a zejména deprivaci citovou. Tou je neuspokojení potřeby lásky a jistoty. (Hartl, Hartlová, Psychologický slovník, s. 107)

Deprivace může být důsledkem odloučení dítěte od matky, citového chladu matky, zanedbávání dítěte, poruchy osobnosti nebo duševního onemocnění některého z rodičů, závislosti na alkoholu nebo drogách, úmrtí matky nebo pečující osoby, rozpad rodiny, kriminalita rodičů, chudoba a bída, násilí v rodině, velký počet dětí v rodině, kdy se matka dítěti jednoduše nemůže věnovat.

Následkem deprivace se může dítě stáhnout do sebe, chovat se stereotypně, mohou se u něj objevit obtíže s příjmem potravy. Deprivované děti zpravidla vytvářejí velké množství povrchních citových vazeb, trvale vyžadují a za každou cenu na sebe strhávají pozornost. Mohou se u nich objevit příznaky deprese. Obtížně se kontrolují, mívají výbuchy špatné nálady, jsou útočné. (Koukolík, Drtilová, Vzpoura deprivantů, s. 88, 89)

Nejdůležitějším a základním úkolem rodičovství a rodiny je ochrana dětí před nemocemi a úrazy, ochrana a podpora jejich psychického i fyzického vývoje, vymezení hranic které slouží k ochraně dítěte i k ochraně jeho okolí a které dítěti pomáhá úspěšně se začlenit do rodiny, kolektivu a celé společnosti. Vytvoření co možná nejlepších podmínek pro rozvoj osobnosti dítěte a jeho talentu, podpora naplnění potřeby seberealizace dítěte.

Biologickým rodičem se stáváme relativně snadno, co však určuje, zda budeme dobrými rodiči? Jistě některé vrozené vlastnosti nám mohou rodičovství usnadnit. Ale dobrými rodiči se nerodíme. Jak napsal *Zdeněk Matějček* ve své knize *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*, to jací budeme rodiče do značné míry určuje, jaké dětství jsme měli my sami. A z části se jí zřejmě učíme po narození našich dětí.

Nepříznivé rodinné prostředí a nezvládnuté, narušené rodičovství je pravděpodobně jedna z klíčových příčin fyzických, psychologických, psychiatrických a sociálních onemocnění a poruch u dětí a dospívající mládeže.

Působení rodiče na dítě a dítěte na rodiče je vzájemné. Představa, že pouze rodič ovlivňuje výchovou a chováním dítě, je mylná. I dítě velmi intenzivně ovlivňuje svým temperamentem, chováním a zdravotním stavem rodiče. Zcela jinak na rodiče působí dítě usměvavé, klidné a spokojené, a zcela jinak ovlivňuje rodiče dítě neklidné, často plačící bez zjevného důvodu, s narušeným rytmem spánku a bdění a příjmu potravy, ale i dítě zjevně fyzicky nebo mentálně postižené, s jehož postižením se rodič nevyrovnal. Péče o takové dítě může být vyčerpávající a často trvalá zátěž, kterou ne každý unese. Přidají li se k tomu další nepříznivé okolnosti, případně starosti existenčního rázu, může unavený, depresivní nebo útočnější rodič dojít až na hranice, nebo za hranice týrání a zneužívání. (Koukolík, Drtilová, Vzpoura deprivantů s. 190,191)

1.3.3 Domácí násilí, týrání, zneužívání

Pod pojmem domácí násilí nebo násilné chování v rodině se skrývá nejen fyzické a psychické násilí na dětech a fyzické i psychické násilí mezi dospělými členy rodiny ale i špatné zacházení se seniory. Rada Evropy v roce 1986 definovala násilné chování v rodině jako jakýkoliv čin nebo opomenutí, spáchané v rámci rodiny některým z jejích členů, které podkopávají život, tělesnou nebo duševní integritu nebo svobodu jiného člena stejné rodiny nebo vážně poškozují rozvoj jeho/její osobnosti.

Násilí v rodinách je bohužel časté a zpravidla probíhá skrytě. Nevybírá si podle pohlaví ani věku, nezávisí na vzdělání a socioekonomické úrovni rodiny. Snad jen v rodinách s vyšším vzděláním bývá o trochu skrytější a rafinovanější.

Domácí násilí, které vejde ve známost, je pravděpodobně jen špičkou ledovce. Většina obětí domácího násilí se na policii se žádostí o pomoc neobrátí. Ať už ze strachu z odvety útočníka, ze studu nebo pocitu viny.

V České republice bylo v roce 2004 zjištěno 185 případů týrání svěřené osoby a 161 případů týrání osoby žijící ve společné domácnosti. V porovnání s ostatními rozvinutými zeměmi jako je Velká Británie, USA nebo Německo je tento počet nízký a vyvolává otázku, zda to není proto, že je mnohem více skrytých, neodhalených případů. Vážné fyzické týrání dětí je častější v rodinách z nižších sociálně-ekonomických vrstev, v neúplných rodinách, v rodinách s vážnými existenčními problémy, v rodinách, kde je řešení konfliktů fyzickým násilím obvyklé. Velmi ohrožené týráním jsou děti, které nenaplňují očekávání svých rodičů, jsou odlišné od „očekávaného průměru“. Mohou to být děti nedonošené, fyzicky, psychicky nebo smyslově postižené, děti nepřizpůsobivé a vzdorovité. Pro děti vystavené na pospas násilí rodičů je svět nebezpečným místem a tyto děti potom mají sklon vnímat i neutrální podněty jako nepřátelské a ohrožující. (Koukolík, Drtilová, Vzpoura deprivantů, s. 196-198)

Při sledování denního tisku se často dozvídáme o týrání a zneužívání dětí, které často končí až smrtí dítěte. Mnohdy by však stačilo více pozornosti lékařů, pedagogů, sousedů a známých. Předstupněm týrání a zneužívání je totiž často zanedbávání dítěte, které je patrné téměř na první pohled. Podvýživa, chybějící pomůcky a absence ve škole, špatné oblečení, dítě je zakřiknuté, bojácné, nebo naopak agresivní. Často ani modřiny a zjevná poranění nevyburcují dostatečně včas lidi kolem, aby upozornili

na podezření ze zanedbávání, týrání a zneužívání. Přitom právě tyto děti se později sami mohou stát agresory, tyrany a nebo zneužívají své děti. Naštěstí však ne vždy.

Igor (podkapitola 2.1) zažil bitky rodičů a opilství otce a trpěl nepřiměřenými fyzickými tresty od matky, která ho byla schopná zkopat tak, že nakonec ležel na zemi schoulený a kryl si pažemi obličej. Pravděpodobně nešlo o systematické týrání, spíše o občasné výbuchy vzteku matky. Zřejmě to rovněž souviselo s jeho nadměrnou aktivitou, dnes bychom řekli, že byl nejspíše hyperaktivní. V jeho případě to bohužel mělo velmi vážné důsledky. Je závislý na alkoholu, fyzicky napadal svou manželku a později i matku u které žil, nestaral se o svého syna Jana a pokud se s ním vídal, byl mu velice špatným příkladem.

Jan (podkapitola 2.2) byl v raném dětství svědkem ponižování své matky a jejího verbálního i fyzického napadání ze strany otce. Je to zřejmě jedna z příčin spolu s depresemi jeho matky a s ADHD, proč se u něj vyvinula opoziční porucha osobnosti a proč se později jeho matce i při velké snaze a péči nepodařilo zabránit jeho selhávání ve škole i v rodině a jeho umístění do výchovného ústavu poté, co matku v šestnácti letech zbil pěstmi.

Z odborných publikací, novinových článků i jedné z kazuistik vyplývá, že pachatelem sexuálního zneužívání je pravděpodobně nejčastěji člen rodiny. Otec, otčím, strýc, dědeček, ale i starší bratr nebo nevlastní sourozenec. Pachatelem sexuálního násilí a zneužívání však bývají oproti vžitým představám i ženy.

Pro zneužívající osobu není dítě lidskou bytostí, ale spíše předmětem. Pachatel se často snaží dítě přesvědčit, že jde o normální aktivitu, o které se jen nesmí mluvit. Dítě se obává ztráty rodiče, rozkolu v rodině, často je přesvědčeno, že by mu nikdo nevěřil. Manželka nebo družka zneužívání nechce vidět, nechce si ho připustit, často, když se dítě svěří, obviní ho ze lži, stejně jako v případě Aleny (podkapitola 2.4). Pokud o zneužívání ví, často ze studu a z obavy ze ztráty partnera mlčí.

Důsledkem sexuálního zneužívání dospívajících dětí může být předčasná pohlavní aktivita - u Aleny již ve třinácti letech, nežádoucí těhotenství, poruchy citového života, opakované sebevražedné pokusy, poruchy příjmu potravy, ať už odmítání potravy nebo nadměrná konzumace potravin, zneužívání alkoholu, a dalších psychoaktivních látek a delikventní chování. Alena (podkapitola 2.4), o které zde píšu, si následky ponese po celý život, s nadměrnou konzumací alkoholu se však

naštěstí včas vypořádala. Zřejmě proto, že nemá kladný vztah k sobě a ke svému tělu, potýká se s výraznou obezitou.

„Průzkum 1931 Američanek provedený roku 1997 prokázal, že v dětství byla obětí fyzického násilí nebo sexuálního zneužívání každá pátá žena, přesněji 22 %. V porovnání z ženami, které v dětství zneužívány nebyly, se ve skupině dospělých žen zneužívaných v dětství objevuje významně častěji úzkost, deprese, promítání duševních obtíží do celkového stavu, například různé druhy bolestí, noční můry, poruchy příjmu potravy, zažívací a dechové obtíže, pokusy o sebevraždu a časté myšlenky na ni, pobyt na psychiatrickém oddělení, užívání a zneužívání alkoholu a drog.“ (Koukolík, Drtilová, Vzpoura deprivantů, s. 198)

Ženy se v důsledku sexuálního zneužívání v dětství a v dospívání se svými traumatizujícími zážitky spíše uzavírají do sebe. V dospělosti proto často trpí duševními poruchami nebo duševním onemocněním. Nejčastěji to bývá deprese. Ta je způsobena nejen zneužíváním jako takovým, ale i prožíváním dlouhodobého stresu v patologickém rodinném prostředí. Dlouhodobě vysoká hladina „protistresového“ hormonu kortizolu poškozuje a přestavuje některé části mozku. Ovlivňuje tak zejména dlouhodobou paměť. Následkem pohlavního zneužívání mužů v dětství je většinou nízká míra sebeúcty, nejistota vlastní sexuální identity, nedostatek víry ve vlastní schopnosti. Pomocí pozitronové emisní tomografie byly zjištěny odchylky v činnosti mozku dospělých, v dětství zneužívaných žen. Tato odchylka byla patrná pokaždé, když bylo ženě zneužívání nějakým způsobem připomenuto. Zneužívání tedy na těchto ženách zanechalo nesmazatelnou stopu. Smutným faktem je, že přibližně třetina obětí zneužívání v dětství selhává v pozdější rodičovské roli a zneužívá a týrá vlastní děti. (Koukolík, Drtilová, Vzpoura deprivantů, s.. 196-201)

1.3.4 Závislost – alkohol, drogy, gamblerství

Chemická závislost je chronické, recidivující onemocnění. Nic na tom nemění fakt, že na začátku této závislosti obvykle stojí volní rozhodnutí.

Toto onemocnění má tři základní znaky:

- nutkavé vyhledávání a užívání látky
- ztrátu kontroly nad užíváním
- záporný citový stav, například špatnou náladu

Co jsou to vlastně drogy? Jde o rozličné přírodní či syntetické psychoaktivní látky včetně léků, zneužívané za účelem změny emočního stavu, nálady a vědomí, pro jejich povzbuzující nebo sedativní účinek či k vyvolávání mimořádných zážitků, jako jsou iluze, halucinace apod.

Dělí se podle účinku na **psychostimulační**, *které* vyvolávají např. stavy euforie a povzbuzují, **psychoinhibiční**, *které* potlačují úzkost a depresi a zpomalují motoriku nebo **dezintegrační**, které vyvolávají iluze a halucinace. Mezi tyto psychoaktivní látky patří alkohol, opioidy (morfin, kodein, dolsin, metadon), kanabioidy (marihuana, hašiš), sedativa, hypnotika, kokain, kofein, halucinogeny, tabák a organická rozpouštědla.

Užívání těchto látek se projevuje duševními poruchami a poruchami chování. Buď jde o akutní intoxikaci po požití a nebo jde o nadměrné škodlivé užívání. Jestliže uživatel po této látce baží natolik, že ji posouvá na první příčky svého hodnotového systému, jde již pravděpodobně o závislost. Drogovou závislostí rozumíme specifický duševní i tělesný stav. Organismus si na působení drogy navykne a dochází ke změnám chování a prožívání. Ať už fyzicky či psychicky (bažením) začne organismus drogu vyžadovat. Pokud látku nedostane, dojde k abstinenčním příznakům, které se projevují úzkostmi, napětím, strachem, podrážděností. Může rovněž dojít ke zvýšenému pocení, třesu, nespavosti aj.

Závislý člověk má potřebu stále větších dávek této látky. Zanedbává rodinu, přátele, práci, koníčky. Veškerý čas a energii zpravidla věnuje obstarávání finančních prostředků na uspokojení své závislosti. Často se dopouští kriminálních činů. Nedbá na zdravotní následky svého počínání, jako je onemocnění jater a depresivní stavy při závislosti na alkoholu, toxické poškození kognitivních funkcí.

Kromě nikotinismu patří k nejčastějším formám drogové závislosti **alkoholismus.** Alkohol je v naší společnosti brán jako běžná, někdy dokonce nutná

součást oslav všeho druhu, vánoc, velikonoc, oslav Silvestra, ale bohužel i oslav narozenin a svátků malých dětí, kde často rodiče nebo prarodiče podají sami dítěti skleničku s alkoholem. Podle mé osobní zkušenosti není výjimka, když chlapec na svých patnáctých narozeninách dostane pro přípitek skleničku sektu, nebo mládež kolem patnácti let na svatbě konzumuje alkohol po vzoru svých rodičů.

