



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Poruchy chování dětí a mládeže na dětském psychiatrickém oddělení

Bakalářská práce

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R029 – Speciální pedagogika pro vychovatele
Autor práce: **Gabriela Buschtová**
Vedoucí práce: Mgr. Alena Bjorke





TECHNICAL UNIVERSITY OF LIBEREC
Faculty of Science, Humanities
and Education



Behavior Disorders of Children and Youth on the Children's Psychiatric Department

Bachelor thesis

Study programme: B7506 – Special Education
Study branch: 7506R029 – Special Education for Educators
Author: **Gabriela Buschtová**
Supervisor: Mgr. Alena Bjorke



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Gabriela Buschtová**
Osobní číslo: **P15000535**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika pro vychovatele**
Název tématu: **Poruchy chování dětí a mládeže na dětském psychiatrickém oddělení**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Zjistit, s jakými poruchami chování jsou hospitalizovány děti na oddělení dětské psychiatrie a jaký vliv má na tyto poruchy rodina.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava výzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Analýza spisové dokumentace, rozhovor.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HORT, V. a kol., 2008. Dětská a adolescentní psychiatrie. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.

MARTÍNEK, Z., 2015. Agresivita a kriminalita školní mládeže. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9760-1.

MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z., 2002. Krizové situace v rodině očima dítěte. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0332-7.

TRAIN, A., 2001. Nejčastější poruchy chování dětí. Praha: Portál. ISBN 80-7178-503-2.

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

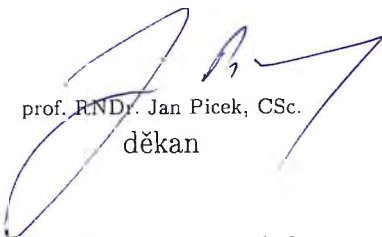
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Alena Bjorke

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **3. dubna 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2018**


prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan




Ing. Zuzana Palounková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 3. dubna 2017

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Aleně Björke, vedoucí mé bakalářské práce, za rady a připomínky, které mi v průběhu psaní práce poskytla. Děkuji také lékařce na oddělení dětské psychiatrie v Liberci za ochotu a čas, který mi věnovala při poskytování rozhovoru.

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá dětským psychiatrickým oddělením Krajské nemocnice v Liberci a jejím cílem je popsat nejen toto oddělení, ale také charakteristiku klientů školního věku hospitalizovaných na tomto oddělení, převážně s poruchami chování a jak dalece na jejich negativní projevy působí rodina. V teoretické části, je pomocí odborných zdrojů popsána klasifikace poruch chování, funkce rodiny a potřeby dítěte dle vývojových stádií, které ovlivňují socializační a adaptační proces dítěte v prostředí i mimo rodinu.

V praktické části jsou na základě studia spisové dokumentace uvedeny čtyři případové studie dětí opakovaně hospitalizovaných na oddělení dětské psychiatrie Krajské nemocnice v Liberci. Jsou zde zpracovány jejich osobní a rodinné anamnézy, ze kterých byly získány důležité informace z oblasti vývoje a chování klientů v rodině, ve škole a mezi vrstevníky. Ke kazuistikám jsou uvedeny rozhovory dětí školního věku a rozhovor s lékařkou zdejšího oddělení, které subjektivně hodnotí v závěru práce uvedené předpoklady, zkoumané kvalitativní metodou.

Největším přínosem práce je psychologický rozbor narušených vztahů matky a dítěte v rodině, které mají dopad na celkový rozvoj osobnosti jedince. Z působení v sociálním prostředí a z ústavní anamnézy lze vypožorovat, jak obtížně se napravuje psychika u dětí, které jsou zatížené citovou deprivací a výchovnou insuficiencí a jak je to může poznamenat na celý život.

Klíčová slova:

dětská psychiatrie, hospitalizované děti, poruchy chování a jejich klasifikace, funkce rodiny, potřeby dítěte, citová deprivace, výchovná insuficience, vliv rodiny, sociální prostředí

Annotation:

This bachelor thesis deals with children's psychiatric department of the Regional Hospital of Liberec. The goal of the work is not only to describe this department, but also to characterise its school aged clients who suffer from behaviour disorder. Moreover, the aim is to discover to what extent the family influences the negative displays. In the theoretical part there are classified behavioural disorders, the function of the family and needs of children with regard to their evolutionary stage which influence socializing and adapting process of a child in its environment outside the family.

The practical part includes four case studies of children repeatedly hospitalized in the children's psychiatric department of the Regional Hospital in Liberec. There are children's personal and family case studies concentrating on the evolution and behaviour of clients in the family, at school and between the peers. For each casuistic there are interviews of the school aged children and the interview with a doctor of the department. They subjectively evaluate the assumptions mentioned in the end of the work, studied by a qualitative method.

The merit of this thesis is the psychological analysis of disturbed relations of a mother and her child in the family which influence the whole personality development. It is possible to observe from the institutional case study and the influence of the social environment how difficult is to remedy the psyche of the children who have suffered emotional deprivation and educational insufficiency and the effect it can have on their whole life.

Key words:

children's psychiatry, hospitalized children, behaviour disorders and their classification, function of the family, needs of a child, emotional deprivation, educational insufficiency, the influence of the family and social environment.

