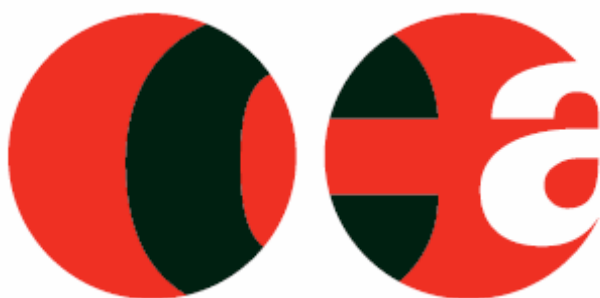


### III. ročník celostátní konference s mezinárodní účástí

Primární prevence rizikového chování

„specializace versus integrace“



Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

**III. ročník celostátní konference s mezinárodní  
účastí  
Primární prevence rizikového chování  
„specializace versus integrace“**

**Sborník abstrakt a program  
konference**

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

27. - 28. listopadu 2006  
Praha

**Konferenci pořádá**

Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky  
1. lékařská fakulta a VFN, Univerzita Karlova v Praze  
Katedra pedagogické a školní psychologie PedF Univerzity  
Karlovy v Praze  
Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR

**ve spolupráci s partnery:**

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy  
Magistrát hl. m. Prahy  
Středočeský kraj

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky  
Katedra psychologie FF UP Olomouc  
Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP  
Psychologický ústav Akademie věd ČR  
Prev-centrum o.s.  
A.N.O. - Asociace nestátních organizací  
Sananim o.s.

Časopis Adiktologie  
Časopis Prevence  
Sdružení SCAN o.s.

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

**Na konferenci se finančně podíleli:**

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR  
Magistrát hlavního města Prahy  
Středočeský kraj  
EU - Evropský sociální fond, program JPD3  
GAČR (grant č. 406/04/P250)  
Firma ROCHE s. r. o.  
Rock Café, Praha

**Konference probíhá po záštitou:**

MUDr. Pavla Béma, primátora hl. m. Praha  
&  
PhDr. Miroslavy Kopicové, ministryně školství, mládeže a tělovýchovy ČR  
&  
Prof. MUDr. Jaroslava Blahoše, DrSc. - předsedy České lékařské  
společnosti J. E. Purkyně  
&  
MUDr. Mgr. Ivana Langerá - ministra vnitra ČR

**Programový výbor konference:**

PhDr. Pavla Doležalová  
Mgr. Nina Janyšková  
MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.  
Mgr. Sylva Kolářová  
MUDr. Pavel Kubů  
PhDr. Jiří Pilař  
Prim. MUDr. Petr Popov  
Mgr. Josef Radimecký, MSc.  
PhDr. Zuzana Hadj Moussová  
MUDr. Viktor Mravčík  
Doc. PhDr. Stanislav Stech, CSc.  
PaedDr. Martina Těmínová  
Mgr. Barbora Trapková  
Mgr. Michaela Veselá  
PhDr. Helena Vrbková  
PhDr. Jana Zapletalová

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

**Vědecký sekretář konference:**

Doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

**Organizační výbor konference:**

Mgr. Radka Bartošová  
Bc. Vendula Běláčková  
Martin Dolejš  
Kateřina Francová  
Mgr. Roman Gabrhelík  
Mgr. Kateřina Grohmannová  
Mgr. Bára Janíková  
Lucie Jurystová  
PhDr. Marek Kolařík  
Michaela Parolková  
PhDr. Matúš Šucha  
Mgr. Jaroslav Vacek

## Úvodní slovo

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

scházíme se potřetí, abychom naši společnou diskusi o současnosti a budoucnosti podobě primární prevence posunuli zase o kus dál. V rámci minulého ročníku jsem na tomto místě reflektoval zásadní změnu v perspektivě hodnocení vývoje systému primární prevence, které spočívala v jednoznačném odklonu od tehdejšího trendu separovat jednotlivé oblasti rizikového chování. Ujasnění si toho, že vazby mezi jednotlivými oblastmi jsou příliš úzké a důležité, než abychom si mohli dovolit je rozvíjet samostatně, s sebou ale přineslo jiný problém a ten se stal ústředním tématem letošního ročníku. Do jaké míry je totiž možné a účelné jednotlivé oblasti rizikového chování skutečně spojovat a kdy už toto spojení naopak začíná být samoučelné, nefunkční a tedy rezistentní vůči různým preventivním strategiím a metodám? Právě tato otázka stojí dnes v centru pozornosti a důvodů k tomu je hned několik. Nikdo nemůže zpochybnit fakt, že všechny formy rizikového chování mají mnoho společného ve svých příčinách a že existují vztahy mezi jejich projevy. To má své jasné důsledky jak pro preventivní, tak léčebné strategie a strategie minimalizující rizika. Nicméně na druhou stranu je také fakt, že jednotlivé formy rizikového chování mají množství specifík. Do jejich vzniku, rozvoje a také možností jak je ovlivnit vstupuje množství faktorů, které jsou úzce specifické právě vzhledem k různým formám rizikového chování - vzpomeňme například tzv. faktor všeobecné náchylnosti k užívání návykových látek, objevený a publikovaný v roce 1996 NIDA v USA. To také znamená, že některé preventivní strategie a metody jsou úzce specifické pouze pro některé formy rizikového chování. Znamená to také, že nás proto musí zajímat pro jaké formy je ta která metoda skutečně účinná, za jakých okolností a u jakých cílových skupin a naopak. To je teprve skutečným a důsledným uplatnění tzv. evidence based přístupu v primární prevenci - tedy přístupu založeného na vědecky a praxí ověřených (a kdykoli znovu ověřitelných) výsledcích. Nikoli na dojmech, přáních nebo ekonomických či jiných zájmech různých skupin a jednotlivců. O tom také do značné míry bude letošní hlavní vstupní referát belgického kolegy Dr. Kreefta. Právě evidence-based přístup se stal klíčovým konceptem také pro primární prevenci a jeho důsledné aplikování nás posouvá opět o krůček blíže k těm zemím EU, které se snaží o maximální profesionalizaci preventivní práce a kterým se to postupně opravdu daří. I když tato cesta může být kostrbatá a plná opakovaných zklamání i opětovných nadějí, že něco „opravdu funguje“ - nemáme přesto na výběr žádnou lepší cestu. Jak ukazuje historická zkušenost, pouze cesta kritického a racionálního přístupu nám garantuje, že prostřednictvím důsledného ověřování a kontroly neuděláme chyby,

#### Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

jakých je historie prevence plná, že nebudeme zbytečně platit pochybné a neúčinné programy a že budeme rozvíjet jen to, co se ukáže jako fungující a účinné. Nemusíme dokola opakovat stejné chyby - např. investovat astronomické částky do nefunkčních projektů typu „vlak hrůzy“ či jak bych parafrázoval název tohoto nesmyslného projektu - když posledních 20 let výzkumu ukazuje, že tudy cesta rozhodně nevede a že účinné preventivní programy vypadají zcela jinak. Držme se toho, co již dnes víme s jistotou a ověřujeme a rozvíjíme to, co má smysl a perspektivu - nikoli to, co se opakovaně a jednoznačně ukázalo jako slepá ulička.

Michal Miovský



Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

## **Odborný program konference**

**Pondělí 27. listopadu 2006**

<b>Společný program</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
9:30 - 10:00	Mgr. Rudolf Blažek, náměstek primátora hl. města Prahy	Úvodní slovo
	Doc. PhDr. Stanislav Štech, prorektor UK Praha	
	Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., děkan 1. LF UK Praha	
	PaedDr. Jiří Pilař, ředitel oboru 24 - MŠMT	
	Doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D, vedoucí Centra adiktologie PK 1.LF UK Praha	

<b>Úvodní referáty</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
10:15 - 11:45	Van der Kreeft, P.	Dobrá praxe prevence založené na výzkumem ověřených poznatcích.
	Miovský, M., Zapletalová, J.	Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace.

**I. blok programu: 12:00 - 13:30**

<b>I. blok: Společný program</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
12:00 - 13:30	Kalina, K.	Včasná detekce a intervence u problémů s návykovými látkami
	Bareš, P.	Rizikové chování a snahy o jeho řešení v kontextu sociální politiky obcí
	Martanová, V.	Proces certifikace programů primární prevence z pohledu Certifikační agentury

**II. blok programu: 15:00 - 16:30**

<b>II. blok: Sekce A</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
15:00 - 16:30	Radimecký, J.	Primární fikce prevence užívání drog?
	Kabíček, P., Sulek, Š.	Abúzus návykových látek jako součást syndromu rizikového chování v dospívání. Preventivní aspekty v pediatrické péči.
	Králíková, E., Štěpánková, L.	Kouření tabáku a rizikové chování

<b>II. blok: Workshop 1</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
15:00 - 16:30	Kundrátová, I., Štěpánková, M.	Divadlo v programech primární prevence v 1. třídách ZŠ

<b>II. blok: Workshop 2</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
15:00 - 16:30	Doležalová, P., Netolická D.	Spolupráce mezi krajským protidrogovým koordinátorem a krajským školským koordinátorem

**III. blok programu: 17:00 - 19:00**

<b>III. blok: Sekce A</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
17:00 - 18:30	Juhas, J	Mobbing a manipulácia. Mužský a ženský rod
	Minařík, J.	Internetové poradenství
	Šrahůlková, K.	Internetové programy v Německu
	Kudová, O., Kuda, A.	Možnosti prevence na internetu

<b>III. blok: Workshop 1</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
17:00 - 19:00	Vaněček, M.	Komplexní program prevence nežádoucích jevů pro 2. stupeň ZŠ - Malá policejní akademie

Centrum adiktologie  
 Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

<b>III. blok: Workshop 2</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
17:00 - 18:30	Radimecký, J., Kormaňáková, B.	Když dva dělají totéž...

<b>Společenský večer</b>	
<b>Čas</b>	
20:00  (přístup do klubu od 18:30)	<b>Raut a hudební vystoupení kapely BENGAS</b> Rock café, Národní 22, Praha 1

## Úterý 28.listopadu 2006

Rozdělení účastníků do workshopů bude prováděno aktuálně podle jejich zájmu. Sledujte proto informační tabuli u registrace a do workshopů se nahlášte řádným způsobem dle pokynů organizátorů v průběhu prvního dne konference. Počet míst na jednotlivé workshopy je limitován. Při zapisování je rozhodující pořadí zájemců.

Místa konání jednotlivých workshopů budou upřesněna u registrace.

### I. blok programu: 9:00 - 10:30

<b>I. blok: Sekce A</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
9:00 - 10:30	Duchoňová, I., Satranová, L.	Specifická primární prevence na 1. stupni ZŠ v Jihočeském kraji
	Vrbková, H.	Výcvikové vzdělávací programy v oblasti prevence: nadstandard či samozřejmost
	Gabrhelík, R.	Primární prevence a EURO NET

<b>I. blok: Sekce B</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
9:00 - 10:30	Škrdlantová, E.	Literární soutěž
	Hambálek, V.	Využitie niektorých prístupov a metód sociálnej práce s komunitou v prevencii sociálno-patologických javov
	L. Frankovič, Z. Gurská, E. Štáliková	Význam terapeutických klubov v procese doliečovania v našom regióne

<b>Symposium - Prevence, včasná diagnostika a intervence v podmínkách ústavní výchovy a péče (připraveno v spolupráci s MŠMT)</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
9:00 - 12:30	Pilař, J.	Úvodní slovo k sympoziu
	Lányova, B.	Současná situace v ústavní péči
	Janský, P.	Problematika agrese v zařízeních ústavní péče
	Žejdl, J.	Ochranné pobyty
	Nosilová, D.	Problematika dětí s psychiatrickou diagnózou v ústavní péči
<b>Úvodní referáty k panelové diskuzi:</b>		
	Pilař, J.	Budoucnost systému náhradní rodinné péče
	Cpinová, S.	Další vývoj diagnostických ústavů

<b>Symposium - Včasná prevence, diagnostika a intervence v podmínkách školního poradenství (připraveno v spolupráci s IPPP ČR)</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
9:00 - 12:30	Zapletalová, J.	Monitorovací systém problémových projevů chování
	Masáková, V.	Možnosti PPP v oblasti primární prevence
	Braun, R.	Vedení krizové intervence ve školní třídě a ve školním prostředí
	Braun, R.	Intervence ve školní třídě
	Martanová, V.	Včasná diagnostika rizikového chování ve školní třídě a včasná intervence

**II. blok programu: 11:00 - 12:30**

<b>II. blok: Sekce A</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
11:00 - 12:30	Němcová, P.	Výzkum vztahů ve třídách a možné intervence
	Hrudková, B.	Agresivita - podstatné hledisko při rozlišování poruch chování: výsledky průzkumu disruptivních poruch chování ve vzorku pražských škol
	Miovský, M., Miovská, L., Trapková, B.	Hlavní výsledky prvního retestu kvaziexperimentální evaluační studie

<b>II. blok: Sekce B</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
11:00 - 12:30	Radimecký, J., Kormaňáková, B.	Jde to, ale dře to...
	Poláček, J.	Zamyšlení nad poruchami osobnosti
	Soyková, V.	Závislostní chování a připravenost na krizové stavy

<b>II. blok: Workshop 1</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
11:00 - 12:30	Duplínský, J.	Efektivní regulace užívání návykových látek- jaké možnosti a hranice mají legislativní opatření?

**III. blok programu: 13:30 - 15:00**

<b>III. blok: Společná sekce</b>		
<b>Čas</b>	<b>Jméno</b>	<b>Název příspěvku</b>
13:30 - 15:00	Tošnerová, T.	Prevence zneužívání a šikany stárnoucích
	Šedá, E.	Využití konceptu „CLOSE TO“ k prevenci rizikového chování mladých začínajících řidičů
	Konečná, H.	Poruchy plodnosti a jejich prevence jako interdisciplinární problém

<b>Slavnostní ukončení konference 15:00 - 15:15</b>
---

## Vývěsková sdělení

Instalace posterů  
(žádáme všechny autory o dodržení času pro instalaci):  
ráno 8:30 - 9.30.

Prezentace posterů proběhne v rámci přestávky 11:45 - 12:00, kdy by jejich autoři měli být u svých posterů k dispozici. Postery budou vystaveny také v průběhu všech dalších přestávek v odborném programu prvního dne konference.

Potřeby pro připevnění posterů k dispozici na místě.

## Upozornění všem autorům

V případě přihlášeného sdělení (ústního nebo posteru) a následné neodůvodněné neúčasti na konferenci bude k této skutečnosti přihlíženo v následujících ročnících s možným důsledkem v podobě odmítnutí příspěvku.

Upozorňujeme současně autory, že v průběhu konference bude průběžně sledována kvalita všech typů příspěvků (kvalita přípravy a provedení) a že zjištěný stav se může promítnout do zařazení příspěvků daného autora v dalších letech.

Vývěskové sdělení	
Jméno	Název příspěvku
Dolejš, M.	Anebo
Canigová, A.	Vývin agresivity u dětí předškolského věku a možnosti jej prevence

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

## **Anotace příspěvků konference**



## Anotace ústních sdělení (řazeno abecedně)

<b>Jméno, příjmení</b>	Pavel Bareš
<b>Název</b>	Rizikové chování a snahy o jeho řešení v kontextu sociální politiky obcí
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Praha
<b>Anotace</b>	
<p>Prezentována budou zjištění získaná při realizaci výzkumného šetření mezi 114 pracovníky referátů sociálních věcí pověřených obecních úřadů v celé ČR. Cílem tohoto výzkumu bylo zachytit vnímání 21 vybraných problémových jevů (jejich výskytu a realizovaných opatření), hodnocení situace 15 skupin osob se specifickými potřebami (počty klientů využívajících sociální služby a možnosti uspokojení jejich potřeb) a 26 vybraných typů sociálních služeb (rozsah realizace, výše finančních prostředků, aktivita neziskových organizací, přiměřenost stávajícím potřebám). Příspěvek se zaměří na charakteristiky, které v každé z těchto tří oblastí vykazovaly nejvýrazněji souvislost s rizikovým chováním - tj. vybrané formy problémového chování, skupiny osob se zvýšeným rizikem problémového chování a sociální služby poskytované těmto cílovým skupinám. Vedle zhodnocení situace v oblastech vztahujících se k rizikovému chování příspěvek umožní také srovnání s celkovou situací v každé ze tří jmenovaných oblastí</p>	

<b>Jméno, příjmení</b>	Irena Duchoňová, Ludmila Sattranová
<b>Název</b>	Specifická primární prevence na 1. stupni ZŠ v Jihočeském kraji
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Zdravotní ústav se sídlem v Č. Budějovicích, Poradna drogových závislostí, Poradna HIV a AIDS
<b>Anotace</b>	
<p>ZÚ v Č. Budějovicích nabízí školám a školským zařízením v Jihočeském regionu řadu přednášek a programů na témata z oblasti zdravého životního stylu, zdravé výživy, drogové problematiky (legální i nelegální drogy) a také z oblasti sexuality. Programy je možné vzájemně kombinovat. Cílovou skupinou jsou zde chlapci a dívky ve věku 6 - 23 let, kteří jsou žáky ZŠ, Speciálních škol, SŠ, SOU, OU a VOŠ Jihočeského kraje. Další nabízené přednášky, které jsou určené pedagogům, jsou akreditovány na MŠMT v rámci DVPP. Programy jsou určeny pro každou jednotlivou třídu, počet účastníků je tedy shodný s počtem žáků ve třídě. Maximální počet dětí ve třídě je však 32. Rozsah nabídky je v současné době poměrně pestrý a naše nabídka se setkává s velkým ohlasem a zájmem ze strany ředitelství škol a pedagogů. Programy splňují kritéria efektivní prevence ve školách, v oblasti protidrogové primární prevence usilujeme o získání certifikátu kvality pro poskytovatele programů specifické primární prevence uživatelů návykových látek. Proto bychom se s vámi o naše zkušenosti rády podělily.</p>	

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

<b>Jméno, příjmení</b>	L. Frankovič, Z. Gurská, E. Štalniková
<b>Název</b>	Význam terapeutických klubov v procese doliečovania v našom regióne
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Psychiatrické oddelenie, NsP Bojnice, SR
<b>Anotace</b>	
<p>Autori sa v práci rozhodli prezentovať 15-ročnú spoluprácu Psychiatrického oddelenia (PO) v Bojniciach s patientskymi organizáciami zabezpečujúcimi doliečovanie závislých pacientov v okrese Prievidza. Spočiatku táto spolupráca spočívala v dochádzaní vtedajších členov Spolku abstinentov na psychoterapeutické skupiny v nemocnici. V priebehu krátkej doby motivovaní pacienti z odd. navštevovali stretnutia Spolku abstinentov. Toho času v regióne pracujú už 3 spoločenstvá, v ktorých mimo zakladateľov, prevažnú časť tvoria pacienti odliečení na PO v Bojniciach. V práci budú uvedené jednotlivé terapeutické aktivity týchto spoločenstiev, ich význam na pretváranie osobnosti samotných závislých a význam týchto aktivít na uzdravovanie rodín a spoločenskú odzvu v regióne.</p>	

<b>Jméno, příjmení</b>	Roman Gabrhelík
<b>Název</b>	Primární prevence a EURO NET
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Centrum adiktologie, PK a VFN 1. LF UK v Praze
<b>Anotace</b>	
<p>Po vstupu České republiky do Evropské unie se pro oblast primární prevenci rizikového chování otevřely nové možnosti v navazování mezinárodní spolupráce. Zájem o spolupráce mezi jednotlivými členskými zeměmi v rámci primární prevence užívání drog je jak v oblasti vědecko-výzkumné, tak i v oblasti praktické. V příspěvku představíme dva mezinárodní projekty; prvním v oblasti vědecko-výzkumné je chystaný projekt European Drug Addiction Prevention trial (EU-Dap II), který navazuje na již realizovaný projekt EU-Dap. EU-Dap II je zaměřen na evaluaci tří typů primárně-preventivních programů (základní kurikulum, peer kurikulum, rodičovské kurikulum). Pro oblast praktické spolupráce mezi zařízeními existuje např. projekt EURO NET, který vznikl z iniciativy zlepšit komunikaci mezi poskytovateli primární prevence navzájem a vytvořit prostor pro výměnu pozitivních zkušeností při práci v oblasti primární prevence rizikových jevů.</p>	

<b>Jméno, příjmení</b>	Vladimír Hambálek
<b>Název</b>	Využitie niektorých prístupov a metód sociálnej práce s komunitou v prevencii sociálno-patologických javov.
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Ústredie práce sociálnych vecí a rodiny, Odbor poradensko-psychologických služieb, Bratislava, SR
<b>Anotace</b>	
<p>V příspěvku by sme chceli popísať vybrané prístupy a metódy sociálnej práce s</p>	

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

komunitou a možnosti ich uplatnenia v prevencii sociálno-patologických javov. Predpokladáme, že komunitná práca, komunitné organizovanie a komunitný rozvoj so svojimi aplikačnými nástrojmi a postupmi môžu pomôcť pri prevencii sociálnej patológie v rôznorodom kultúrnom, regionálnom, inštitucionálnom a organizačnom kontexte. Ďalej popíšeme vybrané prístupy v rámci sociálnej práce s komunitou, aj spôsob akým ich filozofické a hodnotové pozadie môže determinovať vnímanie preventívnej práce.