Závislost na alkoholu se podle některých odhadů týká asi 4-5 % evropské populace. Rodič závislý na alkoholu, kterému chybí schopnost sebekontroly a který může být pod vlivem alkoholu agresivní a násilnický pravděpodobně nebude schopen starat se o rodinu a děti, hmotně je zabezpečit, vychovávat je. Pravděpodobně neposkytne svým dětem a partnerovi potřebné zázemí. Spíše naopak. U alkoholiků se často projevuje chorobná žárlivost, sklony k násilí, agresivita. V terminální fázi závislému na alkoholu hrozí onemocnění duševní chorobou, poruchy vědomí, optické přeludy a halucinace, alkoholická demence. (http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912)

Závislosti na alkoholu, drogách nebo na hazardu zhoršují ekonomickou situaci závislého jedince i jeho rodiny. Spolu s dalšími nepříznivými vlivy jako třeba agresivita aj. vytváří bludný kruh, který zvyšuje riziko návykové nemoci i u jeho partnera či dětí. (Informační servis prevence kriminality 6/2010, str.33)

Počet ambulantně léčených pro diagnostikované problémy způsobené alkoholem činil v roce 2005 pouze 27.400 osob, což je evidentně jen zlomek těch, kdo jsou na alkoholu závislí nebo ho užívají škodlivě. Z výsledku screeningového dotazníku Audit vyplynulo, že minimálně 2 % populace tj. více než 140 tisíc ekonomicky aktivních obyvatel ČR konzumuje alkohol s takovými problémy, které by vyžadovaly odbornou pomoc. Rizikovým nebo škodlivým způsobem pije alkohol téměř pětina dospělé populace, tj. více než 1,3 miliónu obyvatel z dospělé ekonomicky aktivní populace ČR. (Intranetové stránky Ministerstva vnitra, informační servis prevence kriminality 4/2008, str. 34)

Gamblerství může mít stejně destruktivní a závažné následky, jako závislost na drogách. V České republice hraje nejméně jednou měsíčně každý desátý osmnáctiletý jedinec. Na 200 lidí u nás připadá jeden hrací automat. Podle odhadu je patologickými hráči 0,5 – 1% populace. Postiženi jsou tím nejen oni, ale i členové jejich rodin. Z důvodu gamblingu vznikají závislým obrovské dluhy, které často přesahují stokrát i vícekrát jejich měsíční výdělek. (Koukolík, Drtilová, Vzpoura deprivantů, s. 231)

1.3.5 Šikana

Jde o svévolné fyzické, emoční nebo psychologické ohrožování člověka člověkem nebo skupinou. Může jít o přímé i nepřímé ohrožování, malé i větší intenzity, dlouhodobé i krátkodobé, pasivní i aktivní. Může jít o sexuální obtěžování, rasový útok, omezování v základních lidských právech, ohrožování na zdraví i na životě. Může zahrnovat gesta, verbální i fyzické útoky, okrádání, vydírání, získávání vynuceného prospěchu, vylučování šikanovaného ze skupiny.

Hlavními znaky šikany jsou **převaha agresora nad obětí, záměrnost, opakování (i když ne nezbytně) a samoúčelnost agrese.**

Šikana je pro agresora způsobem, jak zakrýt vlastní strach, který „léčí“ ovlivňováním, znásilňováním a lámáním vůle oběti. Opájí se pocitem nadřazenosti a moci nad obětí, strachem oběti. Stává se na tomto pocitu závislým. Pokud přijde o oběť šikany, najde si jinou.

Prvním stadiem, jakousi zárodečnou podobou šikanování je odmítání některého člena a jeho odsouvání na okraj skupiny. Nekomunikování s tímto členem skupiny, pomlouvání, spřádání intrik, zábava ostatních na jeho účet, různé drobné žertíky. Následkem je, že se tento člen ve skupině necítí dobře. Je neoblíbený a není uznáván. Toto chování je způsobeno faktem, že ve skupině jsou vždy více a méně vlivní a oblíbení jedinci (obětní beránci, černé ovce, outsideři ...).

Druhým stádiem je přitvrzování manipulace a již i fyzická agrese. Členové skupiny používají šikanovaného (zpravidla nejzranitelnějšího člena skupiny) jako „ventil“ všech svých problémů i problémů ve skupině a jako zdroj zábavy pro ostatní.

Třetím stádiem je vytvoření jádra. Jde o klíčový moment. Jestliže není zastavena šikana ve druhé fázi, utvoří se skupinka agresorů, kteří začnou spolupracovat a systematicky šikanovat nejvhodnější oběti.

Ve čtvrtém stádiu většina přijímá normy agresora. Jeho normy se stávají ve skupině nepsaným zákonem. To se může stát, jestliže není ve skupině silná pozitivní podskupina, která není tyto normy ochotná přijmout.

V pátém stádiu již jde o dokonalou šikanu. Agresoři sami sebe označují za mazáky, krále, plantážníky, případně za nadlidi či nacisty a své oběti označují za bažanty, poddané, nevolníky, či přímo za podlidi, židy či negry. Využívají je k různým úsluhám, využívají jejich majetek, schopnosti, známosti, city i tělo.

Ti, kteří ztrácejí poslední zbytky zábran a smysl pro realitu jsou stále brutálnější a v mučení vynalézavější.

Krutost psychické šikany si v ničem nezadá z nejbrutálnější fyzickou agresí. Vede ke zhroucení oběti, k pokusům o sebevraždu. Psychické násilí je skryté a dá se jen obtížně dokázat.

Stejně jako oběti jiných trestných činů, jako je například znásilnění a zneužívání, hovoří oběti šikany o prožitém týrání jen velmi obtížně, neboť jim hrozí ztráta posledních zbytků sebeúcty.

Obětí šikany se může stát prakticky kdokoliv. Nejpravděpodobnějšími oběťmi se však stávají zpravidla ti nejslabší, nejzranitelnější, oblíbenci učitelů či vedoucích nebo velitelů, výrazně chytří nebo naopak výrazně slabí žáci, tlustí, hubení, s brýlemi…každý, kdo se nějakým způsobem odlišuje.

Agresorem naproti tomu může být buď někdo hrubý a primitivní, impulzivní a silný, nebo naopak na první pohled slušný, kultivovaný a šlechetný. Avšak může se jím stát i bavič třídy (skupiny). Srandista, optimista s velkou sebedůvěrou. Někdo výmluvný a oblíbený.

Šikana se vyskytuje všude. V rodině mezi sourozenci nebo partnery, v mateřských, základních i středních školách, na učilištích, v zájmových kroužcích, sportovních oddílech, v zaměstnání, v nemocnicích, mezi nájemníky domu, mezi jednotlivými generacemi při vícegeneračním soužití, v domově důchodců.

Toto skryté a často nepotrestané psychické a fyzické týrání může zanechat na psychickém zdraví týraných dlouhodobé a někdy i trvané následky. Může být ohroženo fyzické zdraví a život oběti. Někdy se agresor pokusí oběť přímo zabít či zmrzačit. Někdy pod tlakem nesnesitelného týrání oběť řeší situaci sebevraždou.

Šikana může mít charakter skupinové trestné činnosti s prvky organizovaného zločinu. Její beztrestné páchání působí nejen na oběť a posiluje pocit moci a agresivitu pachatele, má však vliv i na svědky šikany. Může vést k přehlížení mravních norem, a k toleranci, utváření a upevňování antisociálních postojů.

Na vznik šikany a projevy násilí vůbec má kromě jiného vliv televize, počítačové hry a tisk zahlcující děti a mládež násilím. Není v nich však již pravdivě a věrohodně zobrazený soucit, bolest, utrpení ani pocity viny.

Nepotrestaná šikana vede ke ztrátě iluzí o společnosti, která by každému člověku měla zajistit ochranu proti jakékoliv formě násilí.

1.3.6 Odolné děti

Jaké mají šance na normální život děti, které vyrůstaly v nepříznivých podmínkách, byly týrány, zneužívány, žili s rodiči závislými na drogách nebo s rodiči – patologickými hráči, s rodiči těžce či chronicky fyzicky či psychicky nemocnými, nebo děti z jakéhokoliv důvodu deprivované, děti rodičů s kriminálním chováním, děti vyrůstající v hmotné nouzi, v nevyhovujících bytových podmínkách, v náhradní rodinné péči nebo děti šikanované?

Lze předpokládat, že takové děti, zejména sejde-li se takových faktorů více, budou v životě nešťastné, budou sociálně i psychicky postižení a jsou více vystaveni riziku duševní poruchy či duševního onemocnění, poruchy osobnosti a závislosti. Zkušenosti však vypovídají o tom, že z části dětí vystavených v dětství některým z těchto rizikových vlivů vyrůstají psychologicky i sociálně zcela normální dospělí lidé.

Švédská studie zjistila, že v populaci 590 dětí, sledovaných od roku 1947 v dlouhodobé perspektivní studii duševního zdraví obyvatelstva dvou míst v jižním Švédsku je 221 dětí (38%) zatíženo třemi a větším počtem uvedených rizik. Tito lidé byli vyšetřováni opakovaně v letech 1957 a 1972. V letech 1988-1989, kdy jim bylo 42-56 let, bylo z této rizikové podskupiny vyšetřeno 148 lidí znovu. Autoři studie předpokládali, že mezi těmito lidmi bude podstatná část jedinců, kteří jsou považováni nebo považují sami sebe za lidi, kteří v životě ztroskotali, například jsou závislí na alkoholu nebo jsou ve vězení.

Průběžné vyšetřování v rozpětí let 1947-1972 ukázalo, že se v ohrožené skupině o něco častěji vyskytují psychiatrická onemocnění, než ve skupině dětí zatížené nižším počtem rizik nebo bez rizik. Duševní a tělesné zdraví ohrožené skupiny dětí, včetně sociálních vztahů, bylo v jejich střední dospělosti (42-56 let), měřeno řadou stupnic překvapivě a nečekaně dobře.

Z toho plyne, že musí existovat vlivy, které podporují duševní a tělesné zdraví ohrožených dětí. Vlivy byly nazvány salutogenní (zdraví vytvářející). Zjistilo se, že je jich 23. Jedenáct z nich se považuje za individuální charakteristiky – některé jsou více, jiné méně vrozené. Dalších dvanáct faktorů se považuje za příznivé vlivy prostředí.

Mezi uzdravující faktory dané především dědičností patří energičnost, schopnost úspěšného zvládání problémů, dobrá kontrola impulzivity, autonomie, dobře vyvinutá

schopnost spolupracovat, sebeúcta, vysoká inteligence (zvídavost, zájem o nové informace), schopnost zlepšování vlastní situace, sebekontrola, koníčky, tvořivost.

Z faktorů daných převážně prostředím je to důvěřující a skutečně hluboký vztah alespoň k jednomu rodiči, společně sdílené hodnoty, jasná pravidla soužití a normy života v rodině, maximálně čtyři děti v rodině, otevřenost v rodině, další citově významný jedinec, další pečující jedinci v rodině nahrazující péči rodičů, matka s trvalým zaměstnáním pracující mimo domov, skutečnost, že jde o jediné nebo nejstarší dítě, schopnost pomáhat, pomoc plynoucí ze společenských zdrojů.

Pravděpodobně právě tyto faktory umožňují většině lidí v biologickém, psychologickém a sociálním tlaku zůstat zdraví a normální. (Koukolík, Drtilová, Vzpoura deprivantů, s. 238-240)

1.4 Dílčí závěr

V této kapitole jsem se pokusila vymezit základní pojmy a nastínit některé z důležitých faktorů, které ovlivňují vývoj osobnosti dítěte. Ačkoliv jsou děti vystavovány různým, pro jejich vývoj rizikovým faktorům, nemusí to nutně znamenat, že z nich vyrostou lidé s poruchou osobnosti nebo duševní poruchou, lidé závislí, nebo že z nich budou automaticky špatní rodiče. O této skupině hovoří podkapitola 1.3.6 s názvem Odolné děti. A je to patrné i z kazuistik, uvedených v následující kapitole. Někteří z těch, o kterých je v uváděných kazuistikách zmínka, žijí relativně normálně. Jejich životy jsou v rámci jejich možností spokojené. Podle mého názoru se od ostatní populace nijak výrazně neodlišují. Netrpí žádnou psychickou poruchou, mají stálé zaměstnání, fungující rodinu a partnerský vztah. Sami sebe by rozhodně neoznačili za nešťastné, smolaře či ztroskotance.

Na druhou stranu je tu ale dost těch, kteří svůj život hodnotí jako katastrofický, nespokojený, nešťastný, těžký. Nemají a nejsou schopni stálého zaměstnání, partnerských a rodinných vztahů. Již se dostali nebo míří do dluhové pasti, někteří trpí duševní poruchou, často neléčenou, mají za sebou mnohdy opakovaný pobyt v psychiatrické léčebně nebo pobyt ve vězení. Někteří z nich jsou závislí na alkoholu a jiných návykových látkách, žijí na okraji společnosti.

Jejich osobnost a psychika byla částečně determinována vrozenými vlastnostmi a poruchami. Svůj podíl mají neúplnost rodiny a vztahy mezi jejími členy, láska a péče či naopak zanedbávání, zjevné i skryté týrání či zneužíváním rodičů, závislost, duševní nemoci, dlouhodobé fyzické onemocnění nebo postižení i kriminální činnost rodičů, vztahy se sourozenci a okolím.

V některých případech zjevně převážily tyto uváděné negativní faktory nad pozitivními jevy a událostmi, neboť i této skupině se pozitivní jevy dějí. Svůj vliv měla četnost a závažnost obou vlivů.

2. Kazuistiky

2.1 Igor

Igor, nar. 1965, vystudoval gymnázium a necelé 3 semestry vysoké školy. Postupně pracoval jako zeměměřič, laborant, rekvizitář, zvukař, strážný v bezpečnostní agentuře, pomocný dělník. Nyní nepracuje. Experimentoval s drogami, je kuřák, alkoholik. Léčí se pro žloutenku typu C a lupénku. V opilosti bývá agresivní. Jeho rodiče jsou rozvedení. Vyrůstal s matkou a otčímem, sourozence nemá. Je rozvedený, má jedno dítě.

z rodinné anamnézy:

Matka se narodila roku 1946. Byla nejmladší ze tří dětí (dva bratři). Vyrůstala v běžném rodinném prostředí. Starší bratři byli matkou upřednostňováni, oba vystudovali vysokou školu. Nekouří, nepije. Léčí se s onemocněním ledvin, vysokým krevním tlakem a žaludečními vředy. Vyučila se švadlenou. Pracovala jako dělnice, uklízečka, pomocná vychovatelka, dlouhou dobu byla v domácnosti. V mládí měla sklony k nepřiměřeně tvrdému trestání syna pod vlivem emocí. V současné době je ve starobním důchodu.

Rodina matky:

Matka měla základní vzdělání, celý život byla v domácnosti. Zemřela v 73 letech na mozkovou příhodu.

Otec měl úplné střední vzdělání s maturitou, pracoval jako strojvedoucí. Zemřel ve 46 letech na rakovinu.

Otec se narodil roku 1945. Byl nejmladší z několika dětí, vyrůstal sám s prarodiči. Od 13 let kouřil a pravidelně konzumoval alkohol. V opilosti byl agresivní. Měl základní vzdělání, pracoval jako dělník. Zemřel v 50 letech na mozkovou příhodu.