Obsah

Úvod.....	9
1 Poruchy chování.....	11
1.1 Klasifikace poruch chování.....	11
1.1.1 Základní specifické členění poruch chování.....	12
1.2 Etiologie poruch chování	14
1.3 Kritéria poruch chování u hospitalizovaného dítěte.....	15
1.4 Problémové chování dítěte.....	17
2 Idea rodiny.....	17
2.1 Funkce rodiny	18
2.2 Potřeby dítěte v rodině	20
2.3 Působení rodiny na poruchy chování	21
2.4 Vztahová vazba jako prediktor poruch chování	22
3 Charakteristika vývojových období	23
3.1 Předškolní období.....	23
3.2 Mladší školní období.....	24
3.3 Dospívání	24
4 Historie dětské a adolescentní psychiatrie	25
4.1 Oddělení dětské psychiatrie v Liberci.....	26
4.1.1 Klientela dětské psychiatrie v Liberci.....	27
4.1.2 Nejčastější diagnózy dětské psychiatrie v Liberci.....	28
5 Cíl empirické části.....	32
6 Použité metody a metodika průzkumu	32
7 Charakteristika zkoumaného vzorku	33
8 Stanovení předpokladů.....	34
9 Průběh průzkumu	35
9.1 Rozhovor s cílovou skupinou	35
9.2 Rozhovor s lékařkou dětského psychiatrického oddělení	36
10 KAZUISTIKY.....	37
10.1 Kazuistika č. 1	37
10.2 Kazuistika č. 2	41
10.3 Kazuistika č. 3	46
10.4 Kazuistika č. 4	49
11 Ověřování předpokladů	52
12 Analýza zjištěných dat a jejich interpretace.....	53
Závěr.....	55
Seznam použitých zdrojů	56

TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

Funkce rodiny, osobní životní zkušenosti, problematika vztahů a naše postoje vůči lidem a okolí ve mně během let vyvolávali spoustu otázek. Kladná citová autonomie a pocity bezpečí mohou člověka motivovat v jeho snažení, ale jak si bude plánovat budoucnost člověk, který je zatížený vlastním selháním a malou mírou se sociálně adaptovat. Malá sebejistota a narušená sociální interakce bude ztěžovat jeho působení ve společnosti, a jak bude takto oslabený člověk motivovaný ke změně, když nerozezná to dobré od špatného.

Pátým rokem pracuji jako zdravotní sestra na oddělení dětské psychiatrie v Liberci a ačkoliv se jedná o zdravotnické zařízení, tak se péče o děti ve věku od 6 do 18 let odvíjí dle jejich momentálních psychických stavů a diagnostikují se, léčí různé psychiatrické projevy, které se úzce prolínají s vývojovou dětskou psychologií a společenskými vztahy, které tvoří jádro jejich potíží. Některým dětem se nastavuje medikace, u jiných se zase hledá způsob komunikace, jak u nich zmírnit poruchy přizpůsobení, na které může mít vliv mimo jiné i rodina a jejich vztahy s vrstevníky.

Na oddělení jsem se během mé praxe setkala s dětmi, kterým bylo diagnostikováno ADHD/ADD, Aspergerův syndrom, schizofrenie apod. Jiné děti trpěly agresí, úzkostmi, poruchami přizpůsobení, které měly většinou původ v negativním působení členů rodiny při výchově. Je naprosto nutné zdůraznit, že narušená psychika dětí a nedostatečný odborný dohled mohou vést k fatálním důsledkům. Převážná většina dětí je hospitalizována po pokusu o sebevraždu, suicidálním proklamacím.

Dalšími klienty oddělení jsou děti se specifickými poruchami učení, děti zanedbávané, z dětských domovů, které jsou špatně adaptabilní, deprivované. Ať už dítě přichází z neúplné rodiny nebo nezvládá tlak ve škole, nerozumí si s vrstevníky, je diagnostikováno s psychiatrickým onemocněním, převládá u většiny z nich jako důsledek jeho obtíží porucha chování.

Zajímá mě psychologie dětí, jejich přirozenost a variabilita jejich emocí, jejich sny, potřeby. Jejich duševní vývoj určí jejich život v budoucnosti. Méně odolní snadno podlehnou tlakům společnosti, budou se řídit špatnými výchovnými vzory. Otázkou potom bude, do jaké míry bude společnost nadále tolerovat jejich negativní projevy, jaká jim bude poskytovat preventivní opatření a zda se v rodinném klimatu posílí základní lidské hodnoty.

V mé bakalářské práci se proto zaměřím zejména na charakteristiku klientů

hospitalizovaných na oddělení dětské psychiatrie s poruchami chování a nad rodinnými faktory, vedoucí k těmto poruchám.

Při tvorbě bakalářské práce využiji rozhovory a hlavně studium spisové dokumentace. Cílem bakalářské práce bude sonda do složitých vztahů, které začínají v rodině dítěte a mají dopad na jeho socializaci a sníženou seberegulaci v interakci s okolím.

Cíl bakalářské práce je tedy zjistit, s jakými poruchami chování jsou hospitalizovány děti na oddělení dětské psychiatrie a jaký vliv má na tyto poruchy rodina.

V teoretické části je popsána stručně historie dětské psychiatrie a oddělení dětské psychiatrie v Liberci. Hlavní část teoretické části tvoří diagnostický náhled do problematiky poruch chování dětí a mládeže, její klasifikace. Jak se poruchy chování u dětí projevují v kontextu rodiny a sociálního prostředí s důrazem na jejich citové vazby a základní potřeby. Své zastoupení bude mít i rozbor typů rodin a výchovných stylů s tím souvisejících.

V empirické části se zaměřím na kvalitativní metodu sběru dat, analýzu spisové dokumentace a rozhovor se 4 vybranými klienty ve věkovém rozmezí 11 – 18 let s diagnózou poruchy chování a jaký vliv má na jejich projevy rodina. Uvedu důvody, které vedly k jejich hospitalizaci na dětském psychiatrickém oddělení.