<b>Jméno, příjmení</b>	Blanka Hrudková
<b>Název</b>	Agresivita - podstatné hledisko při rozlišování poruch chování; výsledky průzkumu disruptivních poruch chování ve vzorku pražských škol
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Školní poradenské pracoviště, ZŠ Bří Venclíků 1140, Praha 9 - Černý Most

**Anotace**

Přednáška se bude zabývat stručnou klasifikací disruptivního chování, tedy ADHD - poruchy hyperaktivity a deficitu pozornosti, ODD - poruchy opozičního vzoru a CD - poruchy chování podle kritérií DSM-IV-R. Dále se bude zabývat i diferenciatní diagnostikou, vystižením rozdílů mezi symptomy ADHD a poruchou chování příkladem z praxe, přičemž hledisko agresivity a záměru budeme považovat za rozhodující. Navážeme na problematiku specifických vývojových poruch chování při integracích ve školách (častost diagnostiky poruch chování, neodlišování rozdílů mezi ADHD a poruchou chování rodičovskou/laickou veřejností). Po ukázkě diagnostického nástroje (Posuzovací škála problémového chování) pro oblast disruptivních poruch chování ve školním a rodinném prostředí, se budou diskutovat návrhy pro zhodnocení diagnos disruptivních poruch chování podle Du Paulovy normy. Měli bychom zmínit i teoretické trendy v této oblasti a uvědomit si důsledky pojetí disruptivních poruch chování jako spektrální poruchy pro praxi. Nakonec se budeme věnovat prezentaci výsledků průzkumu disruptivního chování ve vzorku pražských škol při používání Posuzovacích škál problémového chování, kde se autorka pokusí zachytit trendy v hodnocení dětí, které mají ve školních výkonech nebo ve svém chování problémy, odlišující se od normy, a také na bližší charakteristiku dětí, které vykazují některou z disruptivních poruch chování. Průzkum z roku 2002 probíhal na pražských běžných a speciálních školách ve spolupráci s učiteli těchto škol a rodiči žáků. Kromě hodnocení závažnosti chování dětí, rodiče i učitelé posuzovali i jejich míru v jednotlivých situacích. Průzkum ukazuje na celkový výskyt diagnos disruptivního chování na speciálních a základních školách zapojených do projektu, na závislosti mezi vzděláním rodičů a výskytem disruptivního chování u takových dětí, nejčastější nejproblémovější situace v chování doma a ve škole, shrnutí rozdílů mezi hodnocením rodičů a učitelů. Autorka prezentuje celkové výsledky průzkumu včetně doporučení dotazníků pro praxi škol a jejich učitelů, zejména na základním stupni.

<b>Jméno, příjmení</b>	Jan Juhas
<b>Název</b>	Mobbing a manipulácia. :Mužský a ženský rod
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Fakulta manažmentu PU Prešov
<b>Anotace</b>	

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

Príspevok sa zaoberá agresívnym a manipulátnym správaním na pracovisku. Kládne niekoľko otázok. Kto sa cíti na pracovisku obeťou. Muži alebo ženy ?. Ake stratégie na získanie pracovných pozícií používajú ženy a aké muži ? Kto využíva viac manipulatívne stratégie pri mobbingu ? Ako sa prežívaný mobbing premeta v prežívaní jednotlivca a hlavne v strachu ? Výskum bol realizovaný na dospeljej populácii radových pracovníkov a manažérov a ukázal, že nielen rod, ale aj sociálne pozadie má vplyv na mobbingové správanie.

<b>Jméno, příjmení</b>	Kabíček, P., Sulek, Š.
<b>Název</b>	Abúzus návykových látek jako součást syndromu rizikového chování v dospívání. Preventivní aspekty v pediatrické péči
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Klinika dětského a dorostového lékařství 1.LF UK a VFN Praha, Subkatedra dorostového lékařství IPVZ Praha, 1. LF UK Praha

**Anotace**

Syndrom rizikového chování v dospívání (SRCH-D) se v současné době podílí rozhodující měrou na morbiditě i mortalitě našich dospívajících. Úrazy, otravy a sebevraždy tvoří dnes více než 75% jejich úmrtí.

SRCH-D má 3 součásti:

1. abúzus návykových látek
2. sociální maladaptace v užším slova smyslu (charakterizované agresivitou chování k vrstevníkům, i event. autoagresivitou)
3. poruchy reprodukčního zdraví (časný začátek intimního života, vysoká prevalence sexuálně přenosných chorob, spont. i indukované potraty a časná a nechtěná těhotenství)

Prevence SRCH-D je celospolečenskou úlohou. Primární prevence abúzu návykových látek by měla začínat i na úrovni primární zdravotnické péče. Pro tyto účely byl vyvinut v minulém roce Manuál protidrogové prevence pro ordinace praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) dále Manuál. Systémem regionálních postgraduálních seminářů byli PLDD školeni v dovednostech jednání s dospívajícím a provádění preventivního poradenství v oblasti SRCH-D, tento proces musí však být dlouhodobý.

Manuál doporučuje tento postup při preventivním pohovoru s dospívajícím:

1. základní psycho-sociálního screening ( informace o adaptaci dospívajícího ve společnosti)
2. krátké orientační zhodnocení problému s návykovými látkami ( CRAFFT dotazník, MKN 10 dotazník)
3. krátká intervence (specifikovaná podle míry rizika)
4. a event. další směřování dospívajícího do nespécifické nebo specífické protidrogové léčby.

Manuál jsme v průběhu roku 2005 vyzkoušeli u dospívajících hospitalizovaných pacientů Kliniky dětského a dorostového lékařství 1.LF UK a VFN Praha.

Během 5 měsíců jsme oslovili 53 hospitalizovaných dospívajících (13chlapců, 40 dívek, věk 15,7 ± 1,6). Všichni podepsali informovaný souhlas, že budou vypovídat pravdivě. Soubor jsme rozdělili podle několika kritérií a porovnali dotazníky CRAFFT a MKN-10. Zkušenost s alkoholem referovalo 90,5%, s marihuanou 35,8% , s dalšími ilegálními drogami 7,5%. CRAFFT zachytil užívání návykových

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

látek lépe než MKN - 10 u dospívajících se zkušeností s tabákem ( $p < 0,00001$  vs.  $p < 0,001$ ), a to i mezi současnými a bývalými kuřáky v intervalu posledních 30 dnů ( $p < 0,001$  vs.  $p < 0,05$ ), s alkoholem ( $p < 0,00001$  vs.  $p < 0,01$ ) i s marihuanou ( $p < 0,0001$  vs.  $p < 0,001$ ). Více kladných odpovědí v CRAFFT-u mají dospívající starší 15 let ( $p = 0,057$ ), dospívající s horším školním prospěchem ( $p = 0,059$ ) a nezáporným názorem na drogy ( $p < 0,05$ ). Všichni dospívající se zkušenostmi s marihuanou měli předchozí zkušenost s tabákem ( $p < 0,001$ ). Nenašli jsme signifikantní rozdíly v žádném ze sledovaných parametrů v závislosti na pohlaví. Manuál drogové prevence je vhodnou screeningovou metodou pro PLDD.

<b>Jméno, příjmení</b>	Kamil Kalina
<b>Název</b>	Včasná detekce a intervence u problémů s návykovými látkami
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Centrum adiktologie PK 1.LF UK Praha
<b>Anotace</b>	
<p>Referát se nejprve zabývá kritérii pro diagnózu „škodlivé užívání“ dle MKN 10 a ukazuje jejich využití pro včasné rozpoznání problémů s návykovými látkami. Dále jsou prezentovány některé pomůcky pro včasnou detekci, např. dotazník CAGE, „Trojúhelník závažnosti problémů“ a schémata doporučená pro rodiče a učitele pro zjištění, zda člen rodiny, žák či student užívá návykové látky. Diskutuje se problém orientačních textů na přítomnost drog v moči: rodiče o ně často mají zájem, jejich nezávažné použití však představuje riziko v rodinných vztazích. Včasné rozpoznání problému je důležité proto, aby bylo možné předejít zhoršování návyku a vzniku závislosti. Referát upozorňuje na několik postupů včasné intervence, které mohou využívat např. výchovní poradci nebo lékaři první linie. Intervence se zaměřují především na motivaci, zvědomění rizik, sebekontrolu a sebehodnocení, objasnění psychologických a interpersonálních problémů a spouštěčů užívání návykových látek. Cílem včasných intervencí je snížit nebo zastavit užívání, omezit rizika a získat motivaci pro vyhledání odborné pomoci.</p>	

<b>Jméno, příjmení</b>	Hana Konečná
<b>Název</b>	Poruchy plodnosti a jejich prevence jako interdisciplinární problém
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita, Katedra klinických oborů
<b>Anotace</b>	
<p>Potíže s otěhotněním a donošením vlastního zdravého dítěte a léčba těchto potíží je vážným problémem nejen vyspělých zemí. Podle statistik se týká až 20% párů a přináší značné zdravotní a psychosociální problémy a značné finanční náklady. V souladu se záměry WHO, jmenovanými strategií Health for All in the 21st Century se i v této oblasti hledají ovlivnitelné (tedy lidským jednáním dané) rizikové faktory snižující šance počít a donosit vlastní zdravé dítě. Jako identifikované se označují např.: kouření, drogy, alkohol, podvýživa, obezita, nevhodné sportovní aktivity, uvažuje se o vlivu stresu, objevují se zmínky i o faktorech tzv. iatropatogenních. Jako jednoznačně nejvýznamnější faktor z vlivů psychosociálních je opakovaně označován věk, především ženy. Pro prevenci těchto možných rizik je nutná spolupráce odborníků z medicínských i nemedicínských oblastí.</p>	

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

<b>Jméno, příjmení</b>	Eva Králíková, Lenka Štěpánková
<b>Název</b>	Kouření tabáku a rizikové chování
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Centrum léčby závislosti na tabáku, III. interní klinika, LF UK Praha
<b>Anotace</b>	
<p>Je to nejčastější a první závislost, se kterou má většina mladých zkušenost. Závislost na nikotinu se u mladistvých rozvíjí rychleji než u dospělých. Navíc se kuřák cigaret stane snadněji závislým na dalších návykových látkách, pokud se s nimi setká. Kouření, a to i pasivní, velmi úzce souvisí s rizikovým chováním. Vysokou prevalenci kouření (60-90 %) můžeme najít u psychicky nemocných (např. s dg. deprese, schizofrenie, syndromu ADHD a úzkostných poruch), závislých na jiných látkách nebo mladých s rizikovým chováním. Kouření tabáku by se proto měla věnovat velká pozornost a to jak v prevenci, tak v léčbě, s vědomím negativních dopadů kouření na zdraví populace a mnohočetných souvislostí s ostatním rizikovým chováním.</p>	

<b>Jméno, příjmení</b>	Kudová, O., Kuda, A.
<b>Název</b>	Možnosti prevence na internetu
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	o. s. Sananim
<b>Anotace</b>	
<p>Počátkem roku 2004 byl zprovozněn server zaměřený na primární prevenci zneužívání návykových látek <a href="http://www.odrogach.cz">www.odrogach.cz</a> &lt;<a href="http://www.odrogach.cz/">http://www.odrogach.cz/</a>&gt;. Při jeho přípravě jsme mapovali dosavadní zkušenosti tuzemské a především zahraniční. Za tři roky fungování projektu se nám povedlo některé zamýšlené aktivity realizovat a bohužel některé bylo nutné redukovat popřípadě od jejich realizace upustit. V našem sdělení bychom rádi přinesli přehled o současných a plánovaných službách tohoto projektu. Předneseme shrnutí dosavadních zkušeností s výčtem úskalí, která při realizaci služby narážíme. Součástí sdělení bude online ukázka klíčových částí služby.</p>	

<b>Jméno, příjmení</b>	Veronika Martanová
<b>Název</b>	Proces certifikace primární prevence z pohledu Certifikační agentury
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	IPPP ČR
<b>Anotace</b>	
<p>Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence uživatelů návykových látek je posouzení a formální uznání, že program odpovídá stanoveným normám kvality a komplexnosti. Tyto normy jsou rozpracovány a schváleny MŠMT, RVKPP a Výborem pro udělování certifikací primární prevence uživatelů návykových látek při MŠMT. Jedná se o Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek, Metodiku místního šetření pro Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek a Certifikační řád. Cílem certifikace je</p>	

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

zajistit kvalitu programů a efektivní vynakládání finančních prostředků, které jsou na činnost těchto programů poskytovány z veřejných zdrojů.  
Anotovaný příspěvek sleduje proces certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence uživatelů návykových látek v pohledu Agentury pro certifikace, která je jmenována MŠMT jako servisní organizace a připravuje podklady pro rozhodování Výboru o udělení či neudělení certifikace. Agentura pro certifikace též zajišťuje a organizuje též místní šetření u poskytovatelů programů PPUNL

<b>Jméno, příjmení</b>	Jakub Minařík
<b>Název</b>	Internetové poradenství
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	o. s. Sananim
<b>Anotace</b>	

<b>Jméno, příjmení</b>	Michal Miovský, Jana Zapletalová
<b>Název</b>	Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Centrum adiktologie PK 1. LF a VFN UK v Praze, Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR
<b>Anotace</b>	
<p>Úvodní část prezentace obsahuje reflexi historického vývoje primární prevence v adiktologii v ČR a autoři na ní vysvětlují proč došlo ve vývoji preventivní programů k disproporcii mezi jednotlivými oblastmi rizikového chování. Všechny formy rizikového chování mají samozřejmě mnoho společných příčin. Liší se však ve svých projevech a různé preventivní strategie mají u různých forem odlišnou efektivitu. Ve druhé části prezentace je proto hlavním cílem představit koncept všech základních typů rizikového chování s následným vyústěním do návrhu jednotného konceptu rizikového chování. Tím autoři chtějí zdůraznit jednak to, co mají jednotlivé formy rizikového chování společného, ale i to, co je odlišuje. Závěr prezentace obsahuje návrh postupu další tvorby systému preventivních programů v ČR, který musí respektovat mezioborovou a meziresortní povahu primární prevence. To je také základní podmínkou pro dosažení rovnováhy mezi principy integrace (tedy propojování společných témat a zajištění návaznosti) a principy specializace (tedy respektování odlišností a specifik všech typů rizikového chování).</p>	

<b>Jméno, příjmení</b>	Michal Miovský, Lenka Miovská, Barbara Trapková
<b>Název</b>	Hlavní výsledky prvního retestu kvaziexperimentální evaluační studie
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Psychologický ústav Akademie věd ČR Centrum adiktologie, PK a VFN 1. LF UK v Praze, Prev-centrum Praha
<b>Anotace</b>	

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

**Background:** Projekt evaluace primárně preventivního programu si klade za hlavní cíl porovnat rozdíl mezi výsledkem intervence spočívající v realizaci preventivního programu na komunitní bázi a aplikací pouze tzv. minimálního preventivního programu. Projekt je postaven jako kvaziexperimentální pětiletá studie bez randomizace ve výběru účastníků.

**Metody:** V rámci projektu byly mj. prostřednictvím dotazníku zjišťovány údaje o užívání drog mezi žáky 7. tříd ZŠ a postoji žáků k těmto drogám. Výsledky tohoto testování jsou srovnávány s výsledky testování provedeného v roce 2003 u stejné cílové populace, tj. v té době žáků 5. tříd ZŠ.

**Soubor:** Výběrový soubor tvoří žáci základních škol Prahy 6, které jsou zapojené do primárně preventivního programu. Kontrolní skupina je sestavena ze škol nezapojených do tohoto programu primární prevence (realizující pouze tzv. minimální preventivní program) a vybraných škol přiléhajících k hranicím Prahy 6. Proveden byl záměrný výběr, neboť existující podmínky neumožňují randomizaci. Do projektu se zapojilo celkem 25 škol z Prahy 6 a z přilehlých obvodů Prahy 6 s celkovým počtem 1 142 respondentů, žáků 7. tříd ZŠ.

**Výsledky:** Ve větší části hodnocených indikátorů dosáhla experimentální skupina lepších výsledků, než skupina kontrolní, ale pouze v oblasti užívání alkoholu byly prokázány statisticky významné rozdíly. V jiných oblastech rozdíly statisticky významné nebyly, přestože ke experimentální skupině dosáhla lepších výsledků. Pokud jde o významný výsledek srovnání experimentální a kontrolního souboru v užívání alkoholu, oba soubory se navzájem liší ve dvou indikátorech, jedná se o zkušenost s vínem během posledních 30 dnů a zkušenost s destiláty během posledních 30 dnů.

<b>Jméno, příjmení</b>	Pavína Němcová
<b>Název</b>	Výzkum vztahů ve třídách a možné intervence
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Pedagogicko-psychologická poradna Opava, příspěvková organizace Opava
<b>Anotace</b>	
Seznámení s výsledky výzkumu vztahů ve třídách základní škol okresu Opava a následné kroky při řešení problematiky, která z tohoto výzkumu vyplynula. Možnosti využití dotazníku B3 a jeho počítačové verze na <a href="http://www.dagnostikaskol.cz">www.dagnostikaskol.cz</a> .	

<b>Jméno, příjmení</b>	Jaroslav Poláček
<b>Název</b>	Zamyšlení nad poruchami osobnosti.
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Nová poliklinika Masarykův dům, Trutnov
<b>Anotace</b>	
Autor srovnává své zkušenosti z práce ve věznici a v polepšovně. Vidí určité nesrovnalosti v detailnější diagnostice poruch osobnosti a jejich závažnosti, které jsou v obou zařízeních vedoucími a nejpodstatnějšími diagnosami. Je za včasnou a přesnou diagnostiku poruch osobnosti, které jsou velmi obtížně terapeuticky ovlivnitelné. Je za odborné profesní posuzování psychiatrických a sexuologických poruch. Protestuje proti náhradním výrazům, které mají zamlžovat traumatickou skutečnost. Vyhýbání se určitým termínům na příklad z důvodu vývojové neurčenosti nebo z nemedicinských, např. politických důvodů považuje za velmi škodlivé.	



Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

<b>Jméno, příjmení</b>	Josef Radimecký
<b>Název</b>	Primární fikce prevence užívání drog?
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Centrum adiktologie, PK a VFN 1. LF UK v Praze
<b>Anotace</b>	
<p>Příspěvek je pokusem o kritické čtení tezí o základních východiscích primární prevence: a) užívání drog by nemělo být společensky akceptovanou formou chování mladých lidí, b) preventivní programy by měly vést k tomu, aby si děti a mladí lidé uvědomovali, že užívání drog s sebou přináší velká zdravotní a sociální rizika, že c) převážná část společnosti drogy neužívá, a že d) užívání drog není společensky vnímáno jako „normální“. Na konkrétních příkladech bude ilustrováno, že tato východiska jsou spíše science-fiction než realitou života v české společnosti a představují tak významnou překážku dopadu preventivních aktivit na chování mladých lidí.</p>	

<b>Jméno, příjmení</b>	Radimecký, J., Kormaňáková, B.
<b>Název</b>	Jde to, ale dře to...
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Centrum adiktologie PK 1. LF UK Praha, White Light I. Ústí nad Labem
<b>Anotace</b>	
<p>Za účasti více než 100 škol a školských zařízení byla provedena analýza situace v jimi realizovaných programech primární prevence užívání návykových látek v Ústeckém kraji. Ve sdělení budou prezentovány zejména a) poznatky o preventivních programech, b) o zapojování externích spolupracovníků, jejich výběru a spokojenosti s jejich službami, c) o hodnocení stávajících preventivních programů, d) o aktuálních potřebách školních i okresních metodiků prevence a e) doporučení pro zlepšení situace ve zkoumané oblasti platná patrně nejenom pro Ústecký kraj.</p>	

<b>Jméno, příjmení</b>	Eva Šedá
<b>Název</b>	Využití konceptu „CLOSE TO“ k prevenci rizikového chování mladých začínajících řidičů
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Centrum dopravního výzkumu Brno
<b>Anotace</b>	
<p>Základní myšlenka projektu je převzata z preventivních programů (AIDS, drogy) a je známá jako metoda výuky vrstevníky - tzv. peer programy. Projekt CLOSE TO si klade za cíl využít novou metodu výuky vrstevníky v autoškolách a následně ověřit její účinnost. Na projektu se podíleli mladí lidé, kteří sami prožili závažnou dopravní nehodu. Tito mladí lidé byli připravováni k samostatnému vystoupení před skupinou vrstevníků (mladých uchazečů o řidičské oprávnění). Vyškolení účastníci dopravní nehody, tzv. peer mentoři, se účastnili hodiny výuky přímo v autoškolě a popsali příběhy dopravních nehod, kterých byli sami účastníky. Žáci autoškol takto získávají za pomoci vrstevníka intenzivní emotivní vjem prostřednictvím popisu všech faktorů a následků nehodového děje. <a href="http://www.close-to.net">www.close-to.net</a></p>	

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

<b>Jméno, příjmení</b>	Soyková, V.
<b>Název</b>	Závislostní chování a připravenost na krizové stavy
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	FD CVUT -K 613, Praha
<b>Anotace</b>	
<p>Sociální dopad závislostního chování je evidentní. Připravenost na krizové stavy se stává srozumitelně řešenou otázkou naší společnosti - /připraveností rozuměj nejen dobu bezprostředně po krizi, kdy triází, by měli být evidováni jedinci se závislostním chováním/; v dnešní době by bylo užitečné zahrnout do tzv. plánů připravenosti i spádovou specializovanou péči pro specifické stavy, které u adiktologických jedinců nastávají v souvislosti s možnými posttraumatickými stresovými poruchami.</p> <p>Odpovědnost společnosti i odborníků za adiktologickou populaci je výzvou k zamyšlení.</p> <p>Psychologické aspekty v době krizí a bezprostředně po nich jsou výzvou i z pohledu dopravy, a to včetně logistiky.</p>	

<b>Jméno, příjmení</b>	Eva Škrdlantová
<b>Název</b>	Literární soutěž
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Úřad vlády České republiky
<b>Anotace</b>	
<p>Do 1. ročníku literární soutěže "Drogy: Co s nimi? Jak bez nich?", určené autorům ve věku 15-20 let, bylo zasláno celkem 126 příspěvků. Autorka se zabývá možnostmi využití literárního díla v protidrogové prevenci a uvádí podrobnější informace o soutěžních příspěvcích a jejich autorech. Na rok 2007 se připravuje vydání sborníku s vybranými soutěžními pracemi.</p>	

<b>Jméno, příjmení</b>	Kateřina Šrahůlková
<b>Název</b>	Internetové programy v Německu
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	PedF UK Praha, ZŠ Santoška, Praha
<b>Anotace</b>	
<p>Tento článek se zabývá internetovými programy v Německu, které jsou zaměřeny na osoby užívající legální nebo nelegální drogy.</p> <p>V Německu (stejně jako v řadě dalších zemí) existuje mnoho internetových odkazů, které jsou zaměřeny na osoby užívající drogy. Na většině z nich jsou však zpravidla informace o různých druzích drog, jejich účincích, dále nabídky různých zařízení pro závislé a podobně. V tomto článku popisují dvě webové stránky, kde lze najít dva v Německu nejrozšířenější programy pro uživatele drog. Tyto programy pracují s přihlášenými závislými konkrétně a adresně.</p> <p>Jde o program Spolkové centrály pro zdravotnickou osvětu - název programu je „Skoncuj s kouřením“ a o program společnosti Drugcom - „Quit the shit“ („Skoncuj s těma sračkama“). První z nich je zaměřen na osoby, které užívají tabákové výrobky a druhý na osoby užívající marihuanu.</p>	

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

<b>Jméno, příjmení</b>	Tamara Tošnerová
<b>Název</b>	Prevence zneužívání a šikany stárnoucích
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Klinika dětské neurologie, FN Motol
<b>Anotace</b>	
<p>Příspěvek vychází m.j. i z materiálů, které jsou k dispozici online na stránkách <a href="http://www.pecujici.cz">www.pecujici.cz</a>. Zabývá se pojmy spojenými s týraným a zneužívaným stářím a s poznatky z USA z National Center On Elder Abuse, se statistickými údaji, zatím ve světě nejrozsáhlejšími a jejich vývojem. Vysvětluje i možné definice špatného zacházení se seniory. Objasňuje různé přístupy v evropských zemích spojených spíše s vytvářením sociálních sítí, než kriminalizace problematiky, jak je tomu v USA. Pozornost je věnovaná i důvodům zneužívání starého člověka a bariérám jeho ohlášení. Věnuje se situacím, které podporují sociální patologii v našich kulturních podmínkách, včetně reklam, lidových řízení a pohádek např. bratří Grimmů. Obecný postoj a přístup k řešení zneužívání starého člověka v České republice zatím hledá svou tvář.</p>	

<b>Jméno, příjmení</b>	Peer Van der Kreef
<b>Název</b>	Dobrá praxe prevence založené na výzkumem ověřených poznatcích
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	
<b>Anotace</b>	

<b>Jméno, příjmení</b>	Helena Vrbková
<b>Název</b>	Výcvikové vzdělávací programy v oblasti prevence - nadstandard či samozřejmost.
<b>Forma</b>	Ústní sdělení
<b>Pracoviště</b>	Život bez závislostí, Praha
<b>Anotace</b>	
<p>Příspěvek je zaměřen na charakteristiky výcvikového způsobu vzdělávání, specifika výcviku v porovnání s ostatními formami vzdělávání. Zařazení výcvikových forem práce mezi ostatní nabídky v oblasti vzdělávání v primární prevenci, jejich srovnání. Výcvikové programy ve vztahu k požadavkům na vzdělání, k potřebám terénu. Co by měl a neměl výcvikový program nabídnout zájemci. Co očekávat od této formy vzdělávání. Její význam při práci v oblasti primární prevence.</p>	

## Anotace workshopů (Abecedně řazeno)

<b>Jméno, příjmení</b>	Pavla Doležalová, Danuše Netolická
<b>Název</b>	Spolupráce mezi krajským protidrogovým koordinátorem a krajským školským koordinátorem prevence
<b>Forma</b>	Workshop
<b>Pracoviště</b>	Středočeský kraj, Praha
<b>Anotace</b>	
Workshop nabízí náhled na možnosti formální a neformální spolupráce, co se daří a co se nedaří mezi krajským protidrogovým koordinátorem a krajským školským koordinátorem prevence ve SK. Vymezení kompetencí obou koordinátorů a spolupráce s romským koordinátorem a manažerem prevence kriminality, vč. příkladů dobré praxe. Cílem bude společné hledání návrhů řešení zlepšení efektivní spolupráce na ostatních krajích.	

<b>Jméno, příjmení</b>	Josef Duplinský
<b>Název</b>	Efektivní regulace užívání návykových látek - jaké možnosti a hranice mají legislativní opatření?
<b>Forma</b>	Workshop
<b>Pracoviště</b>	Pedagogická fakulta, UK Praha
<b>Anotace</b>	
Hodnotící postoj společnosti k drogám byl a dosud je určován mentalitou doby. Dochází k názorovým střetům konzervativnějších společenských skupin a skupin odborníků se zastánci (opět určité společenské skupiny a skupiny odborníků) jisté legalizace některých drog. Argumenty obou stran někdy akcentují, jindy zase možná opomíjejí, některé relevantní skutečnosti. Závažnost a citlivost problému aktivuje politiky a tím ještě dále zproblematická přijetí adekvátního postoje jak u veřejnosti jako celku, tak u jednotlivce. Tato „ideologická válka“ potom někdy nutí i představitele odborných skupin k přijímání ne zcela profesionálního postoje. Obsahem workshopu by měla být neformální a svobodná výměna názorů a zkušeností na toto téma, s cílem jeho jasnějšího definování.	

<b>Jméno, příjmení</b>	Iva Kundrátová, Magda Štěpánková
<b>Název</b>	Divadlo v programech primární prevence v 1. třídách ZŠ
<b>Forma</b>	Workshop
<b>Pracoviště</b>	Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, odd. Triangl, Praha
<b>Anotace</b>	
Pohádky a příběhy umožňují dětem uchopovat svět kolem sebe. Divadlo je netradiční a hravý způsob komunikace, který dětem umožňuje seznámit se a zažít na vlastní kůži nejrůznější sociální situace včetně rizikového chování a jeho	

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

následků. Využití divadla v primárně preventivních programech pro 1. třídy základních škol, vnímáme jako jeden z nejefektivnějších způsobů práce s malými dětmi. Divadlo podporuje u dětí spolupráci, kooperaci, kreativitu, přináší zážitek ze společně vytvořeného díla a umožňuje prosadit se i těm, kteří v kolektivu obvykle příliš nevyčnívají. Ve workshopu chceme ukázat jak je možné využít divadlo a dramatické prvky v praxi primárně preventivních programů, a to (nejen) v 1. třídách ZŠ. Součástí bude ochutnávka techniky s dramatickými prvky.

<b>Jméno, příjmení</b>	Vaněček, M.
<b>Název</b>	Komplexní program prevence nežádoucích jevů pro 2. stupeň základních škol- Malá policejní akademie
<b>Forma</b>	Workshop
<b>Pracoviště</b>	Národní protidrogová centrála, Praha
<b>Anotace</b>	

<b>Jméno, příjmení</b>	Radimecký, J., Kormaňáková, B.
<b>Název</b>	Když dva dělají totéž, není to totéž...
<b>Forma</b>	Workshop
<b>Pracoviště</b>	Centrum adiktologie PK 1.LF UK Praha, White Light I, Ústí nad Labem
<b>Anotace</b>	
Ve workshopu budou představeny některé hlavní překážky realizace programů primární prevence užívání návykových látek ve školách , jež byly identifikovány v rámci Analýzy primární prevence v Ústeckém kraji. Uvedené překážky budou postaveny do kontrastu se způsobem realizace programů vzdělávání o drogách v britských školách.	

## Anotace vývěskových sdělení

<b>Jméno, příjmení,</b>	Andrea Canigová
<b>Název</b>	Vývin agresivity u dětí předškolního věku a možnosti jej prevence
<b>Forma</b>	Vývěskové sdělení
<b>Pracoviště</b>	
<b>Anotace</b>	

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

<b>Jméno, příjmení</b>	Martin Dolejš
<b>Název</b>	Anebo
<b>Forma</b>	Vývěskové sdělení
<b>Pracoviště</b>	Katedra psychologie, FF UP Olomouc
<b>Anotace</b>	
<p>Projekt nese oficiální název: „Prostor pro terciární vzdělávání a kooperaci subjektů v oblasti prevence sociálně patologických jevu a sociální exkluze u dětí a mládeže v Olomouckém kraji“. Vymysleli jsme však a používáme i kratší variantu, pod kterou budeme i nadále tento projekt prezentovat. Tímto názvem je: „A nebo...“, což má vyjadřovat otevřenost tohoto vzdělávacího kurzu vůči potřebám a zkušenostem frekventantů, ukázat alternativy a možnosti, které se nabízejí pro práci s dětmi a studenty při prevenci toho, co nazýváme sociálně patologickými jevy.</p> <p>V současné době probíhá již druhý výcvikový běh a chystá se běh třetí - poslední. Celý projekt se tak přehoupl do své druhé poloviny. Dosavadní výsledky můžeme hodnotit jako velmi zdařilé. Díky vytvoření bezpečného prostoru pro sdílení zkušeností, vzájemnou motivaci a podporu se účastníkům prvního běhu podařilo předat velké množství ucelených teoretických poznatků z oblasti primární i sekundární prevence, nacvičit chování v obtížných situacích a předat kompetence pro jejich vhodné zvládnání. Vysoké efektivity bylo dosaženo i díky tomu, že účastníci mohli získané poznatky a kompetence ihned využívat ve své každodenní práci a ověřovat si tak jejich účinnost. Naučili se, že spolupráce s ostatními lidmi vně i uvnitř školy je nesmírně důležitá a že prosazování smysluplných změn v jejich práci se i přes počáteční těžkosti vyplácí.</p>	

**Symposium - Prevence, včasná diagnostika a intervence v  
podmínkách ústavní výchovy a péče**

(připraveno ve spolupráci s MŠMT)

**Problematika ústavní péče v kontextu školských zařízení pro výkon ústavní a  
ochranné výchovy - PaedDr. Jiří Pilař**

Snaha komunity vzít na sebe péči o děti, které nemají rodiče či jiné rodinné příslušníky, kteří by se o ně postarali, je stará v podstatě jako lidstvo samo. První zmínky o existenci institucí zabývajících se výchovou dětí, které nemají vlastní rodinu nacházíme již v daleké minulosti. Jednou z prvních skutečně historicky doložitelných výchovných institucí na území Čech je dnešní Diagnostický ústav pro mládež v Praze 2, dříve Vychovatelna spolku pro blaho káránců Královských Vinohrad, datující se již od poloviny 19. století.

Významným historickým datem pro výchovnou péči ve školských zařízeních je 1. červenec 2002, kdy vešel v platnost zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změnách dalších zákonů, který byl o tři roky později novelizován zákonem 383/2005 Sb. Tento zákon je v našich podmínkách historicky prvním zákonem, který se cele věnuje výchově a vzdělávání dětí, vyrůstajících ve školských institucích zabezpečujících náhradní výchovnou péči.

Abychom se ale mohli alespoň zevrubně orientovat v této problematice, je nutné osvojit si některé pojmy, s nimiž tato problematika pracuje.

**Vymezení pojmů**

Školská zařízení pro děti a mladistvé s nařízenou ústavní výchovou a uloženou ochrannou výchovou (dále jen „zařízení“) poskytují dětem plné přímé zaopatření, včetně výchovy a péče, kterou by jim za jiných okolností měli poskytnout rodiče. Umístěním dítěte do zařízení náhradní výchovné péče není dotčena povinnost školní docházky.

V zařízeních se zabezpečuje příprava dětí pro výkon budoucího povolání vytvářením příznivých podmínek pro studium v oblasti středního vzdělávání nebo vyššího odborného vzdělávání, a v pracovních poměrech. Dále poskytují péči, výchovu a vzdělávání dětem umístěným na základě žádosti rodičů nebo osob odpovědných za výchovu.

Do dětských domovů, dětských domovů se školou a výchovných ústavů jsou děti umísťovány prostřednictvím diagnostického ústavu. Ten zařízení metodicky vede, koordinuje a ověřuje účelnost postupu a výsledky náhradní výchovné péče ve svém územním obvodu, daném vyhláškou 438/2006 Sb.

Zařízení mohou být diferencována podle věku, mentální úrovně, zdravotního postižení, stupně obtížnosti výchovy, popřípadě i podle pohlaví dětí.

**Druhy zařízení:**

- a) diagnostické ústavy (dětské diagnostické ústavy, diagnostické ústavy pro mládež)

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

- b) dětské domovy
- c) dětské domovy se školou
- d) výchovné ústavy

Základní organizační jednotkou pro práci v zařízení náhradní výchovné péče je v dětských domovech a dětských domovech se školou rodinná skupina, zpravidla složená z chlapců i dívek různého věku, nebo výchovná skupina v diagnostických ústavech a výchovných ústavech.

Podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací činnosti a péče v zařízení včetně práv a povinností dětí a osob odpovědných za výchovu stanoví vnitřní řád.

Do zařízení jsou umísťovány děti na základě výchovných opatření uložených soudem (ústavní výchova, ochranná výchova) či předběžného opatření do doby rozhodnutí soudu, ve věku zpravidla od tří do osmnácti let, popř. do ukončení přípravy na povolání, nebo po nařízení soudu o prodloužení ochranného výchovného opatření do devatenácti let. Náhradní výchovná péče se uskutečňuje prostřednictvím speciálně pedagogických činností a jiných činností školských služeb (psychologické, zdravotní, sociální) za účelem zabezpečení zdárného psychického a fyzického rozvoje dětí a mladistvých a jejich všestrannou přípravu na samostatný život ve společnosti.

Předběžné opatření podle § 76a občanského soudního řádu č. 99/1963 Sb. ve znění pozdějších předpisů je opatření soudu ocitlo-li se nezletilé dítě bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy nebo narušeny. Návrh podává orgán sociálně právní ochrany a rozhoduje o něm soud.

Ústavní výchova je soudem nařizována dle § 46 Zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů, jestliže je výchova dítěte vážně ohrožena či narušena a případná jiná výchovná opatření nevedla k nápravě, nebo jestliže z jiných závažných důvodů nemohou rodiče výchovu dítěte zabezpečit.

Ochranná výchova je soudem ukládána na základě zákona č. 218/2003 Sb., o trestním soudnictví nad mládeží, pokud dítě vykonalo čin, jenž by mohl být uznán při trestní odpovědnosti dítěte jako čin trestný, jako případný doplněk podmíněného, nebo kratšího nepodmíněného trestu. Ochranná výchova trvá, dokud to vyžaduje její účel, nejdéle však do dovršení osmnáctého roku věku dítěte; vyžaduje-li to zájem dítěte, může ji soud prodloužit do dovršení jeho devatenáctého roku.

Sociálně právní ochranou dětí podle zákona 359/1999 Sb. o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, je chápána ochrana práva dítěte na zdravý vývoj, řádnou výchovu a ochrana oprávněných zájmů dětí včetně jeho případného jmění, předcházení vzniku ohrožení dítěte nebo narušení jeho zdravého vývoje a působení k obnovení narušených funkcí rodiny. Sociálně právní ochranu zajišťují orgány sociálně právní ochrany dětí (dále OSPOD) tím, že zejména zjišťují ochranu práv a nároků dětí na příznivý vývoj a řádnou výchovu včetně jejich zájmů a působení na obnovení narušených funkcí rodiny, případy ohroženého nebo narušeného vývoje nebo výchovy a jsou povinny činit opatření k odstranění jejich příčin a důsledků, zejména opatření směřující k ochraně dětí před tělesným a duševním násilím a zanedbáváním.