Rodina otce:

O matce a o otci nejsou známé žádné údaje.

Z osobní anamnézy Igora:

V průběhu těhotenství byla matka ve špatném psychickém stavu (zemřel jí otec na rakovinu), brala léky na uklidnění. Porod byl bez komplikací a v termínu.

Od narození měl problémy se spaním, byl nadměrně živý až obtížně zvladatelný, nevypočitatelný. Nepřiměřeně reagoval. V raném dětství byl svědkem častých hádek a bitek mezi matkou a otcem, který byl často opilý.

Mateřskou školu nenavštěvoval. V předškolním věku byl vychováván převážně babičkou, bez kontaktu s vrstevníky. Byl impulzivní, fascinován ohněm. V domě kde bydlel opakovaně hořelo, zřejmě v důsledku nedostatečného dozoru rodičů a babičky. Asi v pěti letech proběhl rozvod rodičů. Matka se znovu provdala. Po dobu prvních dvou let byl svěřen do péče babičky. Později byl svěřen do péče matky a vyrůstal s matkou a otčímem, se kterým měl kladný vztah. Po nástupu do základní školy byl často obětí posměšků, provokací a šikany. Ve škole měl zpočátku velmi dobré studijní výsledky. Od ostatních dětí se svým chováním odlišoval, tím nechtěně vyvolával posměšky a provokace dětí ve škole. Protože se nechal snadno vyprovokovat, byl zpravidla tím, koho učitelé potrestali. Ve vzteku začínal být násilnický. Asi od třinácti let Igor pravidelně kouřil a začal s kamarády příležitostně konzumovat alkohol. Poprvé byl silně opilý ve třinácti letech. Občas chodil za školu.

Po dokončení základní školy studoval gymnázium. Jeho studijní výsledky i chování byly zpočátku dobré, postupně se však zhoršovaly. Měl časté konflikty se spolužáky, byl terčem provokací a posměšků. Měl problémy se záškoláctvím. Studium dokončil se značnými obtížemi. Matka s otčímem synovy problémy s odborníky neřešili.

V průběhu základní vojenské služby nastoupil na vysokou školu pro vojáky z povolání v Brně. Pro vážné problémy s chováním a alkoholem bylo studium ukončeno. Vystřídal řadu zaměstnání, zpočátku přiměřená své kvalifikaci. Pracovní poměr byl vždy ukončen pro neshody na pracovišti a problémy s alkoholem. Oženil se kvůli neočekávanému těhotenství partnerky. Manželství bylo po třech letech ukončeno rozvodem pro časté hádky, problémy s alkoholem a pro opakované verbální i fyzické napadání manželky. Syn byl svěřen do péče matky.

Po rozvodu byl několik let bez zaměstnání, experimentoval s drogami. V roce 2002 byl hospitalizován v psychiatrické léčebně pro abstinenční příznaky po dlouhodobém užívání léků v kombinaci s alkoholem. Později mu byla soudem nařízena ochranná léčba závislosti na alkoholu pro fyzické napadání matky, útok

na veřejného činitele a nedovolené ozbrojování. Převážně nepracuje, je veden v evidenci uchazečů o zaměstnání, živí ho matka.

Léčí se pro hepatitidu typu C a pro lupénku. Jeho zdravotní stav se nijak nelepší, neboť nedodržuje léčebný režim a konzumuje alkohol. Z tohoto důvodu je v podstatě nezaměstnatelný.

Po léčbě závislosti na alkoholu abstinoval několik týdnů. V současné době opět pije. V opilosti napadá matku a viní ji a otčíma z veškerých neúspěchů ve svém životě. Poté, co sousedé opakovaně volali policii pro napadení matky, byl obviněn a odsouzen pro týrání osoby ve společné domácnosti.

2.2 Jan

Jan, nar. 1991, má základní vzdělání, nepracuje. Experimentoval s drogami, kouří. Příležitostně konzumuje alkohol a kouří marihuanu. Rodiče jsou rozvedení, od dvou let vyrůstal pouze s matkou, sourozence nemá.

z rodinné anamnézy:

Matka se narodila roku 1971 jako mladší ze dvou sester. Její rodiče se rozvedli. Vzdělání má úplné střední odborné s maturitou, pracuje jako úřednice. Nekouří, alkohol pije příležitostně. Léčena byla pro astma, deprese, chronické únavové stavy.

Rodina matky:

Matka se narodila roku 1948 jako starší ze dvou sester. Do šesti let byla vychovávána babičkou, později vyrůstala s rodiči a mladší sestrou. Dosáhla úplného středního odborného vzdělání s maturitou. Pracovala jako úřednice. Léčí se pro vysoký krevní tlak, ischemickou chorobu srdeční, astma. Nyní je v invalidním důchodu pro invaliditu III. stupně.

Otec se narodil roku 1944 jako prostřední ze tří bratrů. Vystudoval střední odbornou školu technického směru s maturitou. Pracoval v dělnických profesích, jako úředník, později podnikatel. Léčí se s vysokým krevním tlakem. Nyní je ve starobním důchodu.

Otec se narodil roku 1965. Jeho rodiče jsou rozvedení. Vyrůstal s matkou a otčímem, sourozence nemá. Vystudoval gymnázium. Postupně pracoval v různých profesích, nyní nepracuje. Experimentoval s drogami, kouří. Léčí se pro žloutenku typu C a lupénku. Byl na léčení pro závislost na alkoholu. V opilosti je agresivní.

Rodina otce:

Matka se narodila roku 1946 jako nejmladší ze tří dětí (dva bratři). Vyrůstala v běžném rodinném prostředí. Nekouří, nepije alkohol. Léčí se pro onemocnění ledvin, vysoký krevní tlak a žaludeční vředy. Dosáhla středního odborného vzdělání. Pracovala jako švadlena, dlouhou dobu byla v domácnosti. V současné době je ve starobním důchodu.

Otec se narodil roku 1945. Byl nejmladší z několika dětí, vyrůstal sám s prarodiči. Od 13 let kouřil a konzumoval alkohol. V opilosti byl agresivní. Měl základní vzdělání, pracoval jako dělník. Zemřel v 50 letech na mozkovou příhodu.

Z osobní anamnézy Jana:

Průběh těhotenství normální, matka ve stresu. Plod přenošený o sedm dní, porod bez komplikací. Z počátku vývoj v normě. Od půl roku byl velmi živý, kolem jednoho roku věku se začal prosazovat. Nerespektoval matku, kopal do ní, házel věcmi. Byl fixován na babičku, která se mu převážně věnovala. Nebyl v kontaktu s vrstevníky. Pro opilství a agresivitu otce žil od dvou let pouze s matkou. Velmi postrádal babičku, začal se stavět do opozice, byl negativistický. Často se dostával do afektu. Ve třech letech nastoupil do mateřské školy. Chlapcovu agresivitu a záchvaty vzteku učitelky v mateřské škole řešily zavíráním do jiné místnosti, odděleně od ostatních dětí. Kvůli problémům s chováním opakovaně změnil mateřskou školu. Před nástupem do základní školy navštěvoval speciální mateřskou školu se zaměřením na děti s poruchami chování. Byl zde menší dětský kolektiv, více pozornosti a péče, méně nároků. Zde byl bez větších problémů. Odklad školní docházky nebyl pedagogicko-psychologickou poradnou doporučen pro nadprůměrnou inteligenci a přiměřené znalosti. Nízká úroveň sociálních dovedností a emoční nezralost nebyla zohledněna. V základní škole měl problémy s chováním. Ve vyučování vyrušoval, byl neklidný, nesoustředěný, snadno se dostal do afektu. V prvním pololetí první třídy přestoupil do školy s menším počtem dětí ve třídách. Ve druhé třídě se problémy ve škole prohloubily. Odlišným chováním a prudkou povahou nechtěně vyvolával posměšky a provokace. Reagoval nepřiměřeně, popral se, nebo něco rozbil. Býval před celou třídou veřejně kárán. Tresty chápal jako nespravedlivé. Pro neustálé konflikty s dětmi a učiteli dostal zákaz navštěvovat školní družinu. Po jednom z konfliktů ho třídní učitelka s pomocí ostatních dětí zamkla na záchodě. Chlapec byl hospitalizován na psychiatrii, a po ukončení hospitalizace nastoupil do speciální základní školy pro děti s poruchami chování. Hlavní chlapcovy problémy byly: podezíravost, negativismus, impulsivnost, agresivita, nesoustředěnost, psychomotorický neklid, krádeže.

Toužil po kontaktu s otcem, proto byl otec po poradě s psychologem vyzván ke spolupráci. Pro nevhodné chování otce návštěvy ustaly (opíjel se v synově přítomnosti, kupoval mu alkohol a cigarety). Několik let docházel do terapeutické skupiny pro děti závislých rodičů. Později odmítl docházet, a nebylo možné ho k docházce do skupiny nijak přimět. Chodil postupně do různých sportovních oddílů i zájmových kroužků, vždy odešel nebo byl vyloučen kvůli konfliktům. Od osmi do jedenácti let probíhala spolupráce s několika dobrovolníky organizace Hestia, dobrovolnického programu Pět P, kteří s Janem trávili volný čas. S matkou hrál šachy,

lyžoval, chodil na turistické výlety. Kolem desátého roku věku měl výrazné sklony k sebepoškozování. Od 12 let přestával postupně matku respektovat. Ve dvanácti a potom znovu ve čtrnácti letech byl hospitalizován pro vážné problémy s chováním, agresivitu, nerespektování autorit a nedodržování pravidel ve škole. Ve škole i doma problémy po první hospitalizaci ustoupily. Po druhé hospitalizaci na jiném psychiatrickém oddělení (s direktivním přístupem a tlumením léky a injekcemi) problémy přetrvaly. Na doporučení školy byl proto umístěn do denního stacionáře pro mládež při psychiatrii. Zde probíhala skupinová psychoterapie, pobyt byl dobrovolný a byl podmíněn dodržováním pravidel. Začal užívat ritalin. Jeho chování se výrazně zlepšilo, celkově se zklidnil, lépe se soustředil, vypadal spokojeněji.

Ve škole byly nedostatky ve znalostech řešeny přestupem do třídy s redukovaným učivem a do třídy byl přidělen asistent. Došlo k celkovému zklidnění situace ve škole a výraznému zlepšení prospěchu. Doma systém odměn - peníze a výhody za dobré známky a pomoc v domácnosti. Pravidla vesměs dodržoval.

Po nástupu do učebního poměru začal chodit za školu, odcházet ze školy během vyučování, byl vulgární k vyučujícím. Konzumoval alkohol a marihuanu, byl závislý na tabáku. Po prodělané operaci nohy přestal do školy chodit. Začal být vulgární vůči matce, přestal se mýt a převlékat, ve svém pokoji měl veškeré věci spolu s odpadky na zemi. Na požadavky, výtky nebo nevyhovění jeho požadavku reagoval agresivně. Situace vyústila v opakované fyzické napadání matky se zvyšující se intenzitou. Proto byl v 16 letech hospitalizován na psychiatrickém oddělení a po ukončení hospitalizace byl umístěn ve výchovném ústavu. Zde byly učiněny dva pokusy o studium na učilišti. Do učiliště vždy přestal docházet. Pro opakované útěky a krádeže byl přeřazen do jiného VÚ. Prakticky po celou dobu nařízené ústavní výchovy byl na útěku a žil na ulici. Po dosažení zletilosti se dostavil na úřad práce a na jednání s kurátorem pro dospělé, deklaroval snahu najít si práci, bydlení a dálkově dodělat školu. Po osmnáctém roku věku bydlel asi tři čtvrtě roku u svého otce a babičky, žil ze sociálních dávek, nenašel si stálé zaměstnání a více méně sporadicky chodil na brigády.

Diagnosa ADHD, porucha opozičního vzdoru, dyslexie, zkřížená lateralita. Pro zklidnění bral postupně různé léky. Všechny měly efekt pouze po omezenou dobu a kromě ritalinu měly zpravidla výrazně negativní vliv na jeho výkon ve škole.

2.3 Ondřej

Ondřej, nar. 1993, vyučený kuchař, nyní pracuje ve svém oboru. Kouří od dvanácti let, občasná konzumace alkoholu a marihuany. Má starší rodiče, je svobodný, sourozence nemá. Je zdráv.

z rodinné anamnézy:

Matka se narodila roku 1955. Vyrůstala v kompletní rodině. Neměla sourozence. Dosáhla úplného středního odborného vzdělání s maturitou. Pracuje jako účetní. Je silná kuřačka, alkohol konzumuje příležitostně. Je zdravá.

Rodina matky:

Matka se narodila roku 1930. Vyrůstala v kompletní rodině, měla mladšího bratra. Dosáhla středoškolského vzdělání. Pracovala jako účetní, později byla v domácnosti. Léčí se pro zdravotní problémy spojené s vysokým věkem. Nekouří, alkohol konzumuje příležitostně.

Otec se narodil roku 1925. Vyrůstal v kompletní rodině, neměl sourozence. Dosáhl úplného středního odborného vzdělání. Pracoval v dělnických profesích. Kouřil, příležitostně konzumoval alkohol. Zemřel na infarkt.

Otec se narodil v roce 1952. Vyrůstal v kompletní rodině v běžných rodinných poměrech. Byl starší ze dvou bratrů. Vyučil se kuchařem a pracuje ve svém oboru. Kouří, alkohol konzumuje příležitostně.

Rodina otce:

Matka se narodila roku 1929. Vyrůstala v kompletní rodině v běžném rodinném prostředí, bez sourozenců. Měla základní vzdělání. Pracovala v zemědělství, jinak byla v domácnosti. Zemřela na zápal plic. Nekouřila, alkohol konzumovala příležitostně.

Otec se narodil roku 1926. Vyrůstal v kompletní rodině, byl ze čtyř dětí. Dosáhl úplného středního odborného vzdělání. Pracoval v dělnických profesích. Kouřil, příležitostně konzumoval alkohol.

Z osobní anamnézy Ondřeje:

Narodil se předčasně a lehce přidušený po rizikovém těhotenství pro vyšší věk matky. Vyvíjel se normálně. Často se budil, trpěl psychomotorickým neklidem, byl

nadměrně živý, impulzivní, výbušné povahy. V předškolním věku o něj pečovala převážně babička. Pro nadměrnou pohyblivost měl před nástupem do školy několik úrazů. Měl zlomeninu ruky, nohy, dvakrát otřes mozku. V bezvědomí nebyl.