1 Poruchy chování

1.1 Klasifikace poruch chování

Jedinci, kteří trpí poruchou chování, mají problém s respektováním autorit, špatně přijímají pravidla společenského soužití a špatně se přizpůsobují v běžném sociálním prostředí. Je u nich nutné odlišovat etiologii a vážnost projevů, protože některé poruchy chování jsou sociálně či psychicky podmíněné jiné jsou specifické (např. syndrom ADHD) nebo mluvíme o přirozených výkyvech v chování (např. období vzdoru, období puberty a adolescence) (Slowík 2007, s. 135).

Jinak řečeno, pokud jde u dítěte, mladistvého o trvalé projevy vzdorovitého, disociálního a agresivního chování, jedná se o poruchu chování. Při posuzování, zde se jedná o poruchu je dále nutné přihlížet na fyzický a mentální věk jedince, frekvenci výskytu poruchy chování a míru agrese (Pešatová 2003, s. 27-28).

Je nutné si připomenout význam sociálního prostředí, ve kterém vznikají emotivní vazby, které si člověk internalizuje dle svých osobnostních charakteristik. Publikace udává pojem autoregulace, díky níž je respektování příslušných norem a pravidel přirozenou součástí morálky člověka. O poruchách chování mluvíme v případě, že dítě a mladistvý sice normy chápe, ale nechce nebo nedokáže se jim podřídít. Svoji roli hrají kromě níže rozepsaných faktorů i hodnoty a motivy dítěte, které se různí dle jeho psychického stavu a věkové hranice.

Poruchy chování dle diagnostických kritérií mají svá specifika. Objevují se v různém věku, s různou mírou agresivity a dle společenské závažnosti, která může mít delikventní až kriminální charakter a v případě antisociálního chování zasahuje do životů ostatních lidí až za hranici zákona (Vágnerová 2014, s. 715).

Diagnostické kategorie dle MKN - 10: poruchy chování (F91), poruchy přizpůsobení (F43.24, 25), poruchy sociálních vztahů (F94.1, 2) jsou častými diagnózami klientů na oddělení dětské psychiatrie. Hyperkinetická porucha chování (F. 901) splňuje diagnostická kritéria jak hyperkinetické poruchy, tak poruch chování. Jsou to poruchy externalizované a patří mezi ně dále porucha opozičního vzdoru a disruptivní porucha chování, jejichž důležitými faktory jsou narušená socializace a agrese (Hort et al. 2008, s. 105, 106, 315).

1.1.1 Základní specifické členění poruch chování

- **Začátek v dětském věku** – alespoň jeden symptom musí být přítomen před desátým rokem věku.
- **Začátek v adolescenci** – žádný ze symptomů není přítomen před desátým rokem věku.

Podle agresivity se dělí na agresivní a neagresivní poruchy chování

- **Agresivní** – šikana, vandalismus, fyzická agrese k lidem a hrubost ke zvířatům
- **Neagresivní** – lži, útěky, toulky

Zmíněný pojem agrese bude mít vlivem porušení citové vazby a špatné citové autonomie své zastoupení v různém měřítku. Diagnostika poruch chování (F91) dle MKN – 10 ji uvádí ve svých diagnostických kritériích jako opakující se stabilní vzorec chování. Agresi lze považovat za uvolnění tlaku a nejistoty, která pramení ze špatné socioekonomické situace v rodině nebo má počátek v disharmonickém rodinném prostředí jako jsou například nezaměstnanost, antisociální a kriminální chování rodičů, rozvody, rodina s velkým počtem členů, striktní výchova nebo výchova bez kontroly a strukturace volného času (Hort et al. 2008, s. 315).

Cílem psychologů, psychiatrů, etopedů, pedagogů by mělo být předcházení a náprava společensky závažných jevů, které mají tuto terminologii:

- **Disociální (nespolečenské) chování** – zlozvyky, vzdorovitost, lhaní apod., dá se zvládnout běžnými pedagogickými postupy
- **Asociální chování** – porušování společenských norem, jako jsou záškoláctví, útěky, závislostní chování
- **Antisociální chování** – protispolečenské jednání, zaměřené proti společnosti a druhým lidem. Patří sem krádeže, vandalství, zabití, vraždy, loupeže, sexuální delikty a další, které se staví už za hranici zákona

Ve věkové hranici 6-15 let se setkáváme s pojmy prekriminální, dětská delikvence, u mladistvých už se mluví o juvenilní delikvenci, kriminalitě mladistvých jako výsledku sociální nezralosti a špatného psychosomatického vývoje. Tyto projevy sociálně nebo výchovně podmíněných poruch dokáže diagnostikovat obor etopedie.

Zvláštní projevy chování se mohou projevovat u citově deprivovaného dítěte, které jeví známky syndromu týraného a zneužívaného dítěte (CAN – Child Abused and Neglect), v tomto případě je osobnost dítěte celoživotně poznamenána a v horším případě jsou zcela výchovně nezvladatelné, s nízkým frustračním prahem a výraznou emoční labilitou, agresí (Slowík 2007, s. 137-139).

Poruchy s lepší a špatnou prognózou dle MKN-10 představují závažné poruchy chování už pro svoji trvalost a kontinuitu. Vznikají v dětském věku a mohou vést přes disharmonický vývoj osobnosti až do disociální psychopatie v dospělosti. Tyto níže uvedené poruchy predikují genetický vliv a špatné výchovné styly nebo špatný vliv sociálního prostředí a slabé adaptační mechanismy. To znamená slabé sebehodnocení, nízkou seberegulaci dítěte v sociálních interakcích (Hort et al. 2008, s. 317-321).