Tedy především preventivní práce vůči selhávání rodiny, pomoc při řešení složitých situací rodin jevících se jako rizikových a snaha na udržení rodiny pohromadě. Jak ale mohou tuto funkci OSPOD smysluplně zajišťovat, když v průměru na jednu sociální pracovníci, pracovníka, připadá více než tři sta a v nejproblematictějších regionech dokonce téměř osm set problémových rodin? Po přechodu OSPOD z okresů na obce s rozšířenou působností totiž necitlivou místní sociální politikou zmizelo více než 20 % míst sociálních pracovníků. Důsledkem je pak nesystémová práce postrádající jakoukoliv prevenci selhání rodiny, ne vždy promyšlené



## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

umísťování dětí do ústavní péče (někdy předčasné, někdy pozdní), absence práce s rodinou po odejmutí dítěte v rámci její revitalizace ve jménu vytvoření možnosti rychlého návratu dítěte z ústavu zpět do původní rodiny. Řešení mezní - odebrání dítěte z rodiny, se stalo postupně krokem standardním, ve jménu jeho dalšího zdárného vývoje. I proto máme v současné době ve výchovných zařízeních více než 7 500 dětí a téměř všechny kapacity naplněny.

Vzhledem k významu prevence již v raném věku dítěte, je alarmující, že pracovníci OSPOD nemají prostor k preventivní práci s rizikovými rodinami, přičemž právě v těchto aktivitách se skrývá ta pravá prevence, jak již konstatovala jedna z největších postav britské kriminologie, David Farrington: „Je pravděpodobné, že události, které se stanou mezi počtím a třetím rokem života jsou prvními kroky ve vývojové řadě vedoucí k poruchám chování v dětství, případně k adolescentní delikvenci a zločinu v dospělosti.“ (Fonnagy, 1998).

Rozhodujícími články při umístění dítěte do ústavní péče nebo jeho potrestání jsou soudy. Velkým problémem bývá přes přítomnost zákona o soudnictví ve věcech mládeže přístup soudů k dětské problematice. Jejich pomalost je v zrcadle relativity času u dětského věku ještě pomalejší a nezřídka i formální rozhodování některých soudců o umístění dítěte v ústavu bez toho, že vůbec mají představu o dítěti i o zařizení kam jej svým rozhodnutím posílají někdy vše komplikuje.

Také rozdílné posuzování okolností při nařizování ochranných výchov bývá z pohledu odborníků v systému ústavní a ochranné výchovy diskutabilní. Neudržitelná by měla být skutečnost, že za opakované malé krádeže je nařízena ochranná výchova a např. za násilnou trestnou činnost pouze výchova ústavní. A případy, kdy se soudce rozhodne, že náhradou za vyšetřovací vazbu bude výchovné zařízení a násilníka na něhož stačí jen s obtížemi po zuby ozbrojený „rambové“ z řad policie nasměruje tam, kde slouží mnohdy vychovatelky ženy, je již ve své absurdnosti naprosto mimo komentář.

### Charakteristika zařízení náhradní výchovné péče

#### Diagnostický ústav

Diagnostický ústav plní úkoly diagnostické, výchovně vzdělávací, terapeutické (v oblasti psychologické, sociální, pedagogické), organizační, metodické a koncepční. Diagnostický ústav má ministerstvem určenou oblast působnosti (dále jen „územní obvod“). Rozmísťování dětí do odpovídajících dětských domovů nebo výchovných ústavů probíhá na základě výsledků komplexního speciálně pedagogického, psychologického a sociálního vyšetření, s přihlédnutím k jejich zdravotnímu stavu.

Diagnostický ústav je oprávněn vyslat do zařízení náhradní výchovné péče ve svém územním obvodu odborného pracovníka - koordinátora. Tento odborný pracovník vstupuje do zařízení náhradní výchovné péče za účelem metodického vedení, koordinace a ověřování účelnosti postupu a výsledků při výkonu náhradní výchovné péče.

Diagnostický ústav vede evidenci dětí umístěných v zařízeních náhradní výchovné péče ve svém územním obvodu a vede evidenci volných míst. Zařízení náhradní výchovné péče poskytují příslušnému diagnostickému ústavu bezodkladně informace o změnách v počtech umístěných svěřenců a o účinnosti realizace soudního rozhodnutí.

Ředitel diagnostického ústavu v zájmu koordinace činností vydává stanovisko k návrhu vnitřního řádu jednotlivých zařízení náhradní výchovné péče ve svém územním obvodu a vydává vnitřní řád diagnostického ústavu.

Diagnostický ústav ve svém územním obvodu zabezpečuje růst odborné úrovně pracovníků zařízení náhradní výchovné péče související s realizací ústavní výchovy

## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

a ochranné výchovy. V oboru své působnosti může uskutečňovat osvětovou činnost pro ostatní veřejnost.

Diagnostický ústav se vnitřně člení na pracoviště :

- diagnostické
- výchovně vzdělávací
- sociální práce
- záchytné.

Diagnostické ústavy jsou diferencovány podle věku dětí, popřípadě i podle pohlaví. Pro děti, které již neplní povinnou školní docházku, jsou zřizovány diagnostické třídy, v nichž je zajišťována jejich příprava na budoucí povolání. Počet žáků v diagnostické třídě se shoduje s počtem dětí ve výchovné skupině.

Dětský domov , Dětský domov se školou

Výkon ústavní výchovy dětí bez vážných poruch chování zajišťují dětské domovy. Základní organizační jednotkou v dětském domově bude rodinná skupina dětí zpravidla různého věku i pohlaví. Rodinná skupina má nejméně pět, nejvíce osm dětí, v závislosti na jejich mentální a zdravotní úrovni. Sourozenci se zpravidla zařazují do jedné rodinné skupiny.

Výchovný ústav

Výkon ústavní výchovy dětí zpravidla starších patnácti let s vážnými poruchami chování nebo výkon ochranné výchovy zajišťují výchovné ústavy.

Základní organizační jednotkou ve výchovném ústavu je výchovná skupina, v níž mohou být umístěni svěřenci různého věku i pohlaví. Výchovná skupina bude mít nejméně pět, nejvíce osm dětí v závislosti na jejich mentálním či zdravotním postižení nebo na míře obtížnosti výchovy.

Specifikace typů a oddělení výchovných ústavů (např. výchovně léčebný ústav - ústav pro svěřence s drogovou závislostí, pro svěřence s hyperaktivitou, výchovný ústav pro nezletilé matky s dětmi, výchovný ústav s ochranou výchovnou péčí atd.) je stanovena vyhláškou.

Současná situace v zařízeních

Klientela ve výchovných ústavech se proti minulým letům výrazně změnila. Je nejenom agresivnější a anetičtější, ale většinou také sociálně zdatnější, uvědomující si svá práva (již ne své povinnosti ) a více sebevědomá. Má větší nároky na stravu, na oblečení a co je velice podstatné, i na interpersonální vztahy. A právě zde docházíme k neurgickému bodu práce ve výchovných zařízeních náhradní výchovné péče. Výchovný pracovník dneška musí zákonitě volit při pozitivním ovlivňování jiné přístupy v komunikaci než v letech minulých. Práce ve výchovných ústavech je tak náročnější než dříve. Mnohý jedinec žijící v ústavu touží po neustálé konfrontaci s autoritou (stejně tak je tomu i v dnešní rodině) a nespokojí se s pouhým neosobním a formálním přístupem vychovatele či s jednoznačným režimem, který se mu pokouší strukturovat denní program.

Existuje stále větší procento dětí, které sice jsou v ústavu, ale vzhledem k hloubce jejich osobnostního či intelektového postižení, resp. duševní poruchy jsou schopné jen změny minimální a to v tom nejlepším případě. Péči o tyto jedince je pak nutné řešit ve spolupráci s ostatními resorty, což se příliš nedaří. Čím problémovější dítě i z pohledu zdravotnického, tak menší zájem o ně jeví, přestože je indikace problémovosti výrazně zdravotnická.

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

Práce vychovatele musí být skutečně odborná s výrazným důrazem na profesionální komunikaci a psychotherapeutické prvky. Musíme svěřence umět překvapit rovnoprávným vztahem, pokud možno často na úrovni dospělý-dospělý. Takto s ním téměř nikdo nikdy nejednal, toho si často dokáže cenit více, než klasické pozice učitel-žák, případně rodič-dítě, s níž má převážně zkušenost negativní.

Ve školské legislativě je kladen důraz na individualizaci péče, na transformaci dětských domovů v zařízení rodinného typu, kde v každé skupině budou stáli vychovatelé. Sourozenci budou, pokud možno, nadále pohromadě, ještě více se sníží množství střídajících vychovatelů na dítě působících, a děti budou mít ještě větší prostor k osvojení návyků potřebných pro samostatný život. Bude vytvořen prostor pro výraznější oddělení dětí s nařízenou ústavní či uloženou ochrannou výchovou a tedy, změní-li soudy svůj často formální přístup, budou se jen minimálně setkávat malí zločinci s ostatními dětmi.

Ve výchovných zařízeních je spousta problémů, které se nedaří dostatečně rychle odstraňovat, především pak dostatečné množství kvalitních, potřebně vzdělaných odborníků. Je ale pravdou, že se začíná pozitivně vracet investice ministerstva školství do různých forem vzdělávacích kurzů. V zařízeních zaměřených na více narušené děti a mládež zřízovaných ministerstvem je stále více pracovníků, kteří získali potřebné vzdělání, i ti, kteří mají zkušenosti s psychotherapií. Ministerstvo postupně začíná zavádět ve svých zařízeních i supervizní intervence, které by měly výrazně přispět ke zkvalitňování práce. Každý pedagogický pracovník musí projít psychologickým vyšetřením, zda je skutečně vhodnou osobou pro tuto náročnou práci.

Pro orgány sociálně právní ochrany dětí by měla být zákonem dána norma, která by stanovila alespoň přibližný počet rodin na jednoho pracovníka a tedy vymezila, do kdy se může jednat o práci smyslupnou, stojící za to, aby do ní stát investoval.

S potřebou navýšení stavu sociálních pracovníků je v přímé souvislosti nutnost ekonomického spolupodílení se obce na pobytu „svého“ dítěte ve výchovném zařízení. Vznikla by tak motivace přemýšlet, zda není výhodnější investovat do navýšení míst pracovníků OSPOD a vytvořit tak prostor k práci s rizikovou rodinou, než odvádět státu do rozpočtu na výchovnou práci ústavů za každé „své“ dítě finanční částku, kterou lze využít i jinak. Obec by měla pocítit, že se nevěnuje prevenci a své problémy pouze přesouvá jinde.

Soudy by měly, jako je to běžné v jiných evropských zemích, po určitém čase přehodnocovat aktuálnost svých rozhodnutí o umístění dětí do ústavní péče.

Při neutěšeném popisu stávajících mechanismů je nabíledni potřeba změny, potřeba inovace jednotlivých rizikových prvků systému. Jedním z doporučení Výboru OSN pro práva dítěte je koordinace náhradní výchovné péče z jednoho místa. Vytvoření samostatného ministerstva je v současné době neprůchozí, možná i zbytečné. Nicméně model koordinace aktivit resortů z pozice jednoho nadresortního orgánu, za jehož činnost by bylo zodpovědné jedno z ministerstev je možností reálnou.

Existuje jistě ještě spousta dalších možností jak zlepšit současnou situaci v systému náhradní výchovné péče. Zkusme se nad nimi už konečně zamýšlet. Ale bez alibismu a výmluv vůči vlastním chybám.

### **Současná situace v ústavní péči - PhDr. Božena Lányová, DDÚ Liberec**

Způsoby umístění dítěte do systému zařízení náhradní výchovy jsou:

- na základě soudního usnesení /dg. ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy/

- či na základě kontraktu o dobrovolném pobytu mezi dítětem, rodičem a příslušným zařízením/ dg. ústavy, střediska výchovné péče/. Mnohdy za asistence OSPOD.

ČR disponuje velkým počtem zařízení náhradní výchovy, jejichž kapacita v poslední době mnohde nepostačuje potřebám terénu. Požadavků na umístění dětí z terénu neubývá. Na druhé straně na základě zák. 109/2002 byla v řadě zařízení snížena kapacita - volných míst tedy ubylo. Razantně se zlepšily životní podmínky pro děti v ústavech a péče se humanizovala. Potřeby terénu si vyžádaly značnou diferenciaci zařízení náhradní výchovy/ např. pro matky s dětmi, pro děti s extrémními poruchami chování, léčebně výchovná oddělení, oddělení pro nealkoholové závislosti/.

Pedagogičtí pracovníci těchto zařízení disponují osvědčením o psychické způsobilosti a požadavky na odbornou kvalifikaci jsou zaměřeny nejen na pedagogickou, ale i na speciálně pedagogickou kvalifikaci, řada odborných pracovníků má nejen psychoterapeutický výcvik, někteří i klinickou atestaci.

Oproti evropským a západoevropským zemím má péče v našich zařízeních řadu specifických, přičemž mezi nejalarmující patří např. skutečnost, že přibližně 70 % dětí se umísťuje akutně - na základě předběžného opatření, ze dne na den, ne-li z hodiny na hodinu a že děti setrvávají v zařízeních náhradní výchovy neúměrně dlouho - roky. Chybí práce s rodinou umístěného dítěte, takže zatímco s dítětem se roztočí kolotoč intervencí a péče po umístění, s rodinou se pracuje dílčím způsobem na výchovných problémech v ústavech, ale další poradenství, vedení i podpora těmto rodinám chybí.

Děti i rodiči je umístění do zařízení náhradní výchovy většinou vnímáno jako represe, nikoli jako pomoc. 90% dětí se umísťuje soudně a jen asi 10% dětí se umísťuje na základě dobrovolného pobytu - žádosti rodičů. Neboli vstup dítěte do ústavu je mnohdy charakterizován konfliktem mezi rodiči a institucí, který musíme terapeuticky řešit a byť si s rodiči dokážeme většinou porozumět, setrváváme dlouho ve fázi motivovanosti klientů než abychom okamžitě započali terapeutický proces. Ve světě je poměr přesně obrácený, společnost vyvíjí v případech ambulantně neřešitelných problémů tlak na „dobrovolné“ umístění a současně tlak na vrácení dětí do péče rodičů.

Dětská klientela je velmi pestrá, zahrnuje děti, jejichž rodiče nemají kde bydlet, nemají prostředky na provoz domácnosti, děti výchovně a sociálně zanedbané, děti momentálně opuštěné, děti, které mají výchovné problémy s nimiž si škola neví rady, děti, s nimiž si rodiče nevědí rady, dále děti zneužívané a týrané, děti vrácené z pěstounské péče, či adopce, děti ve vývojové krizi, děti experimentující s drogami a děti s poruchami chování, až po děti s extrémními poruchami chování. Přibývá dětí tzv. psychiatrických, s nimiž si škola, nikoli rodiče, neví rady.

Věkové složení je široké - od tří let do ukončení povinné školní docházky, či do ukončení přípravy na povolání.

Mentální úroveň pokrývá celé široké spektrum - od dětí mentálně retardovaných až po děti intelektově nadané.

V zařízeních náhradní výchovy jsou doporučovány děti pro náhradní rodinnou péči, ale velké množství z nich čeká na vhodnou rodinu marně. Buď není dostatečný

## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

zájem o tyto děti nebo je kladen důraz na vřazení relativně neproblémových dětí. Tento požadavek je praktickou ochranou jak dětí, tak pěstounů, kteří si mnohdy nedovedou představit, že bezbřehost jejich lásky a obětavost nemusí být všelékem pro dítě, které si v minulosti zažilo s dospělými své a má různá, i organická znevýhodnění. Děti vrácené z pěstounské péče jsou 2x opuštěné, většina z nich popřela biologickou rodinu, když si pěstouni nepřáli kontakt s ní, jsou i na budoucnost samy a vyžadují intenzivní terapeutickou intervenci, jejíž úspěšnost je problematická.

Zařízení náhradní výchovy většinou pracují ve funkčním výchovném systému, etopedická zařízení často v komunitním terapeutickém systému.

Diagnostické ústavy evidují všechny děti ve spádové oblasti v následných zařízeních, vyjadřují se souhlasně, či nesouhlasně k případným přemístěním. Opakovanými rediagnostickými pobyty, konzultacemi a návštěvami odborných pracovníků v zařízeních poskytují těmto institucím odborný servis. Pokud tomu nebrání razantně odlišná výchovná indikace mezi sourozenci, jsou tito umístováni dohromady.

Problematická je administrativa se správnými řízeními, během dvou měsíců, kdy je dítě v dg. ústavu a posléze přemístěno dále. V tomto období obdrží rodiče na své dítě celkem 18 správních rozhodnutí do vlastních rukou!

Diagnostické ústavy se dělí na dětské /do ukončení povinné školní docházky/ a mládežnické.

Úkoly diagnostických ústavů.

1. diagnostika dítěte - Komplexní diagnostika osobnosti, intelektu, etopedická diagnostika.
2. edukace dítěte - Výchovná a vzdělávací činnost, směřující k rozvoji osobnosti dítěte s ohledem na jeho potřeby a specifika/schopnosti, zanedbanost, motivovanost, kvalita osobnosti/.
3. terapie - Terapeutické intervence a terapeutický proces s ohledem na potřeby dítěte a jeho rodinný systém. /komunitní terapeutický systém, ostrov rodiny, rodinná sezení, rodinná terapie, zátěžová terapie/.
4. sociální úkoly - První sociální pomoc, sociálně-právní ochrana dítěte, práce s rodinou, práce se sourozeneckou skupinou, postavení ve skupině, škole.
5. organizačně-koordinační - Činnost související s umístováním dítěte do následných zařízení v síti regionu, zde je velká spolupráce s orgány OSPOD, soudy, policií...
6. metodickou - Poskytujeme metodickou pomoc zařízením regionu.

Dovolím si dále uvést model fungujícího systému v severočeském regionu se spádovou oblastí libereckého a ústeckého kraje.

DDÚ v Liberci pracuje v komunitním terapeutickém systému, jehož elementy jsou:

1. prostředí DDÚ - jak to zde vypadá, nemáme mříže v oknech, máme hezký a vkusný interiér.
2. atmosféra - Co cítí děti a dospělí když k nám přijdou. Jak se chovají dospělí k sobě navzájem, jak se chovají k dětem. Jak vypadají - svěže, unaveně, příjemně, nepříjemně, jak voní, jak se oblékají. Jsou zde rovnoměrně zastoupeni muži i ženy, mladí pracovníci, středního i staršího věku.
3. oboustranně přístupná komunikace - Nejen od dospělého k dítěti, ale i od dítěte k dospělému.

## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

4. kvalitní zájmová činnost - Využíváme zázemí velkého města a děti chodí jak na akce sem, tak i do okolní přírody. Máme keramickou pec, běžky, kola, děláme muziku, výtvarnou činnost, sportujeme. Specifickou činností je zátěžová terapie. S dětmi - většinou s kluky - chodíme do hor, rehabilituje se vztah k dospělým, na které se v horách mohou kluci spolehnout, kluci zde překonávají určité zátěže a jsou chváleni za odvahu a osobní aktivitu.

Je správně nastavená zátěž a relaxace.

5. hodnocení jako akt i jako systém - bodový systém. Musí být jasné a srozumitelné i transparentní. Dává dětem paradoxně pocit jistoty a bezpečí i v případech, kdy rodiče doma děti přehlíželi, či rozmazlovali a nechávali dětem nepřehledně velký životní prostor s velkou finanční apanáží a velkým množstvím nekontrolovaného volného času.

6. práce se skupinou, třídou, terapeutickou skupinou, individuální terapie a poradenství

7. práce s rodinou dítěte - návštěvy rodičů zde, děti doma, rodinná terapie, rodinná sezení. Důraz je u pubertálních problémových dětí kladen na oblast separace.

8. práce s deníkem, ranní skupiny

9. schránka důvěry

10. komunita, která má svůj stabilní program a svá pravidla.