V pedagogicko-psychologické poradně, do které s Ondřejem rodiče před nástupem školy zašli, doporučila psycholožka odklad školní docházky pro emoční nezralost a nízkou úroveň sociálních dovedností. Zároveň doporučila nástup do speciální základní školy a doporučila rodičům vhodné výchovné přístupy. Při vyšetření vyšlo najevo, že chlapcova inteligence se pohybuje v pásmu průměru a pravděpodobně trpí poruchou pozornosti spojenou s hyperaktivitou. Toto podezření se v průběhu školní docházky potvrdilo.

Po nástupu do speciální základní školy měl Ondřej problémy v kolektivu dětí, zejména v družině. Hodně vyrušoval, pobíhal po třídě a měl problémy se soustředěním a učením. Měl časté konflikty s dětmi i učiteli. Ve vzteku házel věcmi, často se pral. Všechny tyto problémy byly řešeny přímo ve škole, zpravidla domluvou.

Také doma měl časté výbuchy vzteku. Rozbíjel různé předměty, kopal do nábytku, útočil verbálně i fyzicky na rodiče. Rodiče se snažili konflikty řešit klidně, ve výchově byli jednotní. Snažili se být důslední a trpěliví. Matka se synem pravidelně psala domácí úkoly a učila se s ním. Pracovala doma jako účetní pro soukromé firmy, proto měla syna neustále pod kontrolou.

Otec měl u Ondřeje výrazně větší autoritu než matka, občas řešil vyhrocené situace tělesným trestem. Aby Ondřej smysluplným způsobem využil nahromaděnou energii, chodil s ním otec hrát fotbal a hokej. Rovněž otci pomáhal při údržbě auta a při různých činnostech v dílně. Podílel se na opravách věcí, které ve vzteku doma poničil.

Ve čtvrté třídě se situace ve škole vyhrotila. Ve vyučování nestačil s probíranou látkou ostatním spolužákům. Se spolužáky i s třídním učitelem byl neustále v konfliktu, sabotoval vyučování. Stával se terčem posměchu a nadávek. Na to reagoval výbuchy vzteku. Pro neprospěch, pro zmírnění tlaku ve škole a kvůli potřebě změny kolektivu a třídního učitele opakoval čtvrtou třídu. Opakování ročníku mělo dobrý efekt. Jeho prospěch i chování ve škole se zlepšilo. Výbuchy vzteku doma i ve škole byly méně časté a již ne tak intenzivní. S novým kolektivem se poměrně dobře sžil a s novým třídním učitelem vycházel lépe. Ochotněji s ním spolupracoval a nestavěl se tolik do opozice.

Po dokončení speciální základní školy nastoupil Ondřej na střední odborné učiliště. V prvním ročníku byl pro neuspokojivé chování podmínečně vyloučen. Měl

problémy s docházkou do školy, s chováním i s prospěchem. Druhý ročník učebního oboru opakoval. Vyučil se kuchařem a v současné době pracuje ve svém oboru. Bydlí s rodiči. Stále má sklon k impulzivnímu jednání. Zdá se však, že postupem času došlo k určitému zklidnění. Diagnosa ADHD, dysgrafie, dyskalkulie. Léky pro odpor rodičů nebral.

2.4 Alena

Alena, nar. 1975, původně nedokončila základní vzdělání, později vystudovala střední odbornou školu s maturitou. Pracovala jako prodavačka, později jako laborantka. Je vdaná, má dvě děti. Je silná kuřačka. V dětství byla zneužívána otcem. Narodila se jako prostřední z pěti dětí. Má dva starší a dva mladší bratry. Její matka zemřela, když jí bylo 16 let. Léčí se pro těžké projevy alergie, nespecifický deficit imunity, alergie, výraznou obezitu.

z rodinné anamnézy:

Matka se narodila roku 1942. Vyrůstala v kompletní rodině v běžném rodinné prostředí, měla jednu sestru. Dosáhla základního vzdělání, pracovala jako prodavačka. Kouřila, nepila alkohol. Léčila se s vysokým krevním tlakem, onemocněním ledvin, slinivky a jater. V roce 1988 prodělala mozkovou mrtvici, po které byla obtížně pohyblivá a inkontinentní. Zemřela v roce 1991.

O rodině matky nejsou k dispozici žádné informace.

Otec se narodil roku 1942. O jeho dětství nejsou k dispozici žádné informace. Kouří, pravidelně konzumuje alkohol. Dosáhl středního odborného vzdělání. Nyní je ve výkonu trestu. Po ukončení výkonu trestu má nařízeno ochranné léčení, kde bude pravděpodobně doživotně.

O rodině otce nejsou k dispozici žádné informace.

Z osobní anamnézy Aleny:

Narodila se v termínu. Vyvíjela se normálně, byla zcela zdravá. Byla veselé, živé a přátelské povahy. V mateřské škole a v první a druhé třídě základní školy prospívala a učila se dobře. Na její chování nebyly žádné stížnosti. S dětmi i učiteli vycházela dobře, byla nekonfliktní.

Měla dva výrazně starší a dva mladší bratry. Rodina byla ve špatné sociální situaci, protože otec se o rodinu příliš nestaral. Hodně pil, dětem se nevěnoval. Rodinu dostatečně finančně nezabezpečoval. Matku přehlížel, občas k ní byl v opilosti agresivní. Otec byl výrazně dominantní, matka byla spíše submisivní. Byla velmi nemocná, nezvládala péči o domácnost a mladší děti. Po narození nejmladšího syna

ho v podstatě předala do péče tehdy devítileté Aleny. Protože se starala o dva mladší bratry a neustále nebyla „pro nemoc“ ve škole, měla v základní škole velmi špatný prospěch. Matka jí psala často omluvenky z důvodu nemoci, ve skutečnosti však z důvodu péče o sourozence, o domácnost a později i o ni. Je zarážející, že nikdo ze školy a okolí bydliště na tento fakt nepoukázal a neupozornil sociální pracovníky. V sedmé a osmé třídě byla „neklasifikována pro nemoc“, sedmou třídu proto opakovala. Vyšla z osmé třídy a z důvodu neklasifikace neměla ukončené ani základní vzdělání.

V šesti letech se Alena svěřila matce, že ji otec zneužívá. Reakce matky byla bohužel poměrně obvyklá. Obvinila dceru ze lži a dala jí facku. Alena se od té doby již nikomu nesvěřila. Podle svých slov to „uzamkla v sobě“, aby mohla dál normálně žít. Říkala si, že pokud jí nevěří matka, tedy nejbližší člověk, usoudila, že jí nebude věřit nikdo. Před otcem se schovávala nebo si brala mladší bratry do postele a oddechla si pokaždé, když byl ve výkonu trestu. Velmi brzy (ve třinácti letech) si našla sexuálního partnera, cituji: „aby mě chránil a abych měla někoho v posteli a otec ke mně nemohl“.

Od dvanácti let kouřila a konzumovala alkohol. Po ukončení základní školy začala pracovat jako prodavačka u stánku na tržišti a přispívala finančně na domácnost.

Když bylo Aleně třináct let, matka prodělala mozkovou mrtvici a ležela půl roku v léčebně pro dlouhodobě nemocné pacienty. Alenin otec si odpykával trest ve vězení za podvody a děti byly přechodně umístěny do dětského domova. Po návratu domů mohla Alenina matka chodit pouze o berlích a byla inkontinentní. Aleně tak přibyla kromě starosti o bratry a domácnost i starost o částečně bezmocnou matku.

V jejích šestnácti letech matka zemřela. Otec byl opět ve výkonu trestu. Zpočátku péči o ni a oba mladší bratra převzal nejstarší bratr, ve skutečnosti však se o oba bratry nadále starala Alena v jejich původním bydlišti. Po odpojení elektřiny a plynu však tuto péči přestala zvládat a po zásahu sociální pracovnice ji i mladší bratry do své péče převzala teta, která se však starala o své čtyři děti. Proto Aleně řekla, aby se chovala slušně a ta se nadále o sebe již starala sama a později žila několik měsíců v azylovém křesťanském společenství.

Otec se po propuštění z vězení o Alenu a později ani o své dva vnuky nezajímal. Nekontaktoval ani své dva mladší syny. Znovu se oženil se ženou s malými dětmi. Synové se s otcem pokusili zkontaktovat, a snažili se s ním udržet blízké vztahy, zejména nejmladší syn Josef.

V sedmnácti letech se Alena přestěhovala ke svému příteli a jeho rodičům. Podařilo se jí omezit konzumaci alkoholu a vymanit se z některých nezdravých vztahů z minulosti. Otěhotněla, avšak první dítě potratila. Když se jí narodil první syn, přestěhovali se s manželem do samostatného bytu. V průběhu první a druhé mateřské dovolené s pomocí manžela a jeho rodiny dokončila základní vzdělání a vystudovala střední školu. Později našla místo laborantky a v souvislosti s ním začala studovat vysokou školu chemicko-technologickou. Časem si však uvědomila, že je tato škola nad její síly a studium ukončila.

V obou těhotenstvích trpěla úzkostnými stavy. Toužila po narození dcery, ale zároveň se ho i obávala. Podle svých slov by při narození dcery musela od partnera odejít a dceru od něj izolovat, aby zabránila případnému zneužití. Byla přesvědčená, že pokaždé, když by šel manžel dceru koupat, viděla by za jeho doteky něco zcela jiného, než je ryze otcovská něha a péče. Sama si však zároveň uvědomovala, že by šlo o iracionální chování, které by bylo důsledkem zážitků z dětství. S manželem o svém zneužívání v dětství nikdy nemluvila. Je přesvědčená, že by se s tímto faktem nedokázal vyrovnat.

Před několika lety byla nucena se s těmito zážitky konfrontovat opět, když byla požádána o svědectví v případě obžaloby svého otce z pohlavního zneužívání asi dvanáctileté dívky, za které byl později odsouzen. U soudu se setkala i se svou sestřenicí, dalšími dívkami a jedním chlapcem, které rovněž její otec zneužil. Podle jejích slov a podle slov vyšetřovatele byly zneužitých dětí zřejmě desítky. Tento soud jí paradoxně umožnil tento zážitek z dětství snad definitivně uzavřít. Bylo to poprvé, co se o tyto zážitky z dětství s někým podělila. Kriminalisté díky Aleně věděli, na co se mají zneužitých dětí ptát. Díky ní vyslýchané děti dostaly odvahu o zneužívání mluvit. Důležité pro ně bylo, že v tom nejsou sami. Že to samé se stalo i někomu jinému.

Zhruba v době, kdy probíhal tento soud, Alenin nejmladší bratr Josef, se kterým si byla velmi blízká, spáchal sebevraždu.

2.5 Josef

Josef, nar. 1984, dosáhl středoškolského vzdělání s maturitou. Byl závislý na tabáku, experimentoval s různými drogami, pravidelně kouřil marihuanu. V sedmi letech mu zemřela matka, byl nejmladší z pěti dětí. Měl tři bratry a sestru. Byl svobodný, bezdětný. Trpěl depresemi, neléčil se. Spáchal sebevraždu.

z rodinné anamnézy:

Matka se narodila roku 1942. Vyrůstala v kompletní rodině v běžném rodinné prostředí, měla jednu sestru. Dosáhla základního vzdělání, pracovala jako prodavačka. Kouřila, nepila alkohol. Léčila se vysokým krevním tlakem, onemocněním ledvin, slinivky a jater. V roce 1988 prodělala mozkovou mrtvici, po které byla obtížně pohyblivá a inkontinentní. Zemřela v roce 1991.

Otec se narodil roku 1942. O jeho dětství nejsou k dispozici žádné informace. Kouří, pravidelně konzumuje alkohol. Dosáhl středního odborného vzdělání. Nyní je ve výkonu trestu.

O rodině otce nejsou k dispozici žádné informace.

Z osobní anamnézy Josefa:

Matka otěhotněla neplánovaně, manželé měli již čtyři starší děti. V době porodu matce bylo 40 let a měla závažné zdravotní obtíže. Chlapec se narodil předčasně, měl novorozeneckou žloutenku. Byl často nemocný. Jako malé dítě byl zvídavý, komunikativní, přátelský. V mateřské škole prospíval dobře. V podstatě od narození péči o něj převzala jeho devítiletá setra Alena. Kromě ní měl tři starší bratry. Rodina byla ve špatné sociální situaci, protože otec se o rodinu příliš nestaral. Hodně pil, většinu času trávil mimo domov, dětem se nevěnoval. Rodinu dostatečně finančně nezabezpečoval. Matku přehlížel, občas k ní byl v opilosti agresivní. Otec byl výrazně dominantní, matka byla spíše submisivní. Byla velmi nemocná, nezvládala péči o domácnost a mladší děti.

Když byly Josefovi čtyři roky, matka prodělala mozkovou mrtvici a ležela půl roku v léčebně pro dlouhodobě nemocné pacienty. Otec si odpykával trest ve vězení za podvody a děti byly přechodně umístěny do dětského domova

Matka Josefovi zemřela, když mu bylo sedm let. Zpočátku péči o oba mladší bratry i sestru Alenu převzal nejstarší bratr, ve skutečnosti však se o oba bratry nadále starala Alena v jejich původním bydlišti. Po odpojení elektřiny a plynu však tuto péči přestala zvládat a po zásahu sociální pracovnice sestru i oba bratry převzala do své péče teta. Zde vyrůstal s bratrem a dalšími tetinými čtyřmi dětmi. Sestra ještě nějaký čas bydlela v bytě s odpojenou elektřinou a plynem, později u známých a ještě později v křesťanském azylovém společenství, které však bylo daleko od města jejich bydliště a tak se se sestrou několik měsíců vůbec nevídal. V základní škole prospíval, dobře se učil, do školy chodil pravidelně. Chodil čistě oblečený, míval s sebou svačinu i všechny pomůcky. Na jeho chování ve škole nebyly stížnosti. S dětmi vycházel dobře, byl spíše uzavřený a nekonfliktní. Velmi postrádal sestru, která ho do sedmi let vychovávala a která po dosažení zletilosti usilovala o to, aby s přítelem dostali Josefa do své péče. Neměli však vlastní bydlení a ani její přítel a později manžel tomu nebyl příliš nakloněn.

Zajímal se o divadlo a umění vůbec. Hodně četl. Otec byl většinu jeho dětství ve výkonu trestu, matku znal pouze jako velmi nemocnou, o kterou je nutno se postarat. V 15 letech nastoupil na gymnázium a bydlel na internátě. Začal mít ve škole problémy s chováním a záškoláctvím, od deseti let kouřil. Začal konzumovat alkohol, kouřit marihuanu a experimentoval s dalšími drogami. Z internátu byl proto vyloučen a většinou přespával u sestry, která ho finančně podporovala. Jeden ročník gymnázia musel opakovat. Studium ukončil úspěšně maturitou. Rok pracoval na různých brigádách. Několik měsíců pracoval v divadle, kde ho propustili pro absence a užívání marihuany. Někdy přespával u sestry, většinou však u kamarádů a na ubytovnách, občas na ulici. Na přání sestry začal studovat vysokou školu. Sestra ho ve studiu psychicky i finančně podporovala, Josef však studium nedokončil. Zřejmě již na gymnáziu začal trpět depresemi (domněnka sestry po zjištění příznaků deprese z odborné literatury a vzpomínky na chování bratra z té doby). Nikomu se však se svými problémy nesvěřil a lékařskou pomoc nevyhledal.