Poruchy s lepší prognózou

- **Porucha chování ve vztahu k rodině (F91.0)** – reaktivní porucha, porucha přizpůsobení se v rámci větší rodinné zátěže, ve které je přítomen konfliktní vztah k nevlastnímu rodiči, krádeže peněz v domácím prostředí, agresivní chování omezené na domov, ale sociální vztahy mimo ni jsou v pořádku.
- **Socializovaná porucha chování (F91.2)** - doma má dítě celkem dobré vztahy, ale vždy je specifický negativní vztah ke škole. Vyhledávání členství v partě a společenské přečiny s tím společné.

Poruchy se špatnou prognózou

jsou kontinuální a trvalé, faktory antisociální poruchy se manifestují od útlého dětství, rodina dítěte bývá většinou dysfunkční, s patologickou komunikací a interakcí, vede k disociálním poruchám osobnosti, psychózám, u kterých převládá agresivní emoční nestabilita. Není výjimkou závislost na návykových látkách. Patří sem:

- **Nesocializovaná porucha chování (F91.1)** – trvale disociální chování, samotářsky agresivní typ lidí, trvale jeví známky antisociálního chování, převládá zde agresivita k druhým, ke zvířatům, rvačky, násilnosti, vandalismus, krádeže s násilným činem při

konfrontaci s obětí, záškoláctví, vydírání, trvale narušené vztahy k vrstevníkům, bez pocitů lítosti, empatie. Může u nich dominovat předčasná sexuální zralost (znásilňování).

- **Porucha opozičního vzdoru (F91.3)** – objevuje se u mladších školáků ve věku do deseti let, žijícím v nevhodném sociálním prostředí, více predikovaná u chlapců s hyperkinetickou poruchou. Ve vyšším věku může přecházet do nesocializované poruchy chování. Jak je patrné s názvu, tak jsou v projevu časté opozice, vzdor, despekt k autoritě, zlost, hádky, negativismus, odmítání plnit požadavky, selhávání školních povinností, nekritičnost a provokace.

„Čím dál více se ve třídách objevují jedinci, kteří navenek dávají najevo, že vše mohou, učitel je nemá co napomínat, bezhraniční jedinci denně porušují školní řád a považují to za něco naprosto běžného a normálního“ (Martínek 2015, s. 60).

- **Dezinhibovaná přichylnost v dětství (F94.2)** – vzniká během prvních 5 let života dítěte. Výchova je omezená, bez kontroly a bez zájmu k jeho potřebám. Matka ve výchově kumuluje své neuspokojené potřeby, je laxní k dítěti, které bylo nechtěné nebo mu neumí vytvořit stabilní rodinné zázemí. U dětí je patrný pomalý rozvoj řeči a jazykových schopností. U této poruchy děti vyžadují pozornost bez výběru zaměřené náklonnosti. Znamená to poutání pozornosti i cizích lidí, přítulnost k lidem, kteří nejsou součástí jeho rodiny. Vyžadování pozornosti bez výběru znamená citový nedostatek a neuspokojení potřeb dítěte. Je nejvíce patrná u dětí z dětských domovů. Takový jedinec si nemá možnost vybudovat pevný citový vztah, bude nestabilní v citovém projevu. Důsledkem toho budou v dospělosti chudé jeho prožitky k lidem a v sociální interakci bude znát nedůvěra a citový chlad, sklony k agresivnímu jednání.

Zvláštní kapitoly představují Smíšené poruchy chování a emocí (F. 928) a Poruchy přizpůsobení (F. 432), které jsou častými diagnostikovanými poruchami chování u klientů dětské psychiatrie.

1.2 Etiologie poruch chování

Příčinami vzniku poruchy chování jsou, jak bylo řečeno, biologické a sociální faktory, které se vzájemně ovlivňují, ale může být i geneticky podmíněná.

V odborné literatuře se můžeme dočíst, že etiologie poruch chování má multifaktoriální

povahu, dle více vlivů ji Kocurová je dělí do tří skupin:

- **Predisponující** – dědičnost, pohlaví, disociální porucha osobnosti, lehká mentální retardace, hyperaktivita
- **Preformující** (socializační) – vliv rodiny, nesprávné výchovné postupy, vliv školy, vrstevnických skupin, party
- **Provokující** – krize, věkové období (adolescence), suicidální proklamace v rámci psychické zátěže, poutání pozornosti apod.

Vágnerová uvádí, že závažnější a trvalejší poruchy chování se objevují u 5-10% dětí a dospívajících. Je častěji u chlapců. Míra tolerance k různým nespolečenským projevům může být sociokulturně podmíněná, např. romské společenství neklade tolik důraz na sebeovládání a sebekázeň.

Některé nevhodné výchovné strategie se také podílejí na zlehčování negativních projevů svých dětí. Sociální statut v rodině je bezvýznamný, bez ekonomických prostředků, kterému disponuje nízké vzdělání rodičů, psychiatrické onemocnění v rodině nebo rodič ve výkonu trestu apod. Rodiče jsou v takovém případě nedůslední, lhostejní, na své dítě nedohlíží, zanedbávají je. Jsou často k jejich potřebám benevolentní a laxní.

„Dědičná dispozice k nestandardnímu způsobu reagování se v dětství může projevat především na úrovni temperamentu. Rizikovým faktorem je dráždivost, impulzivita, potřeba vyhledávat vzrušení, snížený sklon k úzkostnému prožívání (což znamená snížení zábran) a menší citlivost ke zpětné vazbě. U takto disponovaných dětí se potíže v chování projevují již v raném věku a bývají výchovně málo ovlivnitelné“ (Vágnerová 2014, s. 716-717).