Jak jsem již zmínila, děti mají mnohdy hlubokou nedůvěru ve svět dospělých, s nímž neudělaly dobrou zkušenost. Cílem péče je rehabilitovat tento vztah, pracovat s biologickou rodinou dítěte. K tomu je zapotřebí zvyšovat odolnost dítěte vůči jeho případné zavadové rodině /mám rád tátu, ale nelíbí se mi, že je agresivní.../. Snažíme se poskytnout dítěti emoční korektivní zkušenost, která by umožnila nastartovat nové - sociálně žádoucí obranné mechanismy a ty nežádoucí neposilovala. Dítě přijímá důsledky svého chování a rozvíjí sebekontrolu.

Je kladen důraz na prožitek a zážitek dítěte, na bezpečnost prostředí DDÚ i pro dítě s velmi nevhodnou sociální pozicí. Dospělí vystupují jednotně, ale autenticky, osobnostně zrale.

Obtížné je v kolektivním zařízení citlivě individualizovat přístup i konkrétní nároky na dítě, ale i toto je realita, kterou zohledňujeme. V DDÚ funguje systém sázek - individuálních dohod, které mají pro některé děti až adrenalinovou přitažlivost a mohou být vnímány jako motivační nástroje. Cíle musí být reálné a jsou skupinově vyhodnocovány, jsou tedy transparentní. Vše pozitivní může být oceněno, nebo musí, jako začátek interiorizace bereme i účelové chování. Sociálně nepřijatelné chování a agrese je postihováno, negativně označováno, event. trestáno.

Na základě diagnostických závěrů se rozhodujeme, do jakého typu zařízení a do jakého konkrétně má být dítě přemístěno.

Zda do dětského domova a ještě jakého? Na vesnici, ve městě, s ředitelem mužem, či ženou, s jak přísnou školou v obci, s jak početnými třídami, s jakým zaměřením zájmové činnosti, s jakou odolností zařízení vůči konkrétním problémům dítěte, roli hraje i vzdálenost od místa bydliště a mnohde i dostupnost zdravotní péče v případě vážnějších zdravotních indikací.

Zda do dětského domova se školou? Koedukovaného, nekoedukovaného, s návazností na učební obor, či nikoli, s ohledem na vzdálenost od místa bydliště.

Ve všech případech hraje roli akceptace tamního dosavadního dětského složení s dětmi s lehčími, či komplikovanějšími výchovnými problémy.

Neproblémové děti nenajdete nikde, v každém dětském domově /DD/ jsou tzv. děti hraniční, kterým chceme dát šanci před umístěním do DD se školou.

## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

DÚ se snaží vynaložit veškerý potenciál na to, aby každé dítě, byť má specifické potíže, mohlo v DÚ absolvovat pobyt, který mu bude nějak užitečný a dále vybrat nejvhodnější zařízení z hlediska individuálních potřeb.

### **Problematika agrese ve školských zařízeních ústavní péče - PhDr. Pavel Janský, Hradec Králové**

Agrese jako bio-psycho-sociální fenomén, její formy, rizika a charakteristiky v podmínkách péče o děti s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou ve speciálních školských zařízeních, bude nabídnuta v kontextu vybraných aktuálních trendů společenské situace, významných charakteristik dětí, jejich rodin i systému péče, včetně jeho kompetencí a limitů.

Celkové schéma vymezující rámec příspěvku i podstatu sdělení bude spočívat na konceptu propojenosti projevů vnitrosociální agrese s narůstající mírou projevů násilí, včetně rasově motivovaného, se zvyšujícími se počty případů týrání, zneužívání a zanedbávání dětí, s nárůstem četnosti, brutality a závažnosti dětské agrese, v návaznosti na specifické formy dětské agresivity ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

Problematika agrese bude také ve svých dopadech nahlížena ve smyslu komunikační a vývojové blokády, zasahující kontextovou frustrací dítě i jeho okolí, s následujícími specifickými dopady do celého systému.

Důraz bude kladen na rizikové faktory při reedukaci agresivních dětí v systému školských zařízení náhradní výchovné péče, na typické projevy nahlížené z behaviorálního i etiologického pohledu, včetně užívaných a osvědčených strategií a metod zvládnutí agrese, intervenčních postupů a terapeutických činností. V této souvislosti bude zdůrazněna nezbytnost základní diferenciální rozvahy, předcházející a určující směr reedukačních a resocializačních činností při zvládnutí dětské agrese, tedy její charakteristiky z pohledu emocionality. Reálná diagnostika příčin a správná interpretace projevů je nutným předpokladem pro vytvoření odpovídajícího programu výchovně léčebné péče.

Součástí příspěvku bude nabídnutí modelu, zaměřeného na vybraný okruh možných příčin, které se mohou na současnou situaci významně podílet.

Dětská agrese a násilí budou zasazeny do kontextu deficitní socializace a selhávající sociální kontroly. Na děti s poruchami chování, přizpůsobení a vztahů, umístěné v systému náhradní výchovné péče, bude nahlíženo jako na děti ohrožené a náchylné k agresi, kdy reedukační prioritou musí být výchova k individuální odpovědnosti, související s formováním mechanismů vývoje morální seberegulace. Tento přístup musí být uplatňován jako prevence vzniku a upevňování skupinové identity těchto dětí, se všemi souvisejícími rizikovými projevy. V tomto smyslu bude zdůrazněn často opomíjený, ale také potřebný intolerantní rozměr socializace, s výchovně vyváženým poměrem práv a povinností, vztahu ale také režimu a disciplíny. Teprve takto koncipovaný reedukační systém může obsahovat účinné motivační komponenty, které jsou pro jeho funkčnost nezbytné.

Budou ukázány některé specificky kritické momenty, mající vztah k realizaci základních potřeb dětí v podmínkách ústavní výchovy, se zvláštní pozorností na potřebu limitu a vztahu, vymezujícího prostor a předpoklady veškerého výchovně terapeutického působení.

V kontextu podmínek ústavní péče bude zmíněna pozitivní zkušenost s metodami a postupy kognitivně behaviorálního přístupu, včetně seznámení s výsledky výzkumné studie „Využití metody EEG-biofeedback při úpravě hyperkinetické poruchy chování v podmínkách speciálních školských zařízení“, která byla realizována na pracovišti Dětského diagnostického ústavu v Hradci Králové v letech 2002 až 2005.

## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

Součástí bude úvaha o změnách a možnostech stávajícího systému ve prospěch zvýšení jeho efektivity a zajišťování zájmů svěřených dětí, což by mohlo být významným preventivním faktorem pro snížení rizika sociálně patologických forem chování po ukončení ústavní péče, v období kritické vývojové etapy jejich následné adaptace a integrace do společnosti.

Nutným předpokladem ke zlepšení situace náhradní výchovné péče musí být zvýšení důrazu na využití všech forem a úrovní oblastí preventivní práce, včetně reálné diagnostiky a sociální prognózy problémových dětí v rámci daných rodinných systémů ze strany pracovníků orgánů sociálně právní ochrany dětí. Prakticky jde o konkrétní a důkladnou znalost situace dítěte v rodině, doplněnou o kvalitní spolupráci s dalšími zúčastněnými subjekty, včetně reálného pohledu na podmínky a možnosti ústavní výchovy. Častým problémem, který znemožňuje poskytnutí optimální péče dítěti v dané době a situaci, bývá na jedné straně nekritická preference rodiny a přecenění jejich možností s nevyhodnocením vážných rizik, kdy dítě dlouhodobě zůstává v naprosto patologickém rodinném systému se všemi souvisejícími negativními důsledky a do náhradní výchovné péče se dostává velmi pozdě, ve věku, kdy vzhledem ke svým vývojovým charakteristikám je náprava a smysluplná resocializace již prakticky nemožná. Tento přístup je podložen často přetrvávajícím postojem, že i kvalitní ústavní výchova nemůže být pro dítě lepším řešením než poskytuje třeba i špatná rodina. Na straně druhé situaci komplikuje také v současnosti častý, ale opačně zaměřený extrémní přístup, kdy děti emočně vázané na rodinu jsou z ní odebírány a hlavním důvodem bývá ochranná snaha jim zajistit v rámci podmínek ústavní péče dokončení povinné školní docházky, případně zajištění lepších sociálních podmínek. Často se jedná o děti čtrnácti a patnáctileté, které z důvodů „záškoláctví“ dále již setrvávají v ústavní výchově až do zletilosti. Jednostranný důraz na zajištění jejich vzdělání a umožnění lepších startovních podmínek do života, bez zvažování rizik vyplývajících z necitlivého rozdělení rodiny a možnosti souvisejícího rozvoje emočních poruch, včetně agrese a negativismu, tuto „šanci v zájmu dítěte“ většinou zcela znehodnotí. Tento problém by mohl být v mnoha případech vyřešen lépe a opravdu v zájmu dítěte, kdyby stát dokázal využít jiných možností, včetně účinných sankcí vůči rodině, k zajištění plnění zákonné povinnosti školní docházky.

Následně se příspěvek bude zabývat dalším důležitým faktorem, týkajícím se bezprostředně problematiky agresivních dětí v podmínkách ústavní péče, a to je vymezení zákonných kompetencí domovů a ústavů, systémového propojení péče, včetně technických a personálních podmínek.

Cílem předloženého konceptu bude úvaha směřující k dílčímu řešení problematiky agrese dětí v ústavních zařízeních, předpokládající možnost snížení počtů dětí zde umístěných, zefektivnění péče ve smyslu její diferenciaci a zaměření na přesněji vybranou a definovanou cílovou skupinu, včetně zvýšení a posunu požadavků na přípravu pedagogických pracovníků směřujících k této profesi.

### Ochranné pobyty - Dr. Jaroslav Žejdl

Tématu, které mi bylo navrženo tj. ochranné pobyty rozumíme tak, že se jedná o umístění klientů do školského zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. V našem případě se přímo jedná o klienty, kteří mají nařízenou ochrannou výchovu a jsou u nich diagnostikovány extrémní poruchy chování. Zmíním se krátce o jejich specifikách a projevech.

- Jedná se o děti, které vyžadují intenzivní individuální péči
- Děti, které se opakovaně a svévolně vzdalují ze svých kmenových zařízení (útěky)



Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

- Děti, které se dopouštějí takových jednání, které má znaky trestné činnosti
- Děti, které nelze zvládnout běžnými výchovnými postupy
- Děti, u kterých je třeba přerušit extrémní negativní vývoj
- Děti, u nichž se projevují násilné projevy chování
- Děti s náznaky sexuálních úchylek a duševních poruch
- Děti, u kterých se projevuje destruktivní chování
- Děti, u kterých se potřeba změny stává dominantně společenskou potřebou a to zejména proto, že destruktivní chování omezuje práva jiných dětí a v mnohých případech i dospělých

Péče o svěřence a působení na ně vychází z našeho pracovního programu VHLED - vitalizace, humanizace, léčba, edukace - reedukace, detence, který vychází :

- z náročnosti a nikoliv z tvrdosti či přísnosti
- z důslednosti, ale s vyloučením možných náznaků jakéhokoliv drilu
- z rytmizace činností, tedy nikoliv pouze z režimovosti
- motivační přístup obsahuje též princip režimu a odpovědnosti

K jednotlivým cílům, který program VHLED sleduje upozorňujeme na vitalizaci resp. revitalizaci celého organismu považujeme za důležitou cílovou hodnotu. Není to úplná izolace represe nebo donucení. Humanizace potřeb, hodnot, norem a vztahů se týká způsobu a úrovně jaké byly předávány dítěti v rodinné výchově. Přihlížíme k základním parametrům osobnosti jako je vztah k sobě samému a tím i k druhým, sebehodnocení sebedůvěra apod.

Program se soustřeďuje také na vývoj sociálně akcentovaných emocí (pomoc slabšímu, nemocnému, úcta k potřebám druhých a pod) . Zjišťujeme, jakými způsoby rodiče předávali své hodnoty našim klientům a v mnohých případech je výsledkem diametrální odlišnost mezi socializovaným a desocializovaným vývojem dítěte. Léčebné a reedukativní výchovné cíle nemusíme blíže specifikovat protože jejich oprávněnost je v oblasti etopedie dostatečně známa. V rámci projektu VHLED je detence jedním z charakteristických rysů, ne však jediný nikoliv nejvýznamnější ale také ne bezvýznamný. Detenci pojmáme jako prvek celku a jediné jako součást celku jej můžeme posuzovat a dále s ním nakládat. V každém případě vnímáme a respektujeme, že u požadavku na detenci dominuje společenské zadání. Základní hodnotou však v této situaci není dítě izolovat, ale pokoušet se o jeho alternativní zapojení. Pro alternativní socializaci, pro niž je kontakt s veřejností v určité vývojové situaci nejen nutný ale i nezbytný, mohly by se tak vytvořit podmínky, které jsou charakteristické pro „vězení“. Bereme na vědomí a nemůžeme zapomínat na významný rozdíl mezi detencí spojenou s trestem vězení, které má jinou kvalitu než detence v dětském věku. Detenci v dětském věku chápeme jako spojení edukace-reedukace, pomoci a péči.

Z technickoorganizačních a personálních předpokladů upozorňujeme na následující :

- ubytování po jednom až dvou klientech na jednom ubytovacím pokoji považujeme za dostačující
- teprve praxe ukázala, že jedinci s extrémními poruchami chování by neměli mít přístup k věcem, které lze použít jako zbraň
- technické podmínky pro činnost EPCHA vyžadují, aby jeho součástí byla napříkladně tělocvična, školní dílna, místnost pro muzikoterapii a arteterapii, školní pozemek a uzavřené venkovní školní hřiště

## Centrum adiktologie

### Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

- jednoznačně se potvrdila vhodnost instalování oken a dveří z nerozbitných materiálů
- praxe ověřila, že základní model personálního zajištění tj. 1 odborný pracovník (učitel, vychovatel, psycholog, spec.pedagog) + 2 asistenti jsou dostačující pro standardní činnosti při vyučování a výchově
- u odborných pracovníků musí jednoznačně převažovat pedagogické a speciálně pedagogické vzdělání
- zcela novým prvkem v práci pedagogických pracovníků je povinnost řídit a usměrňovat práci asistentů pedagoga i dětí v průběhu vyučování a výchovy
- systém resocializace a vzdělávání vychází z předpokladu, že před umístěním dítěte mají pracovníci EPCHA k dispozici kvalitní a úplnou dokumentaci o dítěti. Zejména klademe důraz na vyčerpávající psychologické, speciálně pedagogické a psychiatrické vyšetření.

Zatím problémovou částí dokumentace je oblast sociální (působení a vliv rodiny její a širšího okolí, vliv pedagogů na předchozích školách, vliv neformálních malých sociálních skupin, případné vlivy na tyto děti od ostatních osob. V tomto smyslu navržený plán rozvoje osobnosti u jednotlivců průběžně doplňujeme a přehodnocujeme.

Nástin východisek pro vytvoření celorepublikového systému péče o děti s extrémními poruchami chování

- dosavadní poznatky ukazují, že zřízení takového oddělení bylo žádoucí a potřebné
- poukazujeme na problém se získáváním vhodných osobností z řad pedagogů a speciálních pedagogů a psychologů
- nutnost vybudování obdobných zařízení (navazující pro mládež dále specializovaná zařízení pro kombinované poruchy - převažující diagnostika psychiatrická, neurologická, sexuální)
- poukazujeme na potřebu specializovaného vzdělání a výcviku pro pracovníky v rozsahu cca 200 hodin
- jeví se potřeba minimálně na úrovni vyhlášky řešit komplexně problematiku plnění povinné školní docházky u dětí s extrémními poruchami chování a navazujícího středního vzdělání.

### **Problematika dětí s psychiatrickou diagnózou v ústavních zařízeních - PhDr. Dagmar Nosilová**

*Ne všechny děti mohou prožít šťastné dětství v harmonické rodině.*

Péče o děti s psychiatrickou diagnózou je nesmírně náročný úkol a klade vysoké požadavky nejen na personál, ale i dostatečné finanční zabezpečení terapeutických a léčebných modalit. Ministerstvo školství, Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí mají v jistém smyslu v této oblasti rozdělené kompetence a zodpovědnost.

Problém však nastává v případě dítěte s psychiatrickou diagnózou s nařízenou ústavní nebo ochranou výchovou. Dle soudního rozhodnutí se musí o toto dítě postarat stát, tj. dětský domov či dětský domov se školou. Jeho úkolem je však „nahradit“ rodinu a ne poskytovat léčebnou péči, kterou zdravotnická zařízení odmítají s odůvodněním, že se jedná o děti agresivní a problémové. Takové dítě prochází množstvím institucí a zařízení, a opakovaně prožívá frustraci z odmítnutí,

## Centrum adiktologie

### Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

vlastního selhání a nejistoty co bude dál. V současném systému státem poskytovaných služeb se toto dítě stává „Černým Petrem“.

V praxi se řeší jednotlivé případy individuálně a mnohdy záleží na osobních kontaktech, zkušenosti a vstřícnosti pracovníků jednotlivých zařízení. Ne vždy jsou však prioritní potřeby dítěte. Pro ilustraci můžu uvést situaci chlapce z dětského domova, jehož zdravotní stav se na jaře tohoto roku zhoršil natolik, že dle doporučení pedopsychiatra potřeboval hospitalizaci. Dětské oddělení PL Bohnice, jej však přesto, že má chlapec trvalý pobyt v Praze, odmítlo přijmout s tím, že je agresivní. Oddělení pro dospělé ho odmítlo s tím, že je dítě. Na příjmovém oddělení si ho zase nemohli déle nechat, neboť jsou pouze příjmové oddělení, a tak jej po několika dnech do DD vrátili s odkazem na DPL Opařany, která však nemá krizová lůžka pro náš kraj. Tato situace se během tohoto roku opakovala třikrát, než se v DPL Opařany uvolnilo místo a mohli chlapce hospitalizovat.

#### Jiný dětský domov

Před třemi lety vznikl ve Slaném Dětský domov se školou s výchovně léčebným režimem /DDŠ/, který by měl těmto dětem pomoci.

Hlavním úkolem dětského domova je poskytovat komplexní péči dětem s psychiatrickou diagnózou, které mají nejrůznější problémy a nejsou schopny z mnoha důvodů zvládat pobyt v běžných dětských domovech či dětských domovech se školou. Převážně jsou to děti s poruchami chování a disharmonickým vývojem osobnosti, děti s mentální retardací, děti týrané, sexuálně zneužívané, děti sociálně a podnětově deprivované, dále děti se zdravotním postižením atd.

Hlavním cílem DDŠ je kompenzace jejich zdravotního stavu natolik, aby se mohly do „svého“ dětského domova vrátit.

Délka pobytu vždy závisí na zdravotním stavu dítěte a jeho schopnosti a možnosti se začlenit zpátky do kmenového zařízení. Indikaci k pokračování léčebného pobytu posuzuje odborný tým 1x měsíčně na poradách odborného týmu při hodnocení individuální terapeutického plánu. Zpravidla po ukončení adaptační fáze rozdělujeme děti do tří základních typů pobytu. Děti které přicházejí s aktuálními problémy jsou zařazovány na krátkodobý (do 6 měsíců) nebo střednědobý pobyt (6 až 12 měsíců), a po kompenzaci se vrací zpět do kmenového zařízení nebo jsou umístěny prostřednictvím DÚ. Na dlouhodobý pobyt (12 měsíců) nebo do doby ukončení povinné školní docházky) jsou zařazovány děti u nichž jde z hlediska výchovně-léčebné péče o dlouhodobý proces. Zdravotní stav je stabilizován, přesto však nemohou být zařazeny zpět, a je pro ně nutné další výchovně-léčebné působení. Po ukončení povinné školní docházky pak přecházejí do výchovně léčebných zařízení pro mládež, případně do VÚ.

Ze statistiky vyplývá, že průměrná délka pobytu v našem zařízení je u propuštěných dětí 11,8 měsíců a u dětí, které máme aktuálně v péči 22,6 měsíců.

#### Koncepce v kostce

DDŠ s výchovně léčebným režimem naplňuje cíle vzdělávací, výchovně-léčebné a terapeutické.