Postupně se jeho deprese prohlubovaly. Lékaře navštívil, avšak léky nebral a na terapii nedocházel. Trpěl pocitem, že je sestře přítěží. Měl pocit, že se mu v ničem nedaří, neviděl před sebou žádnou budoucnost. Neměl přítelkyni. Kromě sestry neměl žádné zázemí, otec o kontakt s ním nestál, nevyhledával ho a věnoval se nové rodině.

V té době bydlel s kamarádem na ubytovně. Přestal chodil do práce, přestal číst, přestal se o cokoliv zajímat. Často mluvil o smrti. Většinu času jen ležel. Postupně

přestal vycházet ven. Když ležel několik dní bez jakékoliv aktivity a bez jídla v posteli, jeho spolubydlící v jeho věcech vyhledal adresu a telefon jeho sestry. Upozornil ji na Josefovo neobvyklé chování. Ta potom bratra přesvědčila k pobytu v krizovém terapeutickém zařízení, kam ho s manželem odvezli. Slíbila mu, že ho bude chodit pravidelně navštěvovat a volat mu. Druhý den večer Josef z tohoto zařízení odešel a o pár dní později skočil pod nákladní vlak. Svým zraněním podlehl až po několika hodinách v nemocnici. Než zemřel, svého činu litoval.

Jak se Alena později dozvěděla, než spáchal sebevraždu, obešel všechny své přátele, známé a příbuzné, rozdal svoje věci, všude se na návštěvách snažil působit spokojeně a optimisticky. Cituji: „Každému řekl, co chtěl slyšet. Tetě řekl, že má holku a stále dělá vysokou školu, kamarádům, že bydlí se sestrou a je v pohodě…..“. S každým se šel rozloučit. Kromě Aleny.

2.6 Marta

Marta, nar. 1973, dosáhla středního odborného vzdělání. Pracovala jako sekretářka, asistentka, uklízečka, tanečnice v nočním baru. Nyní je na mateřské dovolené. Je rozvedená, má tři děti, dvě dívky a jednoho chlapce. Kouří od patnácti let, občas konzumuje alkohol. Vyrostla v kompletní rodině, otec je alkoholik. Je prostřední ze tří sester.

z rodinné anamnézy:

Matka se narodila roku 1948 jako starší ze dvou sester. Má základní vzdělání. Pracovala jako uklízečka a později jako kuchařka ve školní jídelně. Nyní je v důchodu. Kouří, alkohol konzumuje příležitostně. Je zdravá.

O rodině matky nejsou k dispozici žádné informace.

Otec se narodil roku 1946, jako mladší ze dvou bratrů. Je vyučen zedníkem. Pracoval jako zedník, horník, řidič. Nyní je v důchodu. Je alkoholik.

O rodině otce nejsou k dispozici žádné informace.

Z osobní anamnézy Marty:

Marta se narodila předčasně se špatně vyvinutými kyčlemi. Od narození byla velmi živé a zvídavé dítě. Byla drobné subtilní postavy. Chodila do mateřské školy, byla společenská a přátelská. Dva roky se zabývala gymnastikou. Na základní škole často chyběla pro nemoc, nebo ji matka omluvila ze školy, aby pečovala o mladší sestru. Pravděpodobně i z tohoto důvodu měla podprůměrný prospěch. Z finančních důvodů nejezdila na společné akce třídy, jako byly školní výlety, školy v přírodě a lyžařský výcvik. Chodila hůře oblečená, neměla kapesné. Spolužáci jí mezi sebe příliš nebrali. Stýkala se s dívkou, která se rovněž vymykala normám třídy a tak rovněž nebyla spolužáky příliš akceptována.

Bydleli v rozestavěném domě, jehož stavbu otec zahájil svépomocí ještě před narozením dětí. Po dokončení hrubé stavby a dokončení obývacího pokoje a ložnice rodičů v dostavbě domu nepokračoval. V dětském pokoji byla cihlová zeď bez omítky a betonová podlaha. Matka se o domácnost nestarala a veškeré domácí práce delegovala na dvě starší dcery. Jídlo nosila pro celou rodinu ze školní jídelny. Otec

často přicházel domů v podnapilém stavu, což vedlo k hádkám a občas i potyčkám mezi rodiči. Po dokončení základní školy nastoupila Marta na učební obor technickoadministrativní práce. Při dojíždění do školy se seznámila s o 25 let starším mužem, řidičem autobusu. Kvůli špatným vztahům a hádkám doma přijala návrh, aby se k němu přestěhovala. Rodiče s návrhem sice nesouhlasili, ale nijak nezasáhli a tak dojížděla do učiliště z nového bydliště. Po dosažení zletilosti Marty se vzali. Její manžel byl několikrát rozvedený a měl již několik dětí, se kterými se prakticky nestýkal. Občas s ní mluvil o tom, jak mu jeho děti chybí. Asi po dvou letech společného soužití Marta otěhotněla. Byla přesvědčená, že pro jejího partnera to bude dobrá zpráva. Její těhotenství v něm však naopak vyvolalo nesouhlas a vztek a vyžadoval, aby šla na potrat. To Marta odmítla. V tento moment mezi nimi začaly prudké hádky a bitky, neboť při fyzickém napadání se Marta intenzivně bránila. Ještě během těhotenství ji partner shodil na zem a kopal do břicha. Dcera Petra se narodila předčasně a Marta i její dcera měly po narození velké zdravotní problémy. Marta měla vleklé záněty v prsou a Petra měla těsně po narození těžký zápal plic. Po narození dcery se vztahy ještě více vyostřily a útoky nabraly na intenzitě jak v rovině verbální, tak i fyzické. Po zranění dcery (zlomenina čelisti), ke kterému došlo při jedné z bitek, Marta od manžela odešla. Po omezenou dobu bydlela s dcerou u kamarádky a pracovala jako barmanka a uklízečka. Protože však nutně potřebovala bydlení, začala pracovat jako tanečnice v nočním podniku pro pánskou klientelu a našla si několik stálých zákazníků. Po nějakou dobu nechala svou dceru v péči kamarádky a odjela pracovat jako tanečnice a prostitutka do zahraničí. Díky poměrně vysokému výdělku ze zahraničí si koupila byt. Během její nepřítomnosti však dcera téměř přestala jíst. Vyšetření odhalilo, že onemocněla anorexií.

Když bylo Petře pět let, onemocněla Marta rakovinou děložního hrdla a musela na operaci. Martino druhé těhotenství proto bylo rizikové. Po celou dobu těhotenství musela ležet. Po narození syna Nina byla několik let Marta v domácnosti, dokud se s jeho otcem, cizincem podnikajícím v České republice, nerozešli.

Marta, které je nyní 37 let, po nějakou dobu podnikala, zpočátku úspěšně. Nyní však čelí osobnímu bankrotu. Když se seznámila se svým současným přítelem, prodala byt a koupila domek na vesnici, který se snažili svépomocí opravit. Marta toužila po dalším dítěti, její přítel dítě nechtěl. Otěhotněla v době, kdy už s těhotenstvím nepočítala, měla již velké finanční problémy. Vztah s přítelem se začal hroutit a hodně

se hádali. Šlo o další rizikové těhotenství. Přítel ji přesvědčil, aby dítě donosila a pokouší se vztah zachránit. Nedávno se jim narodila dcera Veronika.

Léčba anorexie její první, dnes už téměř dospělé dcery Petry, výchovné problémy a ADHD syna Nina a současné existenční problémy mají za následek, že je Marta psychicky vyčerpaná. Z obav, že Veronice v afektu ublíží, se obrátila na lékaře s prosbou o farmakologickou podporu. Svého přítele nevnímá jako oporu přesto, že finančně kryje výdaje domácnosti. Jejich vztah prochází krizí.

Dcera Petra je v současné době zdravá, navštěvuje střední školu se zaměřením na cestovní ruch a podala si přihlášku na vysokou školu. Snaží se matce s Ninem a Veronikou pomáhat. Syn Nino je žákem základní školy.

Marta má celý život problémy ve vztazích s muži. V době kdy měla vysoké příjmy, finančně podporovala své sestry, které jsou na tom s partnerskými vztahy podobně a obě vychovávají své děti bez otců.

2.7 Nino

Nino, nar. 1997, žák základní školy, prostřední ze tří dětí, dvě sestry.

z rodinné anamnézy:

Matka se narodila roku 1973. Je prostřední ze tří sester. Vyrůstala v úplné rodině, kde otec pil, matka se o rodinu příliš nestarala, rodiče se hádali. Kouří, pije příležitostně. Léčí se s onemocněním páteře a kyčlí, prodělala rakovinu děložního hrdla. Vyučila se v učebním oboru technicko administrativní práce, pracovala jako sekretářka, uklízečka, tanečnice.

Rodina matky:
Matka se narodila roku 1948 jako starší ze dvou sester. Má základní vzdělání. Pracovala jako uklízečka a později jako kuchařka ve školní jídelně. Nyní je v důchodu. Kouří, alkohol konzumuje příležitostně. Je zdravá.
Otec se narodil roku 1946, jako mladší ze dvou bratrů. Je vyučen zedníkem. Pracoval jako zedník, horník, řidič. Nyní je v důchodu. Je alkoholik.

Otec se narodil roku 1967 v Itálii. Je nejmladší z několika dětí. Vyrůstal v úplné rodině v běžných rodinných podmínkách. Kromě Nina má další čtyři děti z rozvedeného manželství v Itálii. Kouří a pravidelně konzumuje alkohol. Má zálibu v hracích automatech, závislý na nich však není. Má středoškolské vzdělání, soukromě podniká.

Rodina otce:
O matce a o otci nejsou známé žádné údaje.

Z osobní anamnézy Nina:

Nino se narodil předčasně po rizikovém těhotenství. Matka údajně během těhotenství nekouřila. Od narození byl velmi živý až hyperaktivní, měl krátký a často přerušovaný spánek. Hodně plakal, velmi brzy začal lézt a chodit. Byl vzteklý, tvrdohlavý, vynucoval si různé věci. Špatně mluvil. Proto matka požádala o odklad školní docházky.

Vůči matce i dalším autoritám byl v opozici. Měl problémy v mateřské škole a později i v základní škole s agresivitou vůči spolužákům. Nebyl ochotný přijmout a respektovat daná pravidla, byl impulzivní. V mateřské škole a později i v základní škole se často pral, vyrušoval, vykřikoval, pobíhal při vyučování po třídě. Měl nízkou úroveň sociálních dovedností, emočně byl nezralý. Při individuálním přístupu a ve výrazně menším kolektivu dětí byla situace lepší.

Otec u Nina neměl téměř žádnou autoritu. V jeho výchově se prakticky neangažoval. Neuměl dobře česky, a mluvil se synem i s jeho matkou a její starší dcerou špatnou češtinou. Nino od něj převzal hodně nesprávných českých obratů, neuměl mluvit správně česky. Měl potíže při vyslovování některých výrazů. Na doporučení třídního učitele bylo provedeno psychologické vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně, kde byla matce dána doporučení, jak výchovně postupovat. Zároveň byl doporučen přestup do školy s menším počtem žáků ve třídách. Závěr vyšetření zněl: ADHD, porucha opozičního vzdoru, dyslexie, dyskalkulie, porucha řeči. Léky mu předepsány nebyly. Matka s ním docházela pro poruchu řeči na logopedii. Doma s ním psala úkoly do školy, trénovala doporučeným způsobem čtení, psaní a matematiku, dohlížela na správnou výslovnost a správnou češtinu.

Jeho otec a matka se často hádali. Křik byl doma na denním pořádku. Otci se v podnikání přestalo dařit a zkrachoval, přesto utrácel hodně peněz za alkohol a hrací automaty a životní úroveň rodiny se tím výrazně zhoršila, nechtěl však, aby se Ninova matka vrátila do práce. Od rodiny odešel, když bylo synovi sedm let.

Chlapec má k otci rozporuplný vztah. Má ho rád, ale zlobí se, že otec matku a jeho opustil a má nyní novou rodinu. Matka se nikterak netají svými negativními názory na otce. Občas o něm před synem mluví velmi nevybíravým způsobem. Nino se s otcem pravidelně vídá a jezdí s ním o prázdninách k jeho rodině. Otec nerespektuje přání a výchovný přístup (důslednost) matky ani jiná doporučení psychologa. Syna uplácí drahými dárky bez ohledu na jeho výsledky ve škole či bez ohledu na jeho chování. To vede k neustálým konfliktům mezi matkou a otcem a ve svém důsledku k synově horšímu chování.

Nino na popud matky hrál fotbal, kvůli neustálým konfliktům oddíl opustil. Jeho výsledky ve škole jsou průměrné až podprůměrné přes velkou péči matky. Nemá žádné trvalejší kamarády. Před rokem si matka našla přítele, prodala byt a přestěhovali se do malého domku na vesnici, který s přítelem opravovali. V podnikání se však matce přestalo dařit a musela dům a veškerý majetek prodat na úhradu dluhů z podnikání.

Nyní bydlí v podnájmu a Nino opět chodí do nové školy. Po narození sestry Veroniky a pravděpodobně i v souvislosti se stěhováním a změnou školy se problémy s Ninem prohloubily. Začal mít občasné verbální agresivní výpady vůči malé sestře. Při požadavcích matky (psaní domácích úkolů, pomoc v domácnosti) nebo při nevyhovění jeho požadavkům začne být vulgární a hrubý a matku i fyzicky napadá. Matka se ho snaží motivovat systémem odměn, ale v podstatě bez efektu. Přítel matky se snaží Nina usměrnit a částečně se mu to daří. Má u Nina o něco větší autoritu, ale spíše proto, že se ho Nino bojí. Partnerský vztah matky a jejího přítele je v současné době v hluboké krizi.

2.8 Srovnání, dílčí závěr

V této kapitole jsem se pokusila představit jednotlivé případové studie, ze kterých jsem čerpala. Tyto případové studie jsem použila jednak z důvodu dostupnosti (nutnost znalosti případu a souhlasu s uveřejněním studie) a také proto, že v nich nalézám tématický zdroj informací pro tuto práci. Použila jsem metodu polostrukturovaného rozhovoru. Díky vstřícnosti a ochotě ke spolupráci zmíněných osob jsem měla možnost zabývat se jejich osudy velmi podrobně.