1.3 Kritéria poruch chování u hospitalizovaného dítěte

„Komplexní pedopsychiatrická péče je poskytována dětem a adolescentům (do 18 let) trpícím duševní poruchou nebo těm, kteří se ocitli v akutní krizové životní situaci. Jejím úkolem je popis, diagnostika, klasifikace, léčení, rehabilitace, reedukace a prevence duševních poruch této věkové skupiny“ (Hort et al. 2008, s. 23).

Lékař se při stanovení diagnózy zajímá o četnost a charakteristické rysy projevů, symptomů, které se pravidelně opakují a mají délku trvání minimálně 6 měsíců. Při vyšetřeních se často v osobních anamnézách uvádí tato škála projevů: zlozvyky, lhaní,

krádeže, záškoláctví, útěky, toulání, agresivita k lidem a ke zvířatům, šikanování, patologické závislosti (drogové závislosti, nikotinismus, alkoholismus), sebevražedné (suicidální) jednání. Symptomy se různí dle stupně společenské závažnosti, neschopností dítěte se socializovat, dle věku dítěte, míry agresivity nebo podle příčin, které mohou mít základ v nemoci, psychické poruše (Slowík 2007, s. 136, 138).

Psychiatrická praxe užívá při diagnostikování duševních a behaviorálních poruch klasifikační systém zpracovaný v 10. revizi Mezinárodního klasifikačního seznamu nemocí (dále jen „MKN-10“). Poruchy jsou členěny do deseti kategorií – F0-F9 a dalších podskupin. Pod písmenem F jsou uvedené v případě, pokud se psychiatrická porucha manifestuje v dětství.

Základními asociálními znaky behaviorálních poruch jsou také nekorigované chování, odlišný způsob prožívání a nedostatečná autoregulace v rodině a v širším okolí. Obecně vzato se u nich jedná o narušené sociální vztahy, které mohou bez odborné pomoci vést až ke kriminalitě mladistvých. Jsou podmíněny délkou trvání, dynamickým průběhem a jejich proměnlivostí, které je nazýváno reaktivní poruchou chování, ve které se negativní projevy dítěte soustředí na aktuální situaci doma nebo ve škole, na vliv jeho vrstevníků, party (Hort et al. 2008, s. 315).

Projevy a emoční složky jsou jiné u dítěte předškolního věku (neklid, impulzivita, zkratovité jednání) a jiné během dospívání, kde problémy v sebeovládání a v řízení vlastního chování budou nápadnější a hůře regulovatelné. Patří sem nízká tolerance k frustraci, afekt, zlost, agrese, delikvence a experimentace s návykovými látkami. Patrným znakem dospívajících je vědomé narušování základních práv jiných osob a nerespektování pravidel. Patologický dlouholetý vývoj v rodině, hledání jejich nové identity, spoluúčast na náhradních citových vazbách, posilování jejich malého sebevědomí vede často k odpoutání od rodiny a k povrchným aktivitám, které nemají hlubší smysl a mohou mít i kriminální charakter (Vágnerová 2014, s. 720-723).

Disharmonický vývoj u hospitalizovaných dětí bude v základu stejný, pokud jsou činiteli jejich projevů špatné výchovné poměry a nestabilní neúplné zázemí. Jejich poruchy mohou mít přechodný charakter, přetrvávat, ale se i zhoršovat, což vede k poruše osobnosti. „*Asociální chování jen velmi vzácně začíná až v dospělosti*“ (Vágnerová 2014, s. 718).

1.4 Problémové chování dítěte

V odborné literatuře se můžeme dočíst, že existují specifické cílové skupiny dětí, jako jsou děti v riziku poruchy chování, děti s problémem v chování a děti s poruchou chování. Preventivní působení na tyto skupiny je úkolem především ve školách, který může spolupracovat s rodinou a poskytnout ji radu, na koho se mají obrátit, pokud dítě výchovně selhává, nerespektuje školní řád, chodí za školu apod.. Důležité je zajistit preventivní opatření i v otázce šikany. Tito žáci jsou chápány jako žáci se speciálními vzdělávacími potřebami a dle toho se k nim i přistupuje.

„Dítě s problémem chování, na rozdíl od dítěte s poruchou chování, si důsledky svého chování uvědomuje, vadí mu. Často však bývá pod tlakem vnějších nároků, které nezvládne, což vyvolává další nevhodné chování“ (Divoká a kol. 2017, s. 21).

V případech rizikového chování dítěte je nutné, aby se školní psycholog nebo speciální pedagog nezačali dítětem zabývat žákem až ve chvíli, kdy má ve škole vážný problém nebo si s ním učitelé nevědí rady.

Rodiny dětí s poruchami chování by měli být v kontaktu se sociálním kurátorem, což je odborný specializovaný pracovník sociálního referátu (odboru sociálních věcí obecního úřadu s rozšířenou působností), který se zabývá nezletilými dětmi, mladistvými, které se dopustily nějakého trestného činu, přestupku nebo mají opakované poruchy chování závažného rázu (záškoláctví, útoky z domova, agresivita, alkoholismus, toxikomanie apod.) (Bendl 2004, s. 33, 39-40).

2 Idea rodiny

Ze sociologického hlediska se funkce a idea rodiny vyvíjela od rodiny tradiční (důležitost hmotných statků, velký počet členů rodiny, bez hlubších citových vazeb), k současné nukleární rodině (manželská, dvougenerační, užší intimní vztahy, privátní individualizace a síla materiálních hodnot). Zaměříme se ale na podobu rodiny současné, ve které se kvalita vztahů mezi partnery a k dětem odlišuje dle jejich motivačních činitelů, hodnotových měřítek a hlavně dle ekonomické situace, schopnosti zabezpečit rodinu.