Vzdělávací cíle realizuje škola. Ve škole DDŠ jsou děti vzdělávány ve čtyřech třídách dle osnov ZŠ, Zvláštní školy a Pomocné školy. Pro každého žáka je třídním učitelem zpracován Individuální vzdělávací plán. Žáci s dalšími specifickými poruchami pracují dle speciálních programů.

Výchovně léčebné cíle realizuje výchova a odborní pracovníci. Vychovatelé zodpovídají za náplň a realizaci zájmových, relaxačních a odpočinkových činností, které vychází z Režimu dne, Týdenního programu výchovně vzdělávací činnosti a Celoročního plánu. Ve svém práci plně respektují individuální potřeby dítěte zakotvené v Programu rozvoje osobnosti dítěte.

## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

Terapeutické cíle naplňují psycholog a etoped, kteří provádí diagnostiku, skupinovou a individuální terapii a podílí se na krizové intervenci v případě agresivních raptů, sebepoškození a podobně.

Stanovené cíle se realizují prostřednictvím individuálního terapeutického plánu /ITP/, který na podkladě kvalitní diagnostiky zpracovává odborný tým dítěte - třídní učitel, vychovatelé dané rodinné skupiny, asistent pedagoga, psycholog, etoped, sociální pracovníce a zdravotní sestra. ITP zahrnuje Program rozvoje osobnosti dítěte /PROD/ a Individuální vzdělávací plán /IVP/. Jednou měsíčně se odborný tým každé rodinné skupiny setká, zhodnotí úkoly ITP u každého dítěte za uplynulý měsíc a stanoví si nové, konkrétní cíle svého pedagogického a terapeutického úsilí.

Základním předpokladem kvalitní péče je týmová spolupráce všech pedagogických i nepedagogických pracovníků, kteří spoluvytváří ITP. Mezi pedagogické pracovníky patří speciální pedagogové - učitelé a vychovatelé, asistenti pedagoga, psycholog a etoped. Dále pak zdravotní sestry a sociální pracovníce

Pravidelná setkání odborného týmu spolu s dalšími režimovými prvky a pravidly „hodnocení chování“ přispívají k jednotnému přístupu pedagogických pracovníků, kvalitní informovanosti o situaci dítěte a možnost spoluvytváření a splňování léčebných cílů ve prospěch dítěte.

Vedle ITP je důležitou součástí léčebného působení režimová terapie. Jedná se o pravidelné systematické uspořádání dne a týdne, které poskytuje dětem jasnou strukturu dne s množstvím ritualizovaných činností a zároveň dává prostor pro individuální přístup a péči.

Výchovně léčebný režim je naplňován uspořádáním týdenního programu výchovně vzdělávací činnosti pro rodinné skupiny a zahrnuje:

1. skupinové činnosti v rámci rodinné skupiny:
  - terapeutické činnosti - skupinová psychoterapie
    - arteterapie
    - sportovní terapie
  - zájmové činnosti (estetické, pracovní, sportovní)
  - relaxační činnosti (progresivní relaxace)
  - odpočinkové činnosti (četba, sledování TV, osobní volno)
2. komunitu
3. týdenní hodnocení
4. individuální terapeutické činnosti
  - individuální psychoterapie (psycholog)
  - individuální terapie (etoped)
  - muzikoterapie (dochází muzikoterapeut)
  - dramaterapie
  - EEG - biofeedback (psycholog s akreditovaným výcvikem)
  - logopedie (ambulantně zajišťuje klinický logoped)

Skupinová psychoterapie je kromě komunitních setkávání základním pilířem terapeutických aktivit, a je poskytována všem dětem během celé délky jejich pobytu. Je vedena dvěma terapeuty (psycholožka a etoped) a probíhá pravidelně jednou týdně formou strukturovaných skupinových setkávání po jednotlivých rodinných skupinách. Obecnými cíly léčebného působení je především odstranit nebo alespoň

## Centrum adiktologie

### Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

zmírnit nežádoucí (chorobné) příznaky buď nácvikem, nebo přímo vyřešením interpersonálních či intrapsychických konfliktů, podpořit zrání osobnosti, změnit nevhodné vzorce chování směrem k přiměřené sociální adaptaci, dosáhnout vzhledu do problémů dětí a pomoci jim změnit nesprávné postoje, které jsou často zdrojem jejich potíží v mezilidské komunikaci.

Tématické okruhy skupinové psychoterapie pro rok 2006/2007 jsou následující:

1. techniky zaměřené na rozvoj a podporu skupinové koheze
2. rozvoj zdravého sebevědomí, upevňování vlastní identity, sebehodnoty
3. drogová prevence - „drogy a my“, besedy s odborníky, dokumenty, panelové diskuze
4. abreaktivní techniky - nácvik kontrolovaného uvolňování napětí, agresivity
5. relaxační a imaginační techniky
6. nácvik sociálních dovedností - nácvik zdravého sebeprosazení, nácvik řešení problémů, konstruktivní hádka
7. rozpoznávání vlastních emocí, pocitů, nálad - neverbální techniky
8. rozvoj sebereflexe, sebekritiky, poskytování a přijímání zpětné vazby
9. práce s emocemi - pojmenování a porozumění vlastních pozitivních i negativních pocitů, pocitů druhých, problematika partnerských vztahů, plánované rodičovství, antikoncepce

Individuální psychoterapie jako součást terapeutických aktivit, neprobíhá plošně, je prováděna psychologem u jednotlivých dětí, dle jejich aktuálních potřeb. Délka terapie i četnost jednotlivých sezení jsou individuální a odvíjí se od závažnosti psychických obtíží.

Obecně se terapeut u dětí zabývá především následujícími oblastmi:

1. obnovování podmínek zdravého vývoje (poskytování citového zázámití, emoční podpory, pocitu bezpečí, nabídka dostatečné míry podnětové a rozumové stimulace, možnost abreakce citových problémů ve hře či v praktické činnosti, příležitost ke konfrontaci názorů ...)
2. podněcování rozvoje osobnosti (problematika hodnot a cílů dítěte, vedení k větší zodpovědnosti, sebekritičnosti, vedení ke schopnosti přijímat zpětnou vazbu od okolí - negativní i pozitivní ...)
3. omezení nežádoucích jevů - (učení dítěte mezím, hranicím, které jsou pro jeho zdravý vývoj nezbytné, uplatňuje se zde vytváření vnitřních zábrán, působení autority a vzoru, vyrovnávání se s pocity strachu, viny ...)

Individuální terapie etopedická je poskytována obdobně jako individuální psychoterapie, je prováděna etopedem u dětí s převahou etopedických obtíží.

Dalším nástrojem výchovně-léčebního působení je poskytování zpětné vazby dítěti dle jasně daných pravidel zpracovaných v manuálu „Hodnocení chování dětí“. Děti mohou za své chování získávat plusové a bonusové body, za které pak mohou získávat mimořádné výhody. Při vážném porušení vnitřního řádu o body přicházejí. Děti jsou hodnoceny 3x denně při předání služby pedagogických pracovníků. Ráno při odchodu do školy, po vyučování na „polednici“ a večer na „večernici“. Hodnocení se řídí tzv. „5b“ - hodnotí se chování dítěte k dospělým, k ostatním dětem, dodržování vnitřního řádu, jeho vztah k plnění úkolů a oblast hygienických a sebeobslužných návyků. Každý pátek probíhá týdenní hodnocení dětí za přítomnosti všech pedagogických pracovníků, kde všechny děti zhodnotí své chování za uplynulý týden.

Segregace na druhou

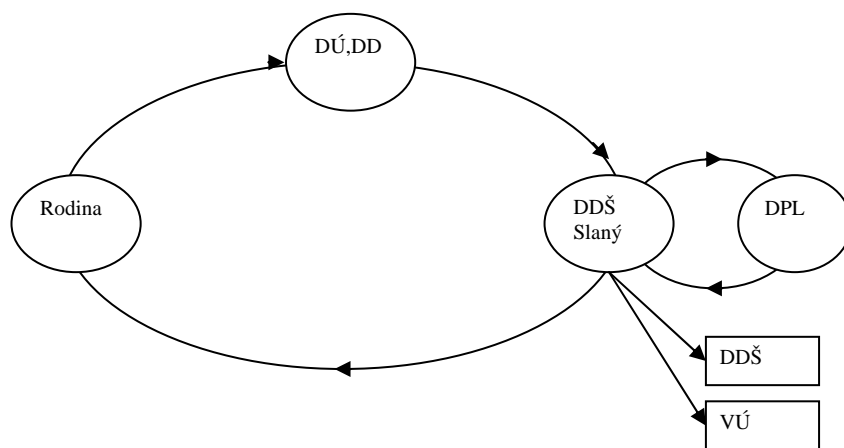
Čím vším si prošlo „naše“ dítě, než se dostalo do zařízení s výchovně léčebným režimem.

## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

Za první - dítě je separováno z rodinného prostředí. Rodina není schopna zabezpečit jeho zdárný vývoj, rodiče se z mnoha různých důvodů o něj nemohou nebo neumí postarat. Dítě je tedy přemístěno do diagnostického ústavu a je mu nařízena ústavní výchova.

Za druhé - dítě je separováno z prostředí běžného dětského domova či dětského domova se školou. Dítě si sebou nese tolik problémů, že není schopno se začlenit do prostředí běžného DD.



A v tomto momentě se dítě dostává k nám. Do vysoce segregovaného prostředí, kde je mnoho dětí s mnoha problémy. Jedná se o děti s mnohočetnými diagnózami, všechny užívající psychofarmaka. U 56% z nich byl diagnostikován disharmonický vývoj osobnosti, u 33% hyperkinetické poruchy, u 27% poruchy chování a u 19% smíšené poruchy chování a emocí. 29% dětí mělo mentální retardaci, z toho 4 % dětí středně těžkou. Tímto však výčet dg. zdaleka nekončí: poruchy přizpůsobení, poruchy sexuálního chování, psychosociální deviantní vývoj, enuresis, balbuties, a další.

Jaká je pak šance těchto dětí na začlenění do běžného prostředí? Velká většina dětí přechází z našeho zařízení do etopedických zařízení, dětských domovů se školou či výchovných ústavů. Z 36 propuštěných dětí bylo do jiného zařízení přemístěno 30 dětí, z toho 16 dětí k nám přišlo z DÚ a 14 z DD a DDŠ. Zpátky do svého zařízení se vrátilo 6 dětí, 2 děti přišli z DD, který byl zrušen, jedno dítě bylo umístěno do ÚSP. Ze statistiky tedy vyplývá, že 50% dětí se vrátilo do původního zařízení. Z celkového počtu pouze dvěma dětem byla zrušena ústavní výchova a čtyřem zrušeno předběžné opatření.

### Závěr

V současné době existují pouze dvě zařízení v ČR pro tyto děti do ukončení povinné školní docházky. Výchovně léčebné oddělení při DDŠ Hrochův Týnec v Přestavlkách, které poskytuje péči dětem od 6 do 12 let a Dětský domov se školou

## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

s výchovně léčebným režimem Slaný, který poskytuje péči dětem zpravidla od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Jiná zařízení pro tuto věkovou kategorii zatím neexistují, a proto jsou děti s psychiatrickými diagnózami a nařízenou ústavní výchovou zařazovány do běžných DD a DDS, kde jim není poskytována komplexní péče, kterou nutně potřebují.

### Charakteristika klientely DÚM - PhDr. Soňa Cpinová

DÚM přijímá své klienty převážně v období jejich adolescence (15 - 18 let). Adolescence je významný kulturní fenomén reprezentující určitý životní styl a určité hodnoty.

Dospívání má svoji sociální reprezentaci a nese s sebou i určité mýty, které zejména vztah rodič (dospělý) - dospívající dítě ovlivňují. Jeden z hlavních mýtů je založen na představě dospívajícího, že dospělí jsou svobodní a mohou si dělat, co chtějí (pít alkohol, řídit auto, volně cestovat atd.). Na druhé straně, častý mýtus dospělých o dospívání staví na myšlence, že jde o nejkrásnější období v životě člověka, které není zatíženo žádnými skutečnými starostmi.

#### Hlavní znaky adolescence:

V oblasti jáství:

Typická je separace a individualizační proces, které jsou někdy spojeny i s „narcismem“ a náladovostí. Někdy je pro toto období charakteristická i přechodná regrese v chování (např. nechuť k mytí).

Psychosociální moratorium (kult nezralosti) - běžná je snaha adolescentů o „odložení dospělosti“, nestojí o odpovědnost. Mohou mít tendenci odkládat zásadnější rozhodnutí.

Adolescenční egocentrismus - vede k ignoranci všeho, co by vadilo v užívání svobod nové role. Adolescent se cítí svobodný v rozhodování ve vztahu k vlastní budoucnosti.

Emoce - důraz na aktuální prožívání (užít si, silné - intenzivní prožitky, žije se naplno), volba aktivit s intenzivním prožitkem.

Difúzní identita - dezorientace v sobě samém, může vést k obránám (ztráta motivace k aktivitám, neschopnost systematicky něco dělat, pocit marnosti úsilí - důsledkem bývá nedokončení školy...) nebo volba negativní identity (odmítnutí rolí preferovaných rodinou a společností, vymezí se naopak. Možné příčiny negativní identity: nesoulad mezi možnostmi a požadavky, nízké sebehodnocení, potřeba dosáhnout alespoň nějaké identity nebo ocenění...apod.

Tělo je bráno ve vztahu k aktuálnímu standardu atraktivity (tělové schéma je součástí identity)

Psychosociální oblast - vztah s rodiči a autoritami:

Postupná emancipace z vázanosti na rodinu. Ve fázi stabilizace jde o vyrovnávání vztahů s rodiči. Následuje fáze psychického osamostatňování. Jde o potřebu emočního uvolnění ve vztahu k rodičům a posilování pocitů osobní autonomie, ne o faktické odpoutání od rodičů.

Raná adolescence může být doprovázena přechodným příklonem k rodiči opačného pohlaví a rivalizací s rodičem stejného pohlaví. Rivalitní vztah dospívající dítě - rodič nemusí být pravidlem (Macek). Pokud mají dospívající pocit, že mohou svobodně vyjadřovat své názory a že jsou rodiči vyslyšeni, konflikty nemají takový dopad. Důležitá je vyváženost mezi sebezdurazňováním a sebeprosazováním na jedné straně a vstřícností a citlivostí na druhé straně (Grotevand, Cooper).

## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

Tlak autorit přispívá k nejistotě - důsledkem je konformita, neangažovanost, generalizovaný negativismus nebo otevřená revolta.

Psychosociální oblast - vztahy s vrstevníky:

Vztahy s vrstevníky jsou významné. Jako prostředek k dosažení sociální akceptace a prestiže slouží nějaký výkon nebo zevnějšek. Tělesná atraktivita slouží k dosažení sociální pozice.

Povinnosti, vztah k práci

Chápání hodnoty školy jako prostředku k dosažení lepší profesní a sociální role zpravidla nefunguje. Ve škole se tak může adolescent snažit dosáhnout výsledků s nejmenším možným úsilím, tak, aby se nedostal do rozporu s vlastním sebehodnocením a do konfliktu s vrstevníky. Profese (a cesty k ní) je chápána jako nutné zlo (někam chodit musí). U adolescentů s nízkým nadáním a s jinými školními problémy nejde o skutečnou volbu povolání - jde obvykle tam, kde jsou ochotni ho přijmout.

Myšlení a rozhodování

Typická je flexibilita v myšlení, nezátíženost zkušeností (výhoda i nevýhoda). Zkušenost jiných nemá korigující sílu, potřebuje vlastní zkušenost ke korekci názoru, postoje. Adolescent chce hledat nové způsoby řešení, mnohdy jsou logicky správné, ale bez ohledu k situačně-kontextovým faktorům. Adolescent volí jednoznačná, zásadní, absolutní a rychlá řešení, kompromis není příliš žádoucí. Adolescent se dokáže nadchnout pro věc. Snaží se rychle naplňovat cíle, má potřebu neodkladného uspokojení.

### Typické důvody pro umístění klienta do DÚM

1. klient je obvykle umístěn do zařízení z důvodů behaviorálního charakteru (vykazuje „sociálně nestandardní až nepřijatelné“ způsoby chování).

Projevy chování před umístěním (kvantitativní hledisko - srov. Pipeková):

- disociálního charakteru - záškoláctví, lhaní, drobné krádeže, konflikty a agresivita k dospělým a vrstevníkům ...

- asociálního charakteru - útěky (dlouhodobé), experimentování s drogou, opakované a plánované krádeže, party se sociálně nepřijatelným programem (anarchisté, skinhead apod.), promiskuitní chování až prostituce, sebepoškozování - suicidiální pokusy...

- antisociální - závažnější trestná činnost, vandalismus...

2. Klient je umístěn z důvodu „vykořeněnosti“ v z dosavadního prostředí:

- nemá kde být - dlouhodobě nebo přechodně (dospívající je odebrán z rodiny, náhlá změna v rodině, je odmítán...)

- nechce již být ve stávajícím prostředí (rozpory s rodiči - útěky z domova, dobrovolné pobyty s hledáním přijatelné alternativy...)

Může jít o kombinaci obou typů důvodů.

### Opakující se rizikové faktory v anamnéze klientely DÚM

Obvykle působí ve vzájemné propojenosti.

Rodinná anamnéza



## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

Neúplná nebo restrukturalizovaná rodina (svobodná matka, rozvod rodičů, náhradní partner, adoptivní rodina, pěstounská rodina...)

Dysfunkční rodina (alkoholismus nebo jiná závislost v rodině, sociálně slabá rodina - na hranici chudoby, zneužívání rodiči, týrání rodiči - psychické i fyzické, trestná činnost rodičů, psychiatrická zátěž v rodině, ...)

Úplná rodina bez výrazných patologických vnějších projevů (výchovná nejednotnost - např. hyperprotektivní otec nebo matka, nepřiměřená očekávání rodičů, nejasné nebo jinak „zvláštní“ rodinné vztahy, rodiče emočně chladní nebo odmítající dítě, rodiče fyzicky nebo psychicky handicapovaní ...)

Jiné rizikové situačně - kontextové faktory v rodině (úmrtí, vystěhování, jiné závažné a náhlé události v rodině...)

Osobní anamnéza

Nejčastější diagnózy:

- ADHD syndrom, LMD
- disharmonický vývoj osobnosti (progredující)
- poruchy chování determinované viktimologickou problematikou (týrání, deprivace a subdeprivace a dospívající výrazně výchovně zanedbaní...)
- asociální (anetická) porucha osobnosti
- dospívající s osobnostními rysy impulsivity, sugestibility, submisivity,
- dospívající s akutním návykem nebo s hraniční zneužíváním návykových látek,
- mentální retardace obvykle v kombinaci s výše zmíněnými diagnostickými riziky

Jiné vnější vlivy a faktory

- problémy spojené s negativními životními událostmi v dětství, s primární podpůrnou skupinou včetně rodinných okolností, s nemocemi nebo invaliditou v rodinné anamnéze (viz rodinná anamnéza)
- problémy spojené s širším sociálním prostředím, ve kterém se dospívající pohybuje (např. kvalita a množství kontaktů s přáteli a jejich základní charakteristika, volnočasové aktivity, životní styl...)
- problémy spojené s procesem vzdělávání
- problémy spojené s bydlením a ekonomickými okolnostmi života klienta, s fyzickým prostředím, s právními okolnostmi rodinných vztahů apod.

Osobnostní zvláštnosti a poruchy se manifestují zejména v oblastech:

- péče o sebe, udržování osobní hygieny a tělesného zdraví, životospráva, vyřizování soukromých záležitostí...
- péče o své okolí a životní prostředí ...
- pracovní výkonnost, ochota k pracovní kázni, kvalita pracovního výkonu, motivace k udržení pracovního (studijního) zařazení...
- rodinné soužití
- širší sociální chování v ostatních sociálních rolích (např. snížená schopnost jednání s cizími a neoblíbenými lidmi, způsoby reagování na požadavky okolí apod.)