Z hlediska této práce mají popisované osoby společné rizikové faktory ovlivňující jejich vývoj, ať už to je syndrom ADHD s projevy agrese a porucha opozičního vzdoru, a nebo závislost na alkoholu, kriminální činnost, vážná dlouhodobá nemoc nebo psychické onemocnění některého z rodičů, špatná ekonomická situace rodiny, zneužívání, nepéče, neúplná rodina.

U Igora (podkapitola 2.1) sehrála svou roli kromě pravděpodobné hyperaktivity také závislost na alkoholu otce a časté bitky rodičů v jeho raném dětství. Po rozvodu rodičů byl po dobu dvou let v péči babičky, která mu neumožňovala kontakt s matkou. Později byl svěřen matce, která měla sklony k nepřiměřeně tvrdému trestání pod vlivem emocí. Otčím částečně matku usměrňoval. Podporoval ho v zálibách jako byla entomologie, biologie, populární i klasická hudba, fotografování, psaní. S biologickým otcem se Igor vídal sporadicky. Ten často jeho matku a otčíma urážel a Igor nebyl v jeho přítomnosti rád. Přes snahu otčíma Igor vyrostl v nevyrovnanou, nezralou a nedospělou osobnost. Je závislý na alkoholu, není schopen si udržet zaměstnání. Byl obviněn z týrání osoby ve společné domácnosti pro opakované fyzické napadání své matky. Nikdy se nestaral o svého syna a nepředal mu nic pozitivního. Ze svých neúspěchů viní ostatní.

Jan (podkapitola 2.2) byl v raném dětství svědkem častých hádek a potyček rodičů. Jeho otec byl závislý na alkoholu. Od dvou let žil Jan sám s matkou. Kromě diagnostikovaného syndromu ADHD svou roli v jeho vývoji sehrála i deprese matky v jeho předškolním a raném školním věku. Neúplnost rodiny s sebou přinesla i problematické ekonomické a bytové podmínky. Díky pobytu ve výchovném ústavu se naučil lépe zvládat agresi, stále však má sklon ke zkratovitému jednání. Snadno podléhá kamarádům, je důvěřivý a ovlivnitelný. Nemá příliš velké sebevědomí a nemá dobrý vztah sám k sobě. Veškeré své neúspěchy přičítá nepříznivým okolnostem.

Vzhledem k jeho volním vlastnostem a osobnostním charakteristikám nevypadá pohled do budoucna příliš příznivě.

Naproti tomu Ondřej (podkapitola 2.3) měl sice syndrom ADHD a poruchu opozičního vzdoru, avšak měl kompletní rodinu a dobré citové i hmotné zázemí. Měl rodiče, kteří se mu věnovali. K hyperaktivitě a impulzivitě zřejmě nepřispěl žádný další rizikový faktor. Naopak. Dá se říci, že ostatní podmínky pro vývoj Ondřejovy osobnosti byly příznivé. Projevilo se to i na Ondřejově relativní úspěšnosti. Povedlo se mu úspěšně dokončit úplné střední odborné vzdělání, má práci a zvládá svou impulzivitu. Se svým životem je v rámci možností spokojený.

Alena (podkapitola 2.4) vyrůstala v rodině se čtyřmi sourozenci. Otec ji od šesti let zneužíval, matka byla těžce nemocná a v jejích šestnácti letech zemřela. Alena se od devíti let prakticky starala o dva mladší bratry. Žila ve špatných bytových i ekonomických podmínkách, otec byl často ve výkonu trestu. Navzdory tomu je z Aleny duševně relativně zdravá žena žijící v dlouhodobém fungujícím vztahu a matka dvou prospívajících a šťastných dětí. Zdá se, že v životě Aleny sehrály důležitou úlohu vlastnosti jako je energičnost, přátelskost, otevřenost, umění dobře se vyrovnávat s problémy, schopnost spolupracovat, inteligence, schopnost zlepšování vlastní situace, sebekontrola, schopnost pomáhat, silný citový vztah k matce a k nejmladšímu z bratrů. Domnívám se, že Aleně velmi pomohla i nabídnutá pomoc a pobyt v azylovém křesťanském společenství, kde se jí naskytla možnost vidět svět z té vlídnější strany.

Alenin mladší bratr Josef (podkapitola 2.5) se s podobným vkladem do života vyrovnat nedokázal. Prožité těžké dětství (těžce nemocná matka, otec často ve výkonu trestu, špatné ekonomické podmínky) umocnila propuknuvší deprese a její neléčení vedlo k tomu, že se život pro Josefa stal neunesitelným. Zde visí otázka, jak by se jeho život vyvíjel, pokud by se mu dostalo včas lékařské péče a nespáchal by sebevraždu, nebo pokud by svůj sebevražedný pokus přežil.

Martu (podkapitola 2.6) ovlivnila závislost otce na alkoholu, potyčky mezi rodiči, nepéče matky, špatné ekonomické a bytové podmínky. Před tímto prostředím utekla velmi záhy do vztahu a později do manželství s mužem s násilnickými a pravděpodobně i pedofilními sklony, které neskončilo dobře a ji i její první dceru na dlouhou dobu poznamenalo. Ani její druhý a třetí vztah, ze kterých má děti, nedopadl o mnoho lépe. Marta má problémy ve vztazích s muži a zdá se, že často jedná

neuváženě. Její život je jako na houpačce a život jejích dětí s ní. Sama ho hodnotí jako neúspěšný a plný problémů a trápení, ze kterých se cítí vyčerpaná.

Malý hyperaktivní a impulzivní Nino (podkapitola 2.7) mi v tomto prostředí přijde trochu ztracený a odsunutý stranou, zvláště po narození mladší sestry. To vede k jeho agresivnímu chování vůči okolí, zejména vůči matce.

Jak se s tímto vkladem dokáže vyrovnat, záleží podle mého názoru do značné míry na tom, jak si do budoucna poradí se svým životem a s péčí o své děti jeho matka.

3. Podpora institucí

3.1 Řešení výchovných problémů s pomocí psychologa, farmakologická podpora

Při výskytu jakýchkoliv závažnějších výchovných problémů je pravděpodobně na místě vyhledat psychologa, který provede diagnostiku a zjistí možné příčiny tohoto chování, ať už jde o méně závažné projevy jako je vzdorovitost, nerespektování autorit, neposlušnost a nedisciplinovanost, afektivní chování, lhaní, ale i projevy chování související s projevy úzkosti a strachu či hlubokým zármutkem či se stresem, nebo ty závažnější, jako jsou útěky z domova, toulání, záškoláctví, agrese, šikana, negativismus, zneužívání návykových látek, gamblerství až po ty nejzávažnější, které jsou již trestně postihnutelné. Jsou to sexuální delikty, výtržnictví, vandalismus, krádeže, vloupání, násilné delikty, ale i vyhrožování, organizované násilí a zločin.

Pomocí psychologického vyšetření lze odhalit příčiny tohoto chování, jichž je většinou celá řada. Zpravidla se jedná o problémy v rodině ve výchovném přístupu k dítěti nebo závažnější příčiny, jako je týrání, zneužívání, závislý, chronicky nebo psychicky nemocný rodič, úmrtí nebo odchod jednoho z rodičů či nepéče rodičů. U záškoláků může jít o šikanu či neúspěšnost ve škole.

Možností, jak se s těmito problémy vypořádat, je individuální nebo skupinová psychoterapie, pobytová intenzivní nebo ambulantní péče a v krajním případě je možná hospitalizace v psychiatrickém zařízení. Psychologická pomoc nemůže všechny problémy a příčiny odstranit, může však dítěti ukázat, jak se s nimi vyrovnat.

Děti s ADHD lze považovat za jedince s velmi křehkou a zranitelnou osobností. Jsou pro ně typické nedostatečně fungující neurotransmitery, tj. látky umožňující přenos signálů mezi neurony v mozku.

Psycholog může dítěti napomoci ke zvýšení sebedůvěry a větší vyrovnanosti. Může mu naznačit způsob zvládání agrese přijatelným způsobem. Může provádět nácvik schopnosti empatie, zvládání konfliktních situací, neúspěchů.

Za zmínku stojí i úloha pedagogicko-psychologických poraden, což jsou samostatná školská poradenská zařízení, zaměřená na problematiku výchovy a školního vzdělávání dětí a mládeže od 3 let do ukončení středního a vyššího odborného vzdělání.

I zde funguje psycholog a často to bývá právě on, na koho se škola nebo rodiče obrátí se žádostí o pomoc při řešení výchovných problémů. Funguje zde i speciální

pedagog, logoped a sociální pracovník. Pedagogicko-psychologické poradny poskytují diagnostické, poradenské a terapeutické služby a informační a metodickou pomoc. Věnují se především prevenci sociálně-patologických jevů, jako jsou drogy nebo šikana.

V případě, že jsou výchovné problémy způsobeny v rodině třeba domácím násilím nebo zneužíváním, je zde nevýhodou podmínka vyslovení souhlasu o vyšetření nezletilé osoby rodiči nebo zákonnými zástupci dítěte. Na druhou stranu dětem s hyperaktivitou nebo specifickými poruchami chování a učení může pedagogicko-psychologická poradna nabídnout diagnostiku i komplexní péči, relaxační cvičení, individuální a skupinové terapie, pomoc při obtížích s adaptací ve škole, pomoc při nápravě specifických poruch učení a chování.

U možnosti farmakologické podpory bych se chtěla zastavit zejména u dětí se syndromem ADHD. Ve světě asi nejčastěji používaným lékem je stimulancium metylfenidát. Užívá se od padesátých let pod názvem Ritalin. Při mém rozhovoru s matkou Jana vyplynulo, že posledním a zároveň pravděpodobně nejúčinnějším lékem byl u něj právě Ritalin. Bohužel však Jan začal tento lék zneužívat – tedy užívat ve větší míře a větších dávkách a rovněž ho užíval v kombinaci s alkoholem a marihuanou. Proto musela být léčba Ritalinem u tohoto chlapce ukončena.

Tento přípravek posiluje činnost neurotransmiterů. Napomáhá lepšímu soustředění a tlumí projevy hyperaktivity a impulzivity. Matka Jana i Jan sám potvrdili, že i v jeho případě tento účinek skutečně nastal.

Podle některých názorů je tento lék návykový, a ne každý psychiatr ho dítěti s takovou diagnózou předepíše. V České republice není podávání tohoto léku tak rozšířené, jako jinde ve světě, neboť jsou s jeho podáváním v České republice malé zkušenosti.

Často se také podávají nootropika (Piracetam, Nootropil). Při jejich delším užívání by mělo dojít ke zmírnění neklidu a ke zlepšení soustředění. Velmi dobré výsledky má podávání nootropik u dětí s poruchami učení, protože upravují metabolismus nervových buněk tím, že zvyšují schopnost využití kyslíku a glukózy z krve a zlepšují prokrvení centrálního nervového systému. (Train, A., Specifické poruchy chování a osobnosti, s. 49, 50)

3.2 Role orgánu sociálně-právní ochrany dětí

Zjednodušeně lze říci, že orgán sociálně-právní ochrany dětí je odbor péče o mládež příslušného pověřeného městského úřadu. Tento orgán zastupuje zájmy dítěte v řízeních, v nichž se rozhoduje o nezletilých dětech (ve věci svěření dítěte do výchovy, výše výživného, úpravy styku rodičů s dětmi). A to i přesto, že jsou zákonnými zástupci dítěte rodiče. Orgán sociálně-právní ochrany dětí má však i spoustu dalších úkolů. Je pověřen dohledem nad problémovými rodinami, zprostředkovává osvojení dětí, pomáhá s řešením některých rodinných situací týkající se dětí. Považuje-li to za nutné, může orgán sociálně-právní ochrany dětí sám podávat návrhy na soudní rozhodnutí ve věcech nezletilých dětí, např. návrh na nařízení ústavní výchovy dítěte.

Zřizuje a spravuje zařízení odborného poradenství pro péči o děti, zařízení sociálně-výchovné činnosti, pro děti vyžadující okamžitou pomoc a pro výkon pěstounské péče. Vede evidenci dětí vhodných do náhradní rodinné péče a evidenci žadatelů o náhradní rodinnou péči. Rozhoduje o zařazení žadatelů do evidence osob vhodných pro náhradní rodinnou péči. Poskytuje poradenskou činnost související s osvojením dítěte nebo svěřením dítěte do pěstounské péče, zajišťuje přípravu osob vhodných stát se osvojiteli nebo pěstouny, může zajišťovat přípravu a poradenskou pomoc v případech poručenství, sleduje složité případy náhradní rodinné péče a může těmto rodinám poskytnout poradenství a psychoterapii. Vede psychodiagnostická a poradenská setkání žadatelů o náhradní rodinnou péči, provádí psychologická vyšetření dětí vhodných do osvojení nebo pěstounské péče, vyhledává vhodné žadatele pro osvojení dítěte nebo jeho svěření do pěstounské péče. Dále navštěvuje dětské domovy a kojenecké ústavy kvůli posouzení vhodnosti jednotlivých forem náhradní rodinné péče, spolupracuje s poskytovateli sociálních služeb pro osoby sociálně vyloučené nebo ohrožené sociálním vyloučením.

Jinak řečeno spolupracuje se zařízeními jako jsou různá azylová zařízení, dětská speciálně pedagogická centra, domovy pro osoby se zdravotním postižením, stacionáře, krizová centra, centra pro léčbu a prevenci závislostí, mateřská centra, dětské domovy a výchovné ústavy, poradny, zařízení pro sociální integraci, prevenci a volný čas dětí a jiné. Z uvedeného vyplývá, že obrátí-li se rodič nebo dítě ve složité životní situaci na orgán sociálně-právní ochrany dětí, měla by mu být poskytnuta veškerá dostupná péče a měl by obdržet kontakty na organizace, které mu mohou poskytnout pomoc a podporu.

Je tomu tak však vždy i v praxi?

Jeden případ za všechny. V kazuistikách píši o Martě (podkapitola 2.6), její nelehké životní situaci a jejích třech dětech. Kdysi, když se obrátila na sociální pracovnici se žádostí o pomoc po rozvodu s násilnickým manželem, nabídla jí sociální pracovnice místo v azylovém domě pro matky s dětmi na omezenou dobu a upozornila ji, že po vypršení této doby bude Marta odkázána na ubytovnu a její malá dcera bude umístěna do dětského domova. Martu možnost umístění dcery v dětském domově vyděsila a vyřešila tedy situaci sama, byť za cenu ztráty sebeúcty a za cenu zhoršení již tak problematického vztahu k mužům. Když před nedávnem znovu kontaktovala sociální pracovnici kvůli své nelehké finanční situaci v souvislosti s narozením své nejmladší dcery, jediná možnost, kterou pracovnice Martě nabídla, bylo umístění novorozené dcery do kojeneckého ústavu a syna Nina k otci. Přesto, že Marta jistě není ideální matka a ke vzniku své současné nelehké situace do značné míry přispěla sama, domnívám se, že patří k rodičům, které své děti milují a starají se o ně. A byť prostředí jejich výchovy není ideální, je podle mého názoru stále mnohem lepší variantou, než je ústavní výchova. Tuto skutečnost dokládá i fakt, že Martina nejstarší dcera dokázala díky matčině a lékařské péči překonat anorexii a chystá se na vysokoškolské studium.