Po druhé světové válce, která přála semknutí a duchovním potřebám lidí, dávalo smysl dětem budovat zázemí v rodině, už proto, že byli oslabeni hrůzou války a materiálním nedostatkem. Hodnota rodiny se poté stává základní hodnotou, místem bezpečí a jistoty. Dítě se stává smysluplnou bytostí, u které se musí podporovat jeho potenciality, citlivě respektovat

jeho potřeby, zajištěné pokud možno ve vhodném podnětném prostředí.

Dalším znakem současné rodiny je vyšší počet dětí v rodině. Pokud není v silách muže rodinu finančně zabezpečit, tak se i žena stává emancipovanou bytostí, uplatňující kariéru v práci jako svoji základní prioritu. Přibývá rozvodovosti, nestabilních vztahů, děti se rodí do nemanželských svazků anebo se na jejich péči podílí prarodiče. Je to jen náčrt tak složité problematiky, jakou jsou rodinné vztahy a autorita rodičů, která se vytváří z generace na generaci. Krize manželství provází období od roku 1964 a s tím přibývá i více výchovných problémů a neschopnosti o děti pečovat (Helus 2015, s. 204-209).

„Větší roli bude hrát svět známých, přátel, kolegů a kolegů, lidí vzájemně si vypomáhajících, skýtajících si oporu tam, kde tradičnější opora rodinného zázemí už neexistuje“ (Helus 2015, s. 209).

Rodičovství stojí za filozofickou rozvahu, protože když už plánujeme dítě nebo je nechtěné, bude rodič vždy ten první, který rozhodne o dalším osudu dítěte. Spousta argumentů tento proces oslabí. Vlastní pochybení, malá sociokulturní úroveň, zásah do kariéry, síla osobnosti, zdraví dítěte a strach z narušení partnerských vztahů je jen malým výčtem, které v rodiči oslabí rodičovské pozice. Omezení svobody ve prospěch dítěte je patrný v trendu odkládání mateřství nebo je dítě použito jako nástroj udržení si narušeného partnerského vztahu. Náhražka neuspokojených citů rodičů bývá také spouštěčem psychického strádání dítěte (Helus 2015, s. 209-213).

2.1 Funkce rodiny

Naplnění sociální role rodičů výchovnými postupy se bude prolínat v závislosti na míře a schopnosti se vzájemně respektovat a důvěřovat si, ale taky na schopnost zajistit dítěti základní biopsychické potřeby v podnětném, nerušeném prostředí. Tím se dostáváme k funkci rodiny, která má být pro dítě útočištěm domova a dle slov prof. Matějčka životní jistotou.

„Vývojová psychologie nás učí, že už na konci kojeneckého věku si dítě tvoří bezpečný a jistý (ale také třeba méně jistý a méně bezpečný) vztah ke „svým lidem“, tj. těm, kdo jsou kolem něho, kdo je přijali za své, kdo jsou na jeho osudu životně angažováni, komu na něm záleží a kdo svým chováním dávají najevo, že je mají rádi. Tady se v osudu dítěte hraje o základní důvěru či nedůvěru v lidi, či lépe řečeno, vůbec v lidský svět“ (Matějček, Dytrych 2002, s. 30).

Potřeba životní jistoty a důvěry jsou dalšími pojmy, které ve své čisté podobě budou utvářet

sebepečetí a pozitivní vztah k lidem v rodině, ve společnosti. Tuto jistotu naplní dobré bytové podmínky, finanční zázemí, dobré rodinné vztahy a opora při řešení společných problémů dle jejich závažnosti.

Rodina stabilizovaná funkční by měla umět pro své dítě zajistit pevnou pozici v rodině, zažívat s ním pocit sounáležitosti, láskyplných mezilidských vztahů, umožnit mu přirozený aktivní projev, podporovat ho v kultivaci a morálních postojích a při plnění různých povinností. S tím souvisí i smysl pro zodpovědnost, ohleduplnost. Podporovat u něj zdravé sebevědomí a sebeupřazování společnými aktivitami a vhodnou komunikací a nasloucháním členů rodiny, pomáhat řešit jeho problémy, např. s nástupem do školy nebo do zaměstnání.

„Rodina je dětem a dospělým prostředím, kde se mohou svěřit, očekávat moudré, trpělivé a včtivé vyslechnutí, radu a pomoc, je útočištěm v situacích životní bezradnosti“ (Helus 2015, s. 222).

Pokud se z různých důvodů nedaří rodině naplnit plně funkci rodiny, mluvíme o rodině problémové, může vést k rozpadu rodiny. Potřeby dítěte a hodnoty si rodinu udržet je stále silnou motivací k hledání řešení, ale nemusí to stačit.

Dysfunkční rodina je taková rodina, která vůči dítěti neplní svůj účel a dítě ohrožuje, bývá jevem v sociálně patologických rodinách, ve kterých o dítě nejeví rodiče zájem a pro přežití takového jedince je alternativou náhradní rodinná péče (Helus 2015, s. 219-223).

Funkci rodiny mohou kromě sociokulturních, socioekonomických vlivů narušovat i tři výchovné styly. Zde se budou potřeby dítěte měnit a plnit dle osobnostní struktury vychovatele a rodinných vazeb a dítě si bude vytvářet vědomí vlastní identity dle vzorců chování svých rodičů.