Obvykle jde o dospívající s následujícími specifiky v osobnostní struktuře (např. důsledku deprivace nebo jiné špatné osobní zkušenosti - resp. nedostatku dobré zkušenosti):

- City jsou pro ně ohrožující, nahrazují je činností, která odstraňuje napětí či úzkost. Hladina úzkostnosti může být v důsledku trvale snížena.

## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

- Oslabená je jejich struktura Ega, funkce svědomí, nedošlo k internalizaci sociálních norem, není vytvořena struktura (sociálně i osobně přijatelných a nepřijatelných) hodnot.
- Obecně nemají důvěru k dospělým. Interakce s dospělými jim nepřináší sociální odměnu (převažuje zkušenost s neodměňující, negativní emocionální reakcí rodičů i širšího sociálního okolí).
- Mají snížený systém sebeúcty (nereflektují adekvátně své schopnosti, dovednosti a potenciál).
- Ovlivnitelnost odměnou a trestem je snížena.

Pro znovunabytí rovnováhy si vytvářejí silné obranné systémy.

### Některé důsledky manifestující se v chování:

- negativismus,
- agresivita - vůči sobě i okolí,
- hyperaktivita a impulsivita,
- vrstevnická ovlivnitelnost a silná konformita
- opakované sociální selhávání
- opakované vystavování se a vyhledávání rizikových podnětů

### Specifika výchovných přístupů

#### Z hlediska specifika vývojového stádia je důležité klást důraz na následující oblasti:

- Pro uspořádání identity je důležité zejména: sebezpoznání, vztahová příslušnost (umožnit intimní vztahy s vrstevníky, příslušnost ke skupině).
- Pro znovunabytí důvěry k dospělým: nabízet alternativní modely „dospělého“ chování
- Pro potvrzení svobody v rozhodování: podporovat vlastní reflektovanou volbu, vést k uvědomování si možných následků. Zároveň nabízet alternativy a možnosti změny.
- Pro tvorbu sebezpojetí: respektovat vztah dospívajícího k vlastnímu tělu a podporovat péči o zevnějšek. Respektovat snahu o atraktivitu a sebezprosazení.
- Pro rozvoj emocí a radost z činnosti: Těžit z nadšení pro činnost.
- Pro rozvoj sebezpojetí: Nabízet možnosti pro sebezpoznání a korekci sebezpojetí. Využívat skupinové dynamiky a peer efektů.
- Pro naplnění potřeby seberealizace a výkonnosti: Pomáhat formulovat krátkodobé cíle, rychle jich dosahovat a prezentovat výsledky práce.

#### Z hlediska specifika klientely

- Pomoci klientovi porozumět vlastní rodině (vztahů, silným a slabým stránkám, potenciálu rodiny). Pomoci nacházet alternativy života mimo rodinu a možnosti osamostatňování se.
- Pomoci klientovi poznat vlastní minulou zkušenost, rozumět jí. Nabídnout jinou zkušenost.
- Pomoci strukturovat osobní hodnotový systém ve vztahu k obecně uznávaným hodnotám.
- Podporovat sebeúctu klienta, umožnit korekci sebehodnocení.

### Výchovné zásady, přístupy a opatření v zařízeních

#### Prostředí jako model - systematická výchova resp. reedukace prostředím :

- Co nejméně, ale jasných pravidel
- Stabilizovaný tým pracovníků
- Podpora vzájemné důvěry
- Práce na principech dohody (krátkodobé kontrakty)
- Převaha pozitivně stimulujících prvků

## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

- Odlišovat emoce a chování, jedince a jeho činy (Nejsi špatný, ale to, cos udělal, je špatné. NE: nemám tě rád, ALE: nelíbí se mi, co děláš...)
- Aktivizace dospívajících, spolupráce na programech
- Pracovník je modelem chování (NE: dělej jak říkám, ALE: dělej jak dělám)

Ještě k cílům (podle Kratochvíla, také srov. klasické teorie vývoje morálky, charakteru - Pick, Huvighurst; Kohlberg aj. )

*Klienti by měli v průběhu pobytu v zařízení získat:*

Náhled verbální - dokáže vidět svůj problém, přiznává ho, uvažuje o přijetí určité formy pomoci, uvažuje o spolupráci na aktivní změně, je ochoten přijmout stanovené normy, resp. se na jejich tvorbě podílet.

Náhled produktivní - představuje potvrzení verbálně proklamovaných rozhodnutí v konání, tedy soulad ve slovech a činech během procesu.

Náhled efektivní - schopnost chovat se sociálně přijatelným způsobem i bez vnější regulace

### Výchovné metody

Behaviorální přístupy (založené na učení a nácviku)

#### *Spontánní*

- kladné zpevňování (odměny...)
- nápodoba - sociální učení (vzory, modely, ideály, ukázky, příběhy...)
- verbální regulace chování... (nařizování, dávání pokynů, doporučování, podněcování...)

#### *Řízené*

Individuální nebo skupinové:

Sociálně psychologický trénink

Např. řízené sociální učení, hraní rolí, inscenační techniky, sociodrama, situační úkolové hry ...

Nácvik konkrétních sociálních dovedností (např. asertivita...)

Humanistické přístupy (založené na sebepoznání a sebereflexi)

#### *Spontánní*

- podpora sebepoznání, reflexe vlastní individuality a odlišnosti (korekce sebepojetí)
- podpora spolupráce
- podpora svobodného rozhodování (uvědomování si vlivů pro rozhodnutí, následků rozhodnutí apod.)

#### *Řízené*

Individuální program rozvoje osobnosti (konečný cíl je sociální rehabilitace)

adaptační fáze (otevřená komunikace, nabídka možných řešení, krátkodobé kontrakty)

vytváření individuálního programu (společná práce se zpětnou vazbou: cíle, strategie, intervence, diagnostické hypotézy, individuální potřeby klienta).

fáze independenční (nezávislosti) (získávání autonomie, internalizace norem)

Metody interpersonálně korektivního přístupu - dynamický přístup

Interpersonální vztahy jsou potencionálním zdrojem problémového chování, ale i potencionálním zdrojem náprav. Cílem je přivést klienta k porozumění zdrojů svých problémů i k vlastnímu podílu na nich a k vytvoření náhledu na své chování prostřednictvím korektivního působení vrstevnické skupiny.

(Peer programy, psychohry na sebepoznání a poznání druhých, psychodrama...a jiné sebereflektivní techniky)

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

Jiné sebereflektivní techniky

Psaní deníků, pravidelné sebehodnocení, stanovování cílů, ... apod.

Kognitivní přístupy (založené na dekonstrukci kognitivních struktur)

*Spontánní:*

- podpora využívání (poznávání a ověřování) vlastní zkušenosti
- podpora sebereflexe klientů a rozvoj citlivosti ke změně
- respekt k odlišnostem v poznávání a porozumění jevům
- podpora citlivosti k systémům (hledání vzájemných závislostí, alternativních pohledů...)

*Řízené*

Viz humanistické přístupy s důrazem na reflexi vlastní zkušenosti a vlastního kognitivního stereotypu.

Hledání alternativ.

*Poruchy chování jsou multifaktoriální problém a proto vyžadují mnohostranný přístup a interdisciplinární přístup (komprehensivní rehabilitace):*

Pedagogický přístup - nabízí dětem možnost dalšího vzdělávání, zahrnuje v sobě nutnost udržení kontaktu s původní školou nebo navázání kontaktu s jinou vhodnou vzdělávací institucí; popřípadě zapojení do kvalifikačních a rekvalifikačních vzdělávacích systémů.

Sociální přístup - usiluje o rehabilitaci, popřípadě reparaci zpřetrhaných sociálních vazeb, vztahů s rodinou, úsilí o využití jakéhokoliv zbytku potencionálních vztahů s rodinou, spolupráce s odpovědným pracovníkem z oblasti sociálně právní ochrany dětí. Poskytnout pomoc při hledání sociálního zázemí u dětí, jejichž věk se blíží zletilosti.

Organizačně režimový přístup - zahrnuje nácvik základních dovedností včetně upevňování fyzické kondice (jde o prostředky, jak cílů dosáhnout). Zkušenost často svědčí o rozpadu základních hygienických návyků, smyslu pro elementární pravidelnost, o poklesu či ztrátě vytrvalosti apod.

Zdravotní přístup - péče o zdravotní stav, oslabený či ohrožený např. experimentováním s OPL nebo jiným způsobem.

Psychoterapeutický přístup - je stěžejní, nese potenciál zpevnění osobnosti.

Základní požadavky na pracovníka v zařízení

Výchovný pracovník je nejdůležitější nástroj v sekundární prevenci. Je schopen profesionálního rozvoje, reflektovat a rozvíjet vlastní profesionální zkušenost (praxe - reflexe - teorie - aplikace - praxe). Je otevřený ke změnám, schopen sebereflexe (vlastní potřeby, hodnoty, vlastní životní cesty...), flexibilní a tvořivý v řešení problému.

Minimální požadavky na profesionalitu pracovníka v DÚM:

*Mikroúroveň*

- má úctu ke klientům, zájem o klienty, respektuje jejich individualitu
- má náhled na vlastní možnosti a omezení ve vztahu k dospívajícímu
- má náhled na možnosti a limity pomáhajícího vztahu
- je schopen dobře porozumět problému (resp. diagnostikovat)
- plánuje, realizuje plán a pravidelně jej hodnotí
- akceptuje zodpovědnost
- snaží se předcházet dalšímu selhání klienta, má trpělivost při očekávání změn

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

*Mezoúroveň*

- spolupracuje s kolegy
- spolupracuje s odbornými pracovníky a subjekty mimo zařízení
- spolupracuje se systémem, ke kterému klient patří (rodina, kamarádi...)
- podílí se na rozvoji politiky zařízení
- umí vyjednávat
- je schopen pracovat s konflikty a chybami

*Makroúroveň*

- dokáže porozumět odlišným způsobům socializace a specifikům těch sociálních skupin, ze kterých klienti pocházejí
- přispívá k rozvoji profese a profiluje tuto profesi

*Literatura:*

- Labáth, ... a kol. Riziková mládež, Praha 2001  
Kratochvíl, S. Psychoterapie.....  
Macek, P. Adolescence. Praha: Portál 2003  
Vágnerová, M. Vývojová psychologie. Praha: Portál 2000.  
Kratochvíl, S. Skupinová psychoterapie neuros, Avicenum, Praha 1982  
Kožnar, J. : Niektoré psychologické aspekty dospievania, VÚDP a P, Bratislava 1979  
Kožnar, J. : Skupinová dynamika, VÚDP a P, Bratislava 1985  
Mezinárodní klasifikace nemocí, Avicenum, Praha 1985  
Duševní poruchy a poruchy chování, 10 revize, Psychiatrické centrum, Praha 1992  
Macek, P. : Adolescenti a jejich rodiče : důležitost vzájemné percepce pro sebehodnocení dospívajících, Pedagogika, 4/2004, str. 342 - 354  
Pipeková a kol.: Speciální pedagogika

**Symposium - Včasná prevence, diagnostika a intervence v  
podmínkách školního poradenství  
(připraveno ve spolupráci s IPPP ČR)**

**Vedení krizové intervence ve školní třídě a ve školním prostředí - PhDr. Richard Braun**

V současné době se pedagogové neobejdou bez dovedností, které jim umožní intervenovat ve školním prostředí. Výchovný poradce a především školní metodik prevence jsou vyzýváni, aby vstupovali do problematických tříd a snažili se o nápravu a rekonstrukce normálních vztahů mezi dětmi a studenty, které jsou z nejrůznějších důvodů narušené.

Často bývá zakázka ostatních pedagogů také formulována tak, že se na škole objevil problémový žák a takový „odborný“ rozhovor s ním je nezbytný. Sami si na ně netroufají a tak zoufale hledají někoho, kdo by se do toho erudovaně pustil. Pokud škola nemá svého školního psychologa či školního speciálního pedagoga, kterých je zaplatěných stále víc, zbývá tento zásah školnímu metodikovi prevence či výchovnému poradci.

Je na takovou činnost dostatečně připraven? Obecně vzato, v pregraduálním studiu na pedagogické fakultě se k takovému vzdělání nedostal a také specializační vzdělávání bývá na taková témata skoupé. Přitom to je poslední možnost, kdy se k tomu dostat.

Nejbližším psychologem každé školy je psycholog v pedagogicko-psychologické poradně. Odhlédnu-li od toho, že objednávací doba k odbornému zásahu vylučuje možnost jej nazývat krizovou intervencí, nejsem přesvědčen ani o tom, že se zde najdou pokaždé ti správní specialisté, kteří jsou schopni vyjet neprodleně na školu, vstoupit do třídy a efektivně řešit nastalé problémy v krátkém, limitovaném čase. Stejně utopické bývá „problémového žaka či studenta“ odeslat do pedagogicko-psychologické poradny. Natož požádat poradnu, aby do školy pro tento rozhovor poslala nějakého experta.

Stručně řečeno, velký díl erudice je takto přenášen na bedra samotné školy. Z této příčiny musíme do poskytovatelů krizové intervence zahrnout i vyškolené pedagogy. Myslím, že ani v nejbližší budoucnosti tomu nebude jinak. V následujících řádcích se pokusím stanovit ty nejzákladnější zásady, jak vést rozhovor s dítětem či studentem - jako námět pro pedagogy a inspiraci k tomu dál se vzdělávat. Věnuji ho těm, kteří chtějí účinně pomáhat dětem v roli poradců a důvěrníků.

Pokusíme se na učitelskou profesi podívat s určitým nadhledem. Pomůže nám to najít ta místa, která tvoří největší bariéru mezi pedagogem - nadšencem a pedagogem - profesionálem a poradcem.

Učitel či vychovatel se denně nachází v mnoha neočekávaných situacích. Toto povolání je náročné především neuvěřitelnou variabilitou, na kterou ale učitel musí bezprostředně reagovat. Vnímá děti, svou sociální roli a odpovědnost z ní plynoucí. Proto zcela přirozeně nastupují stereotypy a zautomatizované reakce, které pak přerostou v pedagogický styl. Každý učitel je jiný, ani jedna hodina (natož celý den)

## Centrum adiktologie

### Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

v jeho práci není podobná jiné. A tak učitel může po čase přijmout tradované dogma, které je možné vyjádřit následujícími body :

- 1) učitel vždy zná správnou odpověď a ví, co je správné
- 2) každé dítě máme rádi, ke všem dětem jsme empatičtí
- 3) je tu od toho, aby pomohl dítěti (za každou cenu)
- 4) musíme dítě poučit o tom, co je správné a co nikoliv
- 5) ve výuce by nemělo být prázdné ticho, lze ho přece nějak smysluplně využít

a mohli bychom pokračovat...

Do takového zorného úhlu staví pedagoga často i veřejnost! To není soupis „chyb“, ale ukážeme si, jak jsou tato dogmata pro práci dobrého poradce brzdící. Kolik omezení nám přináší. Pokusíme se také nastínit způsob, jak odhodit těsnou skořápku „učitelské profesionality“ a obstát.

Představme si, že za učitelem přijde dítě a chce s ním soukromě hovořit. Trápí se s problémem, který mu již přerůstá přes hlavu, a tak prvotní nadšení, že to zvládne samo, selhalo. Uvědomme si, co se v něm odehrává! Muselo překonat určitý ostych, vzdálenost (generační, v sociálních pozicích) a na příslušné dveře „zaklepat“. To znamená, že učitele považuje za důvěryhodného. Bývá obvyklé, že se dítě za své starosti stydí. Očekává jistě pochopení, podporu, možná radu, pomoc. Jak tedy postupovat, abychom v takové situaci obstáli? Pokusíme se to shrnout:

- Dobře pozorovat - jak dítě přichází, jak se asi cítí, jaké signály vysílá. Je plačtivé, lítostivé, je smutné, skleslé, usmívá se, rozčilené. Nebo dokonce působí jakoby bez emocí, i když mluví o dramatických věcech? Lze vytrénovat zachycení celé neverbální komunikace (gesta, posazení, mimiku,..) ještě před samotným slovním sdělením.
- Dát najevo, že nás problém zajímá - v praxi to znamená i to najít dostatečně dlouhý časový prostor (nebojme se dítěti říct, že tato přestávka není dostatečně dlouhá a že by bylo vhodné se sejít třeba v půl druhé), stejně jako prostředí. Není možné aby během intimního rozhovoru rušil např. kolega či jiné děti.
- Nebagatelizovat - i sebemenší problém byl natolik závažný, že se dítě odhodlalo jít až za námi. V praxi se totiž ukazuje, že děti volí „zástupný problém“, třeba banální, aby si vyzkoušely naše reakce, naší důvěryhodnost. Teprve, když se přesvědčí, že máme pochopení, pak začnou mluvit o mnohem závažnějších věcech.
- Dítě emočně přijímat - děcko přesně pozná, zda užijeme naučenou empatickou poučku („já vás mám všechny ráda“), nebo zda to také tak cítíme. Jde tedy o to nebyť v roli učitele ale sám sebou, člověkem. Nemusíme s dítětem souhlasit a přesto mu můžeme porozumět, chápat ho. Emočně jej akceptovat. Pozor na věty „vždyť jsi šikovná holka,...“. Nelze ani city dítěte zlehčovat („a tohle tě trápí, taková hloupost?“). Tohle všechno dítě podvědomě „čte“ a mnohdy je to důvod, proč samo rozhovor předčasně ukončí. Cítí se blokované pro další hovor.
- Maximálně podpořit rozhovor - nechat nerušeně dítě vyprávět jeho příběh, i s tím, že je třeba chvíli ticho, když hledá slova. To, že svůj zahlcující negativní (a chaotický) pocit začne formulovat slovy, je nejjednodušší psychoterapie. Často samo najde řešení, svou cestu. Základní způsoby jak podpořit rozhovor jsou parafrázování, interpretace, ujišťování se o správném pochopení sdělení formou zpětných dotazů, prosté přitakání,

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

apod. Tato podpora se však nesmí zvrhnout v bohapustou zvědavost, slídění či naopak na „vyšetřování“. Problém by nás měl lidsky zajímat!

- Nemoralizovat - dítě velmi dobře ví, co se má, co ne. Nemusíme to připomínat. Pokud by to dítě nevědělo, pak by nevznikl vnitřní konflikt a ani celý problém. Moralizování působí rušivě. Každý z nás si jistě ze svého života vzpomene na chvíle, kdy dělal věci, které se nedělají. Pochopme i to dítě.
- Neradit - to je asi nejtěžší část rozhovoru (právě vzhledem ke zmíněnému dogmatu)! Ideální je, aby s naší pomocí dítě přišlo na své vlastní řešení. Náš podíl by při intervenci měl spočívat v tom, že pomůžeme dítěti problémy pojmenovat, rozkrýt celé klubičko příčin a důsledků. Jsme zkušenější než dítě, a proto mu můžeme nabízet i další zorné úhly (například mluvit za rodiče, za kamaráda..). Hlavně si musíme uvědomit, že nikdo z nás neví (ani sebezkušenější odborník), co je pro dítě to nejlepší. Proto věty typu : „musíš tedy udělat..“, „nejlepší bude, když..“, „rozhodně udělej“, jsou velmi nebezpečné. Přejímáme tak zcela odpovědnost za další kroky dítěte. To není ani správné ani žádoucí. Přesto dítě jistě očekává nějaké řešení. Pak je dobré sdělit spíš svůj pohled a nabídnout jej jen jako jednu z možností („víš, já bych se asi pokusila...“). Nebrat své řešení jako jediné možné. Zvláště, když pro dítě působíme jako přirozená autorita!
- Nesnažit se o nemožné - například pomoci v každém případě. Nastávají situace, kdy pomoci nemůžeme. Například nám dítě nedovolí oslovit rodiče, kterých se dětský problém týká. Pak je nutné to respektovat. Také se mnohdy nedá problém vyřešit ze dne na den, za jedno sezení. Také nemůžeme slibovat, co nemůžeme splnit. Pozor na sliby typu : „nikomu to nepovím...“. Pedagog je vázán svými povinnostmi! Je ale vhodné dítěti vysvětlit, proč je nutné problém hlásit dál. Co tím zákonná úprava sleduje, atd. Vyplatí se dítěti nabídnout „souputnictví“. Můžeme být s ním v zátěžových situacích. Ale i jindy bychom měli spolupracovat s dalšími odborníky a svůj postup s dítětem konzultovat, dokonce jej žádat o svolení tohoto postupu. Ve spolupráci s rodiči vyhledat (a k problému přizvat) i další odborníky. Dítě si často tento postup nepřeje. Je na nás mu vysvětlit, proč je to důležité. Pokud má pedagog pocit, že o dané problematice neví dostatečně mnoho informací, může tyto odborníky vyhledat sám. Může například využít telefonických či internetových poraden, linek důvěry.
- Nebojme se přiznat, že něco nevíme, nebo s tím sami nemáme zkušenosti. Neznamená to žádnou chybu, jen konstatování faktu.
- Učitel by měl být průvodce dítěte v jeho problému. Ne soudce, ani nadřízený, ale spíš starší (možná i chybný) přítel.