V mnoha místech je orgán sociálně-právní ochrany dětí vyřazen z řešení situace v ohrožených rodinách, neboť jeho kontakt s nimi je z nedostatku kapacit omezen na kontrolní a represivní řešení krizových situací. Orgán sociálně-právní ochrany dětí by měl být veřejností chápán jako pomocník v nouzi, nikoliv jako obávaný represivní orgán.

V současné době není podíl terénní práce s rodinou na výkonu sociálně-právní ochrany dětí optimální. Pracovníci mají často málo informací a poznatků o reáliích života svých klientů a rodin. Tento stav nastává i v důsledku nedostatečné kapacity pracovníků pro práci s klientem z důvodu velkého množství klientů na jednoho pracovníka.
(http://socialnirevue.cz/item/sjednoceni-systemu-pece-o-deti/category/socialni-prace)

3.3 Náhradní rodinná péče, ústavní péče

Děti bez rodiny jsou často odkázány na stát a na jeho systém náhradní a ústavní rodinné péče. Ale nejsou to jen děti bez rodiny. Jsou to často děti, které rodiče mají, avšak v jejich rodině dochází k týrání, jejich rodiče jsou vážně nemocní a nebo jsou ve výkonu trestu, nebo se z jiných důvodů o ně nemohou nebo nechtějí starat..

Jednou z nejvyšších a nejplnohodnotnějších forem náhradní rodinné péče u nás je adopce. **Adopce** neboli osvojení znamená, že je dítě přijato do nové rodiny se všemi právy dítěte v rodině narozeného. Jeho adoptivní rodiče mají k dítěti stejná práva a povinnosti, jakoby byli biologickými rodiči. Podmínkou osvojení je právně volné dítě. To znamená, že biologičtí rodiče nebo zákonný zástupce dítěte s osvojením souhlasí, dvouměsíční nezájem trvající od narození dítěte nebo šestiměsíční opravdový nezájem rodičů. O osvojení musí rozhodnout soud. V České republice zákon rozlišuje osvojení nezrušitelné – viz výše a osvojení zrušitelné, kdy osvojitelé nejsou zapsáni do matriky jako rodiče, tj. v rodném listu dítěte zůstávají uvedeni původní rodiče.

Druhým základním typem náhradní rodinné péče je v České republice **pěstounská péče.** Oproti osvojení dítě svěřované do této péče nemusí být právně volné. Pěstoun není zákonným zástupcem dítěte a k dítěti také nemá vyživovací povinnost. Na výživu dítěte svěřeného do pěstounské péče přispívá pěstounům stát. Ročně bývá v ČR do pěstounské péče svěřeno přibližně 700 dětí. Asi polovinu představují děti přecházející přímo od biologických rodičů do péče příbuzných.

Pěstounská péče je poskytována v jednotlivých *pěstounských rodinách* nebo je poskytována profesionálními pěstouny, např. v *SOS dětských vesničkách*.
(http://www.fod.cz/stranky/adopce/nrp/pest_pece.htm)

Jednou z dalších možností náhradní rodinné péče je zařízení **Klokánek**, což je projekt *Fondu ohrožených dětí*. Tato zařízení mají statut zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc podle § 42 odst. 1 zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí. Poskytují dětem přechodnou rodinnou péči na dobu, než se mohou vrátit zpět do své rodiny, nebo dokud pro ně není nalezena trvalá náhradní rodinná péče, tj. osvojení, pěstounská péče, nebo dokud dítě není svěřeno do výchovy třetí osoby.

Většina dětí přijatých do Klokánku je přijata ze stejných důvodů, jako jsou děti přijímané do ústavní výchovy: zanedbávání, neschopnost rodičů zajistit řádnou péči, bytové důvody, hospitalizace osamělého rodiče, domácí násilí, týrání, zneužívání. Klokánky mají nepřetržitý provoz, proto mohou kdykoli přijmout i novorozence, jejichž

matky tají těhotenství a porodí mimo zdravotnické zařízení. Jsou zde přijímáni i sourozenci bez ohledu na věk, takže nedochází k jejich další traumatizaci jejich rozdělením do různých zařízení podle věku (do tří let kojenecké ústavy a zdravotnické dětské domovy, od tří let diagnostické ústavy a školské dětské domovy a výchovné ústavy). Děti přicházejí velmi často zanedbané, opožděné v celkovém vývoji, deprivované, s nočními děsy, nevhodnými návyky a projevy, a proto vyžadují velmi intenzivní péči. Jsou přijímány přímo „z terénu“, bez předchozího pobytu v diagnostickém ústavu.

Jednou z výhod tohoto zařízení je možnost umístění dítěte bez soudního rozhodnutí na žádost rodičů, nebo i na žádost dětí samotných a to proti vůli rodičů po dobu, dokud není získáno svolení rodičů, nebo do vydání předběžného opatření soudem. Tedy jde o možnost často tolik potřebné okamžité pomoci v krizové situaci. To je důležité zejména pro děti na útěku z domova, děti týrané a zneužívané. (http://www.fod.cz/klokanek.htm)

Další formou náhradní výchovné péče v České republice je **ústavní výchova.** Té je vytýkáno, že dlouhodobým pobytem v ústavním zařízení dochází k deprivaci a sociální izolaci dítěte. Pobyt v těchto zařízeních často dítě nepřipraví na samostatný život. Jednou z forem pomoci dospívajícím odcházejícím z dětských domovů jsou v dnešní době, byť v nedostatečném množství, *domy na půl cesty.*

O nejmenší děti v rozmezí od narození do tří let věku umísťované do ústavní výchovy se starají z důvodu zvýšené potřeby zdravotní péče pracovníci **kojeneckých ústavů.** Tato zařízení spadají do oblasti zdravotnictví. Pobyt nezletilého dítěte v ústavním výchovném zařízení, mimo pobyt v kojeneckých ústavech a zařízeních sociálních služeb, upravuje zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní či ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. Základními organizačními jednotkami jsou rodinné skupiny – **dětské domovy a dětské domovy se školou**, nebo výchovné skupiny – **diagnostické a výchovné ústavy.** Všechna tato ústavní zařízení jsou určena pro děti ve věku od 3 do 18 (19) let.

Pro mnohé děti je z důvodu nefunkčnosti rodiny ústavní péče, respektive pobyt ve výchovném ústavu jedinou možností, jak dokončit základní a střední vzdělání.

Nevýhodou ústavní péče je fakt, že dítě není svěřeno jednomu konkrétnímu vychovateli a tudíž chybí konkrétní zodpovědnost za jeho vývoj a výchovu. Obtížné je vytvoření trvalého citového vztahu dítěte k pečující osobě, chybí pocit kontinuity životního běhu, trvalost mezilidských vztahů, pevná osobní identita. Dále chybí

možnost odpozorování vzorců chování typických v rodině mezi rodiči a dětmi a mezi matkou a otcem. To má negativní dopad na budoucí partnerské vztahy a rodičovství.

Náhradní rodinná péče by vždy měla mít přednost před ústavní výchovou. Ne vždy tomu tak je. Největší prioritou by však mělo být pomoci rodině v krizové situaci tak, aby měla možnost vyřešit problémy, které by mohly vést k odebrání dítěte z rodiny.

3.4 Neziskové organizace

Poskytování pomoci obětem násilí a rodinám a dětem s jakýmkoliv znevýhodněním se zabývá rovněž řada nestátních neziskových organizací.

V České republice vznikla v roce 2002 první zákonná norma upravující dobrovolnictví, a to zákon č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů, který vešel v účinnost k 1. lednu 2003.

Jednou z dobrovolnických organizací je Národní dobrovolnické centrum **Hestia.** Ta je mimo jiné kolébkou programu ***Pět P,*** což znamená Pomoc, Přátelství, Podpora, Péče a Prevence. Jde o dobrovolnický program pro děti a mládež ve věku 6-15 let, které to mají nějakým způsobem v životě složitější, než jejich vrstevníci. Je zaměřen na řešení sociálních a komunikačních obtíží dětí a funguje na principu přátelského vztahu dítěte s dospělým dobrovolníkem. Odborně sestavená dvojice se schází přibližně po dobu deseti měsíců i déle na jedno odpoledne v týdnu a věnuje se volnočasovým aktivitám, které si společně domlouvá a se kterými souhlasí zákonný zástupce dítěte.

Dlouhodobý vztah dítěte s dobrovolníkem umožňuje růst sociálních dovedností, posiluje sebevědomí dítěte, podněcuje ho k navazování přirozených vrstevnických vztahů. Dítě má tak někoho "pro sebe". Někoho, kdo na něj má čas, vyslechne ho, hraje si s ním, pomáhá mu rozvíjet dovednosti a umožňuje mu získat nové. Dítě tak postupně nabývá sebejistoty a osvojuje si prosociální vzorce chování i prožívání. Dobrovolník je zde v roli průvodce, prochází přísným výběrem a podstupuje nutný výcvik. Součástí výcviku je i psychologický screening a individuální pohovor s psychologem.

Národnímu dobrovolnickému centru Hestia bylo uděleno Ministerstvem práce a sociálních věcí pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí v rozsahu: činnost zaměřená na ochranu dětí před škodlivými vlivy a předcházení jejich vzniku a zřizování a provozování výchovně-rekreačních táborů pro děti. Dále jim byla udělena akreditace Ministerstva vnitra ČR pro práci s dobrovolníky na základě § 6 zákona o dobrovolnické službě. Pražské centrum programu Pět P bylo Ministerstvem práce a sociálních věcí registrováno podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách jako sociálně-aktivizační služba pro rodiny s dětmi. (http://www.petp.hest.cz)

Bílý kruh bezpečí je občanské sdružení s působností v celé České republice, založené v roce 1991. Poslání Bílého kruhu bezpečí sleduje mimo jiné cíl poskytovat přímou pomoc obětem a svědkům trestných činů a usilovat o zlepšení práv a postavení poškozených v trestním řízení.

V sedmi poradnách v republice (v Brně, Liberci, Olomouci, Ostravě, Pardubicích, Plzni a Praze) poskytuje odbornou, bezplatnou, nestrannou a diskrétní pomoc obětem trestných činů, svědkům a pozůstalým po obětech včetně morální a emocionální podpory. Tuto službu poskytuje v roli dobrovolníků 180 osob. V roce 2009 mělo sdružení 11 registrovaných služeb (dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách), 10 pracovišť v sedmi regionech, z toho nepřetržitě fungující telefonickou linku ***DONA*** pro pomoc lidem ohroženým domácím násilím, Intervenční centrum Ostrava pro osoby ohrožené domácím násilím v regionech Moravskoslezského kraje a nonstop linku telefonické krizové pomoci obětem trestných činů a evidovalo více než 35.000 kontaktů s občany, kteří u této organizace hledali pomoc. Pořádá přednášky pro širokou a odbornou veřejnost, výcviky a semináře. Vydává množství letáků, brožur, manuálů a jiných tiskovin, spolupracuje s médii, se státními i nevládními organizacemi. Podal řadu podnětů k zákonodárným iniciativám, které například rozšířily katalog práv poškozených v trestním řízení, např. zákon č. 135/2006 Sb. na ochranu před domácím násilím. (http://domacinasili.cz/cz/redakce/bily-kruh-bezpeci/r23)

Organizací, specializující se na pomoc ženám - obětem domácího násilí a jejich dětem a na prevenci násilí, je Občanské sdružení **ROSA**. Posláním organizace je pomoc týraným a osamělým ženám a jejich dětem. Usiluje o zlepšení systému pomoci těmto ženám a jejich dětem, věnuje se prevenci a odbornému specializovanému poradenství. Poskytuje krizovou intervenci, sociálně-terapeutické poradenství, vytvoření bezpečnostního plánu, poskytování utajeného azylového bydlení a poskytuje telefonickou krizovou pomoc pro všechny oběti domácího násilí. Jako přímou pomoc obětem domácího násilí má ROSA registrovány podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách tři sociální služby, a to odborné poradenství, azylové ubytování s utajenou adresou pro ženy – oběti domácího násilí a jejich děti a telefonickou krizovou pomoc a přímé internetové poradenství.

V Informačním a poradenském centru ROSA bylo v letech 1998 - 2009 poskytnuto celkem 8 053 konzultací 1 943 ženám. Azylový dům ROSA pomohl v těchto letech celkem 188 ženám a 212 dětem. Od roku 1998 do konce roku 2008 bylo poskytnuto 13 443 krizových telefonických intervencí. (http://www.rosa-os.cz/)

Občanské sdružení **Élektra** je nevládní neziskovou organizací, která vznikla z iniciativy klientek a terapeutek v roce 1995 na pomoc ženám - obětem sexuálního násilí v dětství a ženám znásilněným. Poskytuje obětem sexuálního násilí (mužům i ženám, kteří se stali obětmi sexuálního násilí v dětství nebo v dospělosti), jejich

partnerům a partnerkám nebo příslušníkům rodiny těchto obětí odbornou pomoc, poradenství a krátkodobou pomoc i dlouhodobou terapii. Pořádá vzdělávací akce pro pedagogy, lékaře, sociální pracovníky a jiné odborníky ze sociální a zdravotnické oblasti. (http://www.centrumelektra.cz/)

Další organizací, pomáhající obětem násilí je například občanské sdružení **Acorus**, které poskytuje služby prostřednictvím azylového domu, krizové pomoci a odborného sociálního poradenství. Dále je to i La strada, ProFem a jiné.