„Za nejúčinnější je pokládán takový způsob výchovy, kdy rodiče stanoví jasná a pevná pravidla a dětem je dovoleno o nich na rozumné úrovni diskutovat a jednat. Tak rodiče u dítěte pěstují smysl pro svědomitost, sociální odpovědnost, nezávislost a sebevědomí (Train 2001, s. 48-49).

Například autoritářský (direktivní) styl se pojí k výchově formou příkazů a zákazů, není v ní místo pro komunikaci a vstřícnost k prožitkům dítěte. Bývá spojován s fyzickými tresty.

Povolným (permisivním) výchovným stylem se zase rozumí maximální volnost dítěte, s přenesením zodpovědnosti za své chování, s neznatelnými hranicemi ve výchově (Helus 2015, s. 243).

2.2 Potřeby dítěte v rodině

Abychom mohli lépe porozumět opakujícím se vzorcům chování, které vedou ke špatné socializaci a selhávání dětí ve škole, bez hodnotových měřítek a kvalitních vztahů k ostatním, dostáváme se k potřebám člověka jako ke klíči jejich budoucího života – potřebám, které má dítě plně zažívat od raného dětství a v jejich plnění má své důležité zastoupení právě rodina. V těchto potřebách se zračí proměnlivost a originalita lidí a výchovné tendence rodičů jsou tímto ovlivněny.

Je nemyslitelné si představit budoucnost člověka, který neměl uspokojeny základní lidské potřeby, kam dle **Pesso Boyden teorie** spadá pět základních vývojových potřeb. Potřeba místa, podpory, bezpečí, péče, limitu. Vcelku všechny biopsychické potřeby od raného dětství.

Potřeba místa se lehce rozpadá u dětí, kterým rodiče nevybudují stabilní domácí zázemí a často se stěhují nebo se týká často hospitalizovaných dětí, kteří si nejsou jistí místem, kam patří, kde jsou v „bezpečí“. Je to jev u dětí ve střídavé péči. Výsledkem je nejistota a snížený cit pro vytvoření zázemí v dospělosti.

Potřeba podpory je důležitá pro rozvoj schopností a ambic u svého dítěte, v jeho sebevědomém pohledu na život, v umění se uplatnit a zvládat životní zátěž. Věřit si. V opačném případě nastupuje nedocenění, malá sebedůvěra, omezené možnosti a se sklony nechat sebou manipulovat ve prospěch druhých lidí.

Úzkostlivý rodič zase bude v dítěti bránit poznávat nové. Takové dítě si nebude jisté v rozhodování a bude mít strach cokoli podnikat. Naopak dítě bez větší ochrany, bez znalosti pocitu bezpečí bude ovlivnitelné a lehce manipulovatelné svým okolím, které jeho bezmoci využije ve zlém úmyslu. Tyto děti mohou být oběťmi šikany, protože se neumí bránit.

V případě péče je důležité zmínit nedostačující péči, která snižuje sebevědomí člověka, dítě je nedoceno a hledá alternativní způsoby, jak uniknout před prázdnotou. Přehnanou péčí zase rozumíme takovou, která staví materiální hodnoty nebo vysoké ambice svých dětí před společně trávený čas s rodinou u hry apod. Kariérní a socioekonomický statut rodičů odsune společné soužití s dětmi do pozadí a nahradí péči o ně cizími lidmi.

Potřeba limitu je tou nejdůležitější potřebou. Neuspokojování potřeb u dítěte zcela závislého na rodiči budí bezmoc a strach. Roste u nich nedůvěra a stálý pocit, že se negativní a neúnosná situace bude opakovat. V opačném případě bude zase rodič lehkovážný, nenastaví hranice ve výchově a pro dítě zohlední svět bez zábran, ve kterém je vše dovoleno bez postihu (Martínek 2015, s. 57-60).

Abraham H. Maslow byl americký psycholog, který zkoumal motivaci lidského jednání a zabýval se potřebami zdravých lidí. Základní potřeby, které uspořádal od nižších, pudových (fyziologických) potřeb přes potřeby bezpečí, potřeby lásky a sounáležitosti až k potřebě seberealizace a sebepřesahu mají pointu v rozvoji osobnosti dle toho, jakou potřebu určí jako důležitou a zda je schopná splňovat určité podmínky v jejím dosažení.

Motivační struktura nemusí vždy stoupat od biologických potřeb postupně, ale bude ovlivněna motivací člověka a důležitostmi daného životního okamžiku. Saturaci potřeb ovlivní osobnostní charakteristika, přístup k životu, lidem, okolí a snaha realizovat se i přes problémy v procesu socializace. Na náročné situace lidé reagují odlišně a tím saturaci potřeb ovlivňují (Vágnerová 2016, s. 338-339).

2.3 Působení rodiny na poruchy chování

Velikost rodiny a sourozenecká konstelace předurčují další postavení dítěte v rodině a není výjimkou, když jejich společné soužití naruší špatná nebo nedostatečná komunikace a nižší verbální inteligence, což v případě poruch chování vede k opozicím a nerespektování autorit. Děti z větších rodin bývají neklidnější, neposlušnější. Výchovný dohled nad více dětmi je složitý, protože chybí více času a pozornost rodiče není zaměřena na detailní projevy členů rodiny, nedochází k efektivní komunikaci. Nepřátelské vztahy mezi sourozenci mohou evokovat negativní projevy v chování už proto, že mezi sebou musí soupeřit o přízeň rodiče. Prvorozené dítě má těžší úkol se prosadit, protože musí víc bojovat o stabilní, prioritní pozici v rodině, kterou mu narození mladšího sourozence narušilo (Train 2001, s. 47-52).

Velmi mladí manželé jsou většinou tací, kteří se ocitli v situaci lehkovážně nebo bez dostatečné podpory v původních rozvrácených rodinách. Jejich touha se osamostatnit bude slepým pokusem urychlit touhu po dospělosti (Matějček, Dytrych 2002, s. 46).

V rodinách s nižší sociokulturní úrovní chybí kvalitnější modely jazykové kompetence, což bývá například u dětí z romského etnika a způsobuje u nich komunikační bariéru, která stěžuje sdělit nebo pochopit obsah informací a tím znemožní lepší adaptaci na sociální prostředí, nejsou dostatečně sociálně akceptovány.

V dysfunkčních rodinách nebo v neúplných rodinách jsou děti většinou citově subdeprivované. V chování rodiče je neschopnost dítě citově saturovat, mají sníženou empatii k dítěti, reagují nepřiměřeně a se slabším zájmem a tím v dítěti vyvolávají vzdor, zlost,

dráždivost v sociálních interakcích i v prostředí mimo jejich nestabilní domov. Mívají horší prospěch a negativní postoje v mezilidských vztazích (Vágnerová 2004, s. 126, 104-105).

Nevlastní rodič je závažným citovým prvkem pro dítě, které trpí malou sebeúctou a není zcela přijímáno nebo se přijímání brání. Rodič je kolikrát zaujatý novým partnerem a dosah na psychiku dítěte si tolik neuvědomuje. „*Matky po seznámení s novým partnerem mají velký sklon přeceňovat kladné projevy svého dítěte ve vztahu k tomuto novému partnerovi a přehlížet projevy negativní*“ (Matějček, Dytrych 2002, s. 56).

Traumata dětí při špatné péči bývají spojena s jeho obranou. Jsou odkázány na pomoc dospělých. „*Obranné reakce se pak v psychice dítěte spouštějí „preventivně“, a to i v situacích, kdy újma nehrozí. Už samu blízkost dospělého mohou tyto děti pokládat za signál ohrožení, také neutrální výraz obličeje mohou považovat za výraz opovržení nebo hněvu*“. Pokud dítě zažívá násilí v rodině, psychické či fyzické týrání, je větší předpoklad, že v dospělosti bude zastávat roli agresora nebo oběti. Typické bude nepředvídatelné chování a malá sebekontrola (Matoušek et al. 2017, s. 16, 36).

2.4 Vztahová vazba jako prediktor poruch chování

Nejprve je nutné uvést pár řádek ke konstrukci lidského psychického vývoje. Abychom mohli umět odlišovat patologické projevy a různou míru odolnosti vůči zátěžovým situacím, je důležité znát základní poznání vývoje dítěte a dospívajícího v jeho normalitě. Normalitu můžeme chápat jako adaptační proces ovlivněný dispozicemi dítěte a zkušenostmi v průběhu jeho života tak, aby probíhal bez patologické zátěže, a to v celém sociokulturním kontextu (Hort et al. 2008, s. 27).

V otázce psychických odchylek má své zastoupení genetická dispozice člověka, která rozvíjí psychosomatiku člověka. Je tu i vliv prostředí, který dle slov Vágnerové, předurčí v člověku akceptaci na sociální interakce podmíněné genetickou výbavou. Jednoduše řečeno, pokud bude mít člověk nevýhodnou dispozici (impulzivitu, neklid), bude na své okolí působit negativně a to se nakonec odrazí v jeho chování, které bude obtížněji usměrnitelné a protože bude oslaben špatnou sociální interakcí, povede to k psychickým problémům.

Pokud se u dítěte vyskytnou první projevy poruchy chování, bude mít problémy s autoritou nebo bude agresí zmírňovat svoji emoční labilitu, budou v jeho psychickém vývoji, vedoucí k těmto projevům hrát roli biologické a sociální faktory, které se od narození vzájemně ovlivňují.

V temperamentu dítěte lze vysledovat dědičné dispozice. Impulzivita, podrážděnost, menší

citlivost ke zpětné vazbě, odmítavý postoj a chování zaměřené na uspokojování vlastních potřeb se může vyskytnout i u rodiče a je proto nesnadné rozlišit psychosociální zátěž od té genetické (Vágnerová 2014, s. 27, 28, 716).

Zakladatel klasické psychoanalýzy Sigmund Freud nebo jeho pokračovatelé John Bowlby, Jean Piaget se shodují v myšlence, že vztah s rodiči od útlého dětství formuje osobnost a podněcuje lidskou mysl k vytváření identity dítěte v jeho emocionální i kognitivní složce. Intrapsychické podněty, sociální hlediska, pudy a potřeby udávají hranice lidského ega, důvěry v sama sebe, možnost sociálního učení a vývoje inteligence včetně sociální interakce (Hort et al. 2008, s. 27-33).

„Citová vazba se vyvíjí celý život od „nezralé“ ke „zralé“ závislosti – tou rozumíme citovou autonomii, jež však uchovává citově významný vztah. Schopnost tvořit citové vazby – někdy v roli člověka pečujícího, jindy v roli člověka opečovávaného – považuje Bowlbyho teorie vazby za základ duševního zdraví“ (Martínek 2015, s. 21).

Teorie připoutání či vazby v raném dětství je dle J. Bowlbyho, Ainsworthové a dalších, základním kamenem v synchronizaci péče matky k potřebám dítěte. V nejlepším případě je matka pro dítě dostupnou osobou, v jejím chování k dítěti je znát vzájemný soulad mezi potřebami dítěte a jejím citlivým přístupem, který obě bytosti vzájemně rozvíjí a obohacuje, podněcuje dítě v psychosociálním vývoji. V nejhorším případě se udává dezorganizované připoutání