Pro ilustraci uvádíme skutečný rozhovor školního psychologa s čtrnáctiletou dívkou, tak jak jej psycholog zachytil :

Velká přestávka, na chodbě : „Mohla bych s vámi dnes mluvit?“ Kateřině je nepříjemné frekventované místo na chodbě, proto se snažím rozhovor zkrátit : „Jistě, v půl druhé ti to vyhovuje?“. Odpovídá a už spěchá jinam : „No, to by šlo, přijdu za vámi!“

Kateřina přichází a není jí příliš do hovoru. „Posaď se u mě, co pro tebe mužů udělat?“. Nedívá se do očí, rozhlíží se po místnosti, kterou ale jinak zná. „Víte, já bych se chtěla zeptat, jestli musí člověk vždycky hlásit, když o něčem ví...“

„Jestli ti rozumím, zda má oznámit, když se dozví o něčem závažném?“

„No, třeba, když vidí něco špatného, když je u toho...“



Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

„Takže, když je svědkem nějaké trestné činnosti?“

„Třeba..“

Je zřejmé, že se jedná o její vlastní zkušenost. Schovává se za „obecné hledisko“. Je třeba posílit její důvěru a chuť sdělit své trápení:

„Víš, povinnost ze zákona je jedna věc. Druhá ale vlastní svědomí. Někdy se člověk trápí tím, že někomu mohl pomoci, něčemu mohl zabránit...“ Přebíráme možnost „obecnosti“ rozhovoru : „Nebyvají to hezké myšlenky! Ale myslím si, že pomoci se dá v každé chvíli. Týká se to Tebe nebo někoho blízkého?“

Kateřina se chvíli snaží maskovat : „Víte jedna moje kamarádka, není z naší školy, se dostala do maléru. Viděla, co vidět neměla a teď jí vyhrožují, že to nesmí nikomu říct. Je na tom blbě.“

„To chápu. Je to hodně nepříjemná situace. Určitě má strach a neví, co dál. Navíc jí jistě trápí, jak v situaci obstála, nebo spíš neobstála. Pojďme vymyslet, jak jí pomoci, co jí poradit...“

„Ona se za vámi bojí, ublížili by jí!“

„Chceš mi říct, pokud to víš, čeho byla svědkem?“

„No, ona se připeřila... ale nesmíte to nikomu říct... když tři kluci obrali jednoho třetáka o peníze a bundu. Řvali na ní, že jestli cekne...“

„To muselo být hodně nepříjemné, teď se jich určitě bojí. Na druhou stranu je jí určitě líto toho malého kluka...“ Psycholog pracuje s tichem, jakoby o dané situaci uvažuje.

„Já vám neřekla úplně všechno...“ Opět práce s tichem, psycholog naslouchá :

„Já, ... víte,... byla jsem u toho já...“ Psycholog ji podporuje: „To se může stát každému z nás. Ne každý najde odvahu s tím něco udělat a je to přirozené. Strach a obavy mají svou sílu.“

„Jenže oni si budou pak dovolovat. Já nechci, aby někomu dál ubližovali...“ Kateřina se zdravě rozčílila a získala odhodlání věci měnit.

„Tak, co s tím uděláme?“

„Nevím, ale pořád se bojím jejich pomsty, že mě zmlátí...“

„Víš, povím ti teď, co ti mohu nabídnout. Jak ti mohu pomoci věc řešit. Vybereme spolu to, co ti bude nejvíc vyhovovat, ano?“

Pro takto vedené rozhovory je pochopitelně nutné mít vhodné prostory, jak již bylo uvedeno. Klid a příjemné prostředí v dítěti vzbuzuje dobrý pocit. Mnoho učitelů své žáky posazuje do křesel a nabízejí občerstvení. To vše přispívá k neformálnosti a tudíž i větší spontaneitě rozhovoru. Pokud by měl být někdo další přítomen rozhovoru, musí s tím dítě souhlasit.

Na problém může upozornit také někdo jiný, než samo dítě - spolužáci, další učitelé, někdy i rodiče. Pedagog by měl zvážit, zda je vhodné dítě oslovit, zastavit jej v jeho přirozeném prostředí, nebo jej pozvat na soukromý rozhovor. V tomto případě můžeme počítat s tím, že dítě nebude ochotné o svých věcech hovořit. Nebo to nebude cítit (na rozdíl od ostatních, popř. na rozdíl od skutečného stavu věci) jako problém. Pak se s tím chtít nechtět musí učitel smířit. Nelze dítěti „vyrobit“ problém, když ono jej nepociťuje nijak tíživě.

Velmi důležité je ovšem podobnou činnost dokumentovat. Pedagog musí mít velmi dobrý přehled o poskytovaných konzultacích pro děti (samozřejmě, nejen pro ně). Není to samoúčelné „papírování“, ale velmi cenný materiál. Poslouží samotnému pedagogovi, který třeba za nějaký čas bude potřebovat do svých poznámek nahlédnout, nebo i dalším expertům, kteří budou s dítětem pracovat. Je určitě vhodné, aby měl učitel svůj poznámkový blok určený právě na dokumenty tohoto typu. Co by mělo v takovém zápise být? Určitě datum a čas, kdy proběhl hovor,

## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

psychický stav dítěte a stručná formulace jeho problému, obsah dalšího rozhovoru a pak to, s čím se učitel a dítě rozešli (řešení). Nebojme se zachycovat detaily. Snad není nutné příliš zdůrazňovat etickou stránku poradenské činnosti.

Uvedený text představuje základní orientaci v problematice poradenské úlohy pedagoga. Je z toho zřejmé, jaké nároky to na jeho osobnost klade. Měl by totiž mít ve svých „životních“ tématech jasno. Nemůže totiž vystupovat v naučené roli, ale musí dávat najevo své vlastní lidské názory a postoje. Proto se ukazuje jako vynikající cesta možnost dlouhodobých prožitkových výcviků (obdobných jako u psychologů) i pro pedagoga. Zatím je to však hudba budoucnosti.

Jak také lze pracovat ve třídě ukazuje poslední část příspěvku - možnosti intervence pedagoga ve třídě.

Snahou školy a pochopitelně i třídního učitele je, aby ve třídě panovala pohoda, aby se vytvořilo pozitivní klima pro školní práci. Děti tak ve studiu nic neruší a prožívají obohacující interpersonální vztahy. Třída pak představuje jejich přirozenou (a referenční) sociální skupinu, ve které se jim dostává emoční podpora a saturují se jejich potřeby. Tak by to bylo užitečné a ideální. Ale nebývá tomu vždy tak.

Nejen cílené diagnostické postupy, ale každodenní přirozená diagnostická činnost učitele může přinést zjištění, že se ve třídě vyskytují problémy, které je třeba řešit. Vztahy mezi dětmi mohou být narušeny, problémem může být i vztah třídy k některému učiteli či učitelům. Taková situace může výrazně narušit kohezi třídy a nepříznivě se projeví i v oblasti vzdělání.

Třída většinou očekává aktivní podíl učitele na řešení. V následujícím textu se pokusíme vymezit možnosti pedagoga v intervenci se třídou jako sociální skupinou. Jaké zásady je třeba cítit a jaké postupy jsou efektivní.

V případě, že učitel dojde k poznání, že se ve třídě začínají vyskytovat problémy, jistě zařadí některý z dalších diagnostických nástrojů, aby více objektivizoval své dosavadní informace. Pokud na problémy narazil při pravidelném diagnostickém screeningu, je jeho situace jednodušší.

Nástroje, které může pedagog použít pro práci s celou třídou při řešení problémů:

- diskuse nad výsledky s dětmi
- diskuse nad výsledky s dalšími pedagogy (i těmi, kteří ve třídě neučí)
- přizvání dalšího odborníka (psychologa, etopeda) k řešení situace
- další „doplňková“ technika - anketa, dotazník
- technika „Dopis pro mě“
- zapojení žákovské samosprávy do řešení
- intervence ve třídě (viz základní intervenční hodina)
- zařazení dalších skupinových sezení (hlavně kohezní a kooperativní hry)
- zařazení skrytého vrstevnického programu (dle dr. Martincové)
- zařazení mimořádných mimoškolních akcí

Velmi záleží na postoji třídy, může se totiž stát, že pedagog vnímá problém, který ovšem třída nevnímá a ani jej nechce nijak řešit. Pokud by se pedagog o řešení pokusil, nemůže být úspěšný. Bude narážet na bagatelizování ze strany třídy. Také opak může být extrémem. Třída vnímá problém, ale pedagog jej neshledává

## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

důležitým. V tomto případě je opět pravda na straně třídy. Učitel se tudíž musí názorem třídy řídit. To je důležitá zásada.

Další zásadou je - nepřebírat odpovědnost za třídu a nevyčleňovat se z ní. Pedagog je součástí třídy a tak by měl problém prezentovat: „v naší třídě se vyskytly nějaké problémy, pojďme mluvit o tom, jak je můžeme co nejlépe řešit“. Na druhou stranu není správné, aby děti k problémům přistupovaly, jakoby se jich netýkaly. Pokud je učitel chce řešit, tak ať je řeší, jich se to nijak netýká! To je pochopitelně nemožné. Každé řešení je vždy kolektivní akce. Takže opakujeme dětem, že nikdo z venku nám to nevyřeší, pouze my.

Jak bude uvedeno dál, jinou zásadou by mělo být - neudílet rady! My sami málokdy můžeme vědět, zda námi nabízená řešení zrovna té, které třídě mohou pomoci. Dětem bychom svůj pohled měli nabízet jako jednu z možných variant řešení, nebo jako zkušenost, která se osvědčila. Nikoliv jako jednoznačné řešení. Mohly by se zklamat, pokud by se výsledek nedostavoval.

V každém případě by mělo schéma práce s výsledky diagnostiky být následující:

- pedagog vyhodnotí dotazníky a vytipuje hlavní problémy ve třídě
- zváží, zda je nutná intervence, pokud ano, zda s celou třídou či s jednotlivcem
- sdělí dětem šetrnou formou výsledky šetření a poptá se na to, jak samy výsledky hodnotí
- pokud je třída spokojená a nevznáší nějaké náměty k řešení, může se celý diagnostický proces uzavřít. S výsledky pak pracuje dlouhodobě pedagog při vedení třídy
- pokud třída či pedagog uznají za vhodné, dobře zváží jaké další intervenční metody užít a kdy
- s výsledky a záměry (tak jako děti) mají být seznámeni rodiče a vedení školy

Z uvedeného vyplývá, že intervence ve třídě je odborná činnost, kterou si musí učitel velmi dobře připravit. Nemusí se však ničeho obávat. Může děti přirozeně do řešení vtáhnout a pak si může dovolit i přiznat své třídě, že sám neví, jak situaci řešit. Ale že se pokusí spolu s nimi nějaké řešení vymyslet a pomoci realizovat.

### **Včasná diagnostika rizikového chování ve školní třídě a včasná intervence - Mgr. Veronika Martanová**

Workshop nabízí techniky diagnostiky, sebepoznávání a poznávání spolužáků ve školní třídě. Je založen na teorii Gestalt terapie, konkrétně učení o polaritách. Gestalt teorie praví, že všechny vlastnosti, které máme, všechny ke své úplnosti potřebujeme. A každou z nich vlastníme v určité míře v obou polaritách, přestože je to pro nás někdy obtížně přijatelné. Nejsme tady jen veselí, ale jsme také smutní, protože to v určitých situacích svého života potřebujeme. Nejsme jen čistotní, ale jsme i nepořádní; nejsme jen pravdomluvní, ale i prolhaní; nejsme jen lakomí, ale i štědrí apod. Jsme veselí a smutní, čistotní a nepořádní, pravdomluvní a prolhaní, lakomí a štědrí, protože všechny tyto své vlastnosti ve svém životě potřebujeme a jsou nám v určitých situacích k užítku. Toto uvědomění napomáhá celostnímu pochopení a přijetí sama sebe v celé pestrosti a barevnosti a tím i růstu člověka. Lidské vlastnosti nejsou v Gestalt terapii špatné ani dobré, jsou takové jaké jsou.

## Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

Člověk je tím, kým je. Přijetí tohoto faktu a snaha po úplnosti Gestaltu vlastní osobnosti s sebou přináší terapeutickou změnu.

Workshop je zaměřen na diagnostiku problémového chování event. problémových vlastností u některých žáků, které se v negativním slova smyslu odráží ve školní třídě, jejich zvědomování. V následující části aktivity jsou žáci vedeni k uvědomění, že věci nejsou černobílé, každý z nás může být v určité situaci „ideálním“, ale také „hororovým“ žákem. Tato projektivní technika je vhodná pro odhalování konfliktů, lepší přijímání odlišností u druhých, proti vyčleňování některých jednotlivců z kolektivu.

## Abecední seznam příspěvků konference

### Ústní sdělení

1. Abúzus návykových látek jako součást syndromu rizikového chování v dospívání. Preventivní aspekty v pediatrické péči.
2. Agresivita - podstatné hledisko při rozlišování poruch chování; výsledky průzkumu disruptivních poruch chování ve vzorku pražských škol.
3. Dobrá praxe prevence založené na výzkumem ověřených poznatcích
4. Internetové poradenství.
5. Internetové programy v Německu.
6. Jde to, ale dře to...
7. Kouření tabáku a rizikové chování.
8. Literární soutěž.
9. Mobbing a manipulácia. Mužský a ženský rod.
10. Možnosti prevence na internetu
11. Poruchy plodnosti a jejich prevence jako interdisciplinární problém.
12. Prevence zneužívání a šikany stárnoucích.
13. Primární fikce prevence užívání drog?
14. Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace
15. Primární prevence a EURO NET
16. Proces certifikace primární prevence z pohledu Certifikační agentury.
17. Rizikové chování a snahy o jeho řešení v kontextu sociální politiky obcí.
18. Specifická primární prevence na 1. stupni ZŠ v Jihočeském kraji.
19. Včasná detekce a intervence u problémů s návykovými látkami
20. Vliv komunitního preventivního programu na užívání NNL: přehled výsledků prvního retestu kvaziexperimentálního výzkumného projektu
21. Výcvikové vzdělávací programy v oblasti prevence - nadstandard či samozřejmost.
22. Využití konceptu „CLOSE TO“ k prevenci rizikového chování mladých začínajících řidičů.
23. Využitie niektorých prístupov a metód sociálnej práce s komunitou v prevencii sociálno-patologických javov.
24. Výzkum vztahů ve třídách a možné intervence.
25. Význam terapeutických klubov v procese doliečovania v našom regióne.
26. Zamyšlení nad poruchami osobnosti.
27. Závislostní chování a připravenst na krizové stavy.

## Workshopy

1. Divadlo v programech primární prevence v 1. třídách ZŠ.
2. Když dva dělají totéž...
3. Komplexní program prevence nežádoucích jevů pro 2. stupeň ZŠ - Malá policejní akademie
4. Spolupráce mezi krajským protidrogovým koordinátorem a krajským školským koordinátorem prevence.
5. Efektivní regulace užívání návykových látek - jaké možnosti a hranice mají legislativní opatření?

## Vývěsková sdělení

1. Anebo.
2. Vývin agresivity u dětí předškolského věku a možnosti jej prevence

## Abecední seznam přednášejících a autorů vývěskových sdělení

Bareš	P.
Braun	R.
Canigová	A.
Cpinová	S.
Dolejš	M.
Doležalova	P.
Duchoňová	I.
Duplinský	J.
Frankovič	L.
Gabrhelík	R.
Gurská	Z.
Hambálek	V.
Hrudková	B.
Janíková	B.
Janský	P.
Juhas	J.
Kabicek	P.
Kalina	K.
Konečná	H.
Kormaňáková	B.
Králíková	E.
Kuda	A.
Kudová	O.
Kundrátová	I.
Lányová	B.
Martanova	V.

Masáková	V.
Minařík	K.
Miovská	L.
Miovský	M.
Němcová	P.
Netolická	D.
Nosilová	D.
Pilař	J.
Poláček	J.
Radimecký	J.
Satranová	L.
Soyková	V.
Sulek	Š.
Šedá	E.
Škrdlantová	E.
Šrahůlková	K.
Štalníková	E.
Štěpánková	L.
Štěpánková	M.
Tošnerová	T.
Trapková	B.
Van der Kreef	P.
Vaněček	M.
Vrbková	H.
Zapletalová	J.
Žejdl	J.

Centrum adiktologie  
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty University Karlovy v Praze

# ADIKTOLOGIE

Odborný časopis pro prevenci,  
léčbu a výzkum závislostí

dovolujeme se Vám oznámit, že v lednu 2006 tomu bude pět let, co byl založen a vychází odborný časopis ADIKTOLOGIE, věnovaný prevenci, léčbě a výzkumu závislostí. Jeho vydavatelem a distributorem je Sdružení SCAN, které jej připravuje ve spolupráci a pod záštitou Psychologického ústavu Akademie věd ČR, Společnosti pro návykové nemoci České lékařské společnosti J.E.Purkyně, Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády ČR a České neuropsychofarmakologické společnosti ČSL JEP.

Časopis vychází čtyřikrát ročně. Cena jednoho čísla je 89,- Kč  
(bez poštovného).

**Roční předplatné včetně poštovného (4 čísla vč. příloh) je 280,- Kč**  
(pro SK je cena předplatného 350,- Kč).

Objednávky na předplatné na adrese vydavatele:  
**Sdružení SCAN, Hanákova 710, 666 03 Tišnov**  
Fax.: 549/413534, E-mail: [scan@tisnov.cz](mailto:scan@tisnov.cz)

**Navštivte naše internetové stránky**

**WWW.ADIKTOLOGIE.CZ**





**SBORNÍK ABSTRAKT A PROGRAM KONFERENCE**

**III. ročník celostátní konference s mezinárodní účastí  
Primární prevence rizikového chování**

**„specializace versus integrace“**

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.  
Za jazykovou a obsahovou stránku anotací  
a názvů příspěvků odpovídají autoři.

V roce 2006 jak účelovou publikaci vydalo:

**Centrum adiktologie PK 1.lékařské fakulty a VFN  
Univerzita Karlova Praha**

a

**Sdružení SCAN**

**Hanákova 710**

**666 03 Tišnov**

**Tel/fax: 549 413 534**

**E-mail: [scan@tisnov.cz](mailto:scan@tisnov.cz)**

**ISBN:**

**80-86620-13-1**

**[www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz)**

Vydání první  
Náklad 400 kusů

**Neprodejné**



**TENTO PROJEKT JE SPOLUFINANCOVÁN EVROPSKÝM SOCIÁLNÍM FONDĚM, ZE  
STÁTNÍHO ROZPOČTU ČESKÉ REPUBLIKY A ROZPOČTU HLAVNÍHO MĚSTA  
PRAHY**