Nelze nezmínit také bezplatnou **Linku bezpečí** s nepřetržitým provozem. Sdružení Linka bezpečí provozuje služby telefonické krizové intervence. Je primárně určena dětem a dospívajícím v těžkých životních situacích. V rámci Linky bezpečí funguje i ***Linka vzkaz domů***, která je zaměřena zejména na děti na útěku z domova či ústavních zařízení. ***Rodičovská linka*** pomáhá řešit dospělým výchovné problémy se svými dětmi. Linka bezpečí přijímá a řeší 300-400 hovorů denně. Mezi hlavní témata volajících patří vrstevnické a rodinné vztahy, školní problémy, láska a partnerství, šikana a rasové problémy, týrání a zneužívání dětí. (Časopis Policista, Praha 23. dubna 2008)

Dalšími neziskovými organizacemi, pomáhajícími v obtížných životních situacích, nebo organizacemi s preventivními programy jsou například: Občanské sdružení ADRA, Asociace křesťanských sdružení mládeže, Centrum pro komunitní práci střední Morava, DUHA - sdružení dětí a mládeže pro volný čas, přírodu a recesi, Regionální dobrovolnické centrum JEŠTĚD, Sdružení pro péči o duševně nemocné FOKUS Vysočina, SPEKTRUM preventivních programů pro děti a mládež, Středisko křesťanské pomoci, TOTEM regionální dobrovolnické centrum, Občanská poradna Nymburk, Slezská diakonie (poradny Elpis v Ostravě, Havířově a Třinci), Západočeská Diakonie ČCE a její projekt SOS, která poskytuje dlouhodobou podporu rodinám v závažné krizové životní situaci a jiné.

3.5 Dílčí závěr

V této kapitole jsem si vzala za cíl představit instituce, jejichž posláním je pomáhat. Mohou být nápomocny ve všech situacích, které negativně ovlivňují vývoj osobnosti dítěte. Významně pomáhají i s obtížným napravováním již způsobených škod. Nejdůležitější podmínkou však je, aby se na tyto organizace postižený jedinec či rodina vůbec obrátili a měli zájem a snahu vzniklé situace řešit.

V současné době na veškeré neziskové organizace, ať už státní nebo nestátní, doléhá nedostatek finančních prostředků. Tento fakt se nezbytně podepíše na rozsahu a kvalitě služeb, které tyto organizace poskytují potřebným. Zároveň ale narůstá jejich potřebnost, neboť roste nezaměstnanost a zadluženost rodin s dětmi.

Je nutné si uvědomit, že prevence je vždy levnější, než hašení požáru. Podle mého názoru je pro stát mnohem méně nákladné pomoci rodinám, propadajícím se do ekonomických a jiných problémů, umožnit jim překonat těžká období, než později přebírat zodpovědnost za péči o jejich děti formou náhradní rodinné nebo ústavní péče. Ať už z pohledu ekonomického, kdy ústavní péče a pěstounská péče je pro stát velmi nákladná, zatímco rodiče se o své děti starají bez nároku na odměnu a po všech stránkách je zabezpečují, a nebo z pohledu výchovného či psychologického a sociálního. Sebelepší ústavní nebo pěstounská péče nenahradí vlastní funkční rodinu.

Pomocí terénní práce sociálních pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí a pomocí neziskových organizací, ať už se zabývají volnočasovými aktivitami dětí, pomocí obětem násilí nebo rodinám v krizových situacích, díky jejich osvětové a poradenské činnosti, praktické i psychologické pomoci, lze účinně preventivně působit. Mohou tak předcházet týrání dětí nebo hned v počátku týrání či zneužívání odhalit a znemožnit, působí preventivně ve smyslu závislostí, předcházejí kriminalitě a jiným sociálně-patologickým jevům.

Je třeba zvýšit povědomost o organizacích nabízejících různé druhy pomoci. Nejen děti, ale hlavně jejich rodiče by měli vědět, kam se mohou obrátit pro pomoc v obtížné situaci. Rodiny se často ocitají v náročných životních situacích ať už z ekonomických důvodů, nebo z důvodu výchovných problémů s dítětem, se kterými si nevědí rady. Bojí se požádat o pomoc sociální odbor v místě bydliště. Obávají se, že na sebe přivolají hrozbu odebrání dítěte z péče.

Ohroženým rodinám a dětem by měla být poskytnuta komplexní péče. Represivní prostředky by měly být užívány s rozmyslem a až jako poslední možnost.

Závěr

Stejně, jako nelze zcela zabránit vrozeným nemocem a postižením, nelze zcela zabránit ani vzniku syndromu hyperaktivity s poruchou pozornosti - ADHD, jehož důsledkem mohou být závažné výchovné obtíže. Také ani při nejlepší vůli nelze zabránit tomu, aby v našem světě nevyrůstaly některé děti ve špatných ekonomických, bytových a sociálních podmínkách. Není také možné vymýtit týrání a zneužívání. Nelze zakázat nezralým a nezodpovědným lidem, závislým, těžce duševně nebo fyzicky nemocným rodičům, aby měli děti. Není možné někomu určit, kolik dětí bude mít a jak je bude vychovávat, zda bude jeho výchova laskavá a důsledná, nebo zda se omezí jen na slova: musíš, nesmíš.

Stejně tak není v lidských silách zařídit, aby se rodily děti odolné, s vlastnostmi, které jim umožní těžké podmínky pro vývoj snáze překonat.

Co je však důležité – věřím, že lze preventivně působit. Počínaje rodinnou a sexuální výchovou vedoucí děti k zodpovědnosti a altruismu na školách. Výukou základní finanční gramotnosti dětí i dospělých, vyzdvihováním důležitosti prosociálního chování a odsuzováním lhostejnosti, preventivními přednáškami o vzniku a nebezpečích závislostí a způsobech, jak se s nimi vypořádat, důsledným potíráním šikany a rasizmu, a konečně i podporou státu směřovanou pomáhajícím neziskovým organizacím.

Tyto organizace pomáhají již tím, že upozorňují na vážnost situace a o problémech vedou veřejnou debatu.. Tvoří a zveřejňují statistiky počtu potřebných, kteří se na ně obrací. Dávají naději zveřejňováním kontaktů, rad a konkrétní pomocí, ukazují, že je kam a na koho se v těžké situaci obrátit. Pomáhají nejen postiženým dětem, ale i dospělým a celým rodinám vypořádat se s problémy, pomáhají v krizových životních situacích.

Samotný fakt, že je kam se obrátit v mnohdy až bezvýchodných situacích, přiměje mnoho týraných a zneužívaných bojovat a vyhledat pomoc. Je třeba jim ukázat, že není nutné žít takovým způsobem, a že týrání a zneužívání není v pořádku a nikdo na takové chování vůči nim nemá právo. Ať je to rodič, příbuzný, pěstoun, partner, sourozenec…kdokoliv.

Mým závěrem je tedy jakási výzva – nebuďme lhostejní. Je třeba všímat si lidí kolem nás. Nevěnovat se pouze vlastním zájmům, finančnímu zisku a komerční úspěšnosti.

S tímto tématem také úzce souvisí sociální politika státu. Je jistě správné, klást více zodpovědnosti na bedra občanů. Myslím si, že je však zároveň nezbytné věnovat péči ochraně rodiny a zejména dětí. Oč přínosnější je pro celou společnost prospívající rodina a děti, ze které vyrostou pracovití lidé s přiměřeným vzděláním, než rodina, ze které se rodí děti rovnou do náručí ústavní a náhradní rodinné péče, a nebo děti, jež nebudou mít téměř žádnou šanci na pozitivní vývoj a budoucí uplatnění. Domnívám se, a zdá se mi nesporné, že lidé nemocní, závislí a lidé zabývající se kriminální činností společnosti nejen nic nedávají, ale naopak ji stojí nemalé prostředky.

Jako jediné východisko proto vidím prevenci tak, jak jsem ji výše popsala, a dostupnost přiměřené odborné pomoci pro všechny.

Resumé

Bakalářská práce s názvem – „Děti a mládež se specifickými výchovnými potřebami“, obsahuje tři kapitoly.

První kapitola je věnována přiblížení významu základních pojmů, jako je rodina, děti a mládež, výchovných problémů a jejich příčin. Pojem rodina je zde uváděn jak v rovině odborné, tak v rovině dětského vnímání z hlediska objektivních i subjektivních potřeb. Podkapitola o dětech, mládeži a jejich osobnostním vývoji se snaží zmapovat definici dětství z hlediska odborného i z hlediska právních předpisů. Snaží se přiblížit nezbytné podmínky pro úspěšný vývoj mladé osobnosti.

Dále jsou zde vyjmenovány výchovné problémy, kterými se ve své bakalářské práci zabývám a některé jejich možné příčiny. Mezi tyto příčiny patří ADHD a poruchy chování a emocí, týrání, zneužívání, zanedbávání a z toho plynoucí deprivace a subdeprivace, závislost rodičů, duševní onemocnění rodičů a fenomén dneška - šikana.

Druhá kapitola obsahuje stěžejní část práce a tou jsou případové studie. V každé studii je popsán jeden konkrétní existující případ, podmínky vývoje osobnosti, důsledky tohoto vývoje, a zhodnocení kladných a záporných vlivů. Uvádím sedm případových studií. První dvě jsou věnovány otci se synem, třetí je samostatná. Čtvrtá a pátá studie se věnuje sourozencům a šestá a sedmá matce se synem. Je z nich patrné, že nepříznivé vlivy na vývoj osobnosti mají dalekosáhlé důsledky i v následujících generacích.

V závěru kapitoly jsem se pokusila jednotlivé kazuistiky shrnout a zhodnotit příznivé i nepříznivé vlivy působící na vývoj dětí a jejich důsledky v dalším životě (neboť ač jde často o dnes již dospělé lidi, hlavní pozornost je věnována jejich dětství).

Poslední – třetí kapitola se zabývá oblastí pomoci. Způsoby, jak je možné nepříznivý vývoj zastavit a zvrátit, pomoci k příznivějšímu vývoji, případně zmírnit důsledky toho vývoje. Zabývá se pomocí zejména institucionální, tj. orgány sociálně-právní ochrany dětí, dobrovolnickými a pomáhajícími neziskovými státními i nestátními organizacemi.

V závěru jsem shrnula a zhodnotila, k čemu jsem v průběhu měsíců shromažďování dat a informací potřebných k vypracování této bakalářské práce, dospěla.

Anotace

PAŽOUTOVÁ, Markéta, Děti a mládež se specifickými výchovnými potřebami: bakalářská práce. Brno: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Institut mezioborových studií Brno, Fakulta humanitních studií, 2011. 65 s., vedoucí bakalářské práce Mgr. Zdeněk Dragoun.

Bakalářská práce „ Děti a mládež se specifickými výchovnými potřebami“ se zabývá problematikou dětí vyrůstajících v disfunkčních rodinách a dětí se syndromem ADHD. Srovnává podmínky jejich vývoje a jejich následnou životní úspěšnost. Teoretická část vymezuje všeobecně problematiku dětí a mládeže, rodiny, možných výchovných obtíží a jejich příčin. Výzkumná část pak obsahuje těžiště této práce, kterým jsou případové studie. V praktické části práce jsou představeny instituce poskytující pomoc v krizových životních situacích a je zde zhodnocen jejich význam.

Annotation

PAŽOUTOVÁ, Markéta, Children and youth with specific educational needs: Bachelor work. Brno: University of Tomáš Baťa in Zlín, The Institute of interdisciplinary studies Brno, Faculty of Humanities, 2011. 65 pages., Supervisor Mgr. Zdeněk Dragoun.

„ Children and youth with specific educational needs” deals with questions banded with children growing in dysfunctional families and with children with ADHD syndrome. It compares conditions of their development and their subsequent life achievements. The theoretical part generally demarks problems of children, youth and family, possible difficulties of education, and of their causation. The research part then contains case studies, which are the centre of gravity of this work. Institutions providing help in critical situations of life are introduced and evaluated by their importance in the practical part of the work.

Klíčová slova

rodina, rodiče, děti, týrání, závislost, sociálně-právní, péče, pomoc, osobnost, vývoj

Keywords

family, parents, children, maltreatment, addiction, social and legal, care, help, personality, development

Seznam použité literatury

Goleman, D., *Emoční inteligence*, Praha: Columbus, 1997, 348 s. ISBN 80-85928-48-5

Hartl, P., Hartlová, H., *Psychologický slovník*, Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-7178- 303-X

Kahoun, V., Kozlová, L., Tóthová, V. *Sociální práce,* Praha: Triton, 2003, 336 s. ISBN 80-7254-138-2

Koukolík, F., Drtinová, J., *Vzpoura deprivantů, Nestvůry, nástroje, obrana,* Praha: Galén, nové přepracované vydání 2008, 327 s. ISBN 978-80-7262-410-2

Kraus, B., Poláčková, V. *Prostředí, člověk, výchova*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80–7315-004–2

Kraus, B., *Základy sociální pedagogiky*, Praha: Portál 2008, 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3

Kraus. B. a kol., *Jak žije středoškolská mládež na počátku XXI. století*, Hradec Králové: Gaudeamus 2004, 171 s., ISBN – 80-7041-738-2

Langmeier, J., Krejčířová, D., *Vývojová psychologie,* Praha: Grada Publishing, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9

Lazarová., *B., Možnosti poznávání lidí*, Brno: Institut mezioborových studií 2007, 53 s.

Martínek, Z., *Agresivita a kriminalita školní mládeže*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, 152 s. ISBN 978-80-247-2310-5

Matějček, Zdeněk, *Co děti nejvíc potřebují,* Praha: Portál, 1994, 108 s. ISBN 80-7178-006-5

Matějček, Zdeněk, *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*, Praha: Portál, 1994, 98 s. ISBN 80-85282-83-6

Prekopová, J., Schweizerová, Ch., *Děti jsou hosté, kteří hledají cestu,* Praha: Portál, 1993, 151 s. ISBN 80-85282-77-1

Sekot, A., *Aktuální problémy sociální patologie*, Brno: Institut mezioborových studií 2009, 106 s.

Tkáč.J., *Patologické závislosti,* Brno: Institut mezioborových studií 2008, 71 s.

Train, A., *Specifické poruchy chování a pozornosti*, Praha: Portál, 1997, 164 s. ISBN 80-7178-131-2

Vašina, L., *Základy psychopatologie a klinické psychologie*, Brno: Institut mezioborových studií 2010, 181 s.

Vízdal, F., T*echniky poznávání osobnosti*, Brno: Institut mezioborových studií 2005, 50 s.

Internetové stránky:

http://rudolfkohoutek.blog.cz

http://www.petp.hest.cz

http://rent-a-baby.cz/

http://socialnirevue.cz/item/sjednoceni-systemu-pece-o-deti/category/socialni-prace

http://www.anv.cz/odborne/121-poznamky-k-soucasne-situaci-v-ustavni-vychove-deti

http://www.moravskatrebova.unas.cz/VzorTO.doc.

http://www.fod.cz/stranky/adopce/nrp/pest_pece.htm

http://www.fod.cz/klokanek.htm

www.msmt.cz

Intranetové stránky Ministerstva vnitra:

Informační servis prevence kriminality

Časopis Policista, Praha 23. dubna 2008

intranet-httpwww.osi.ols.aaekoerzuctovani2004finvyporadani04MF-pril2NNOobce.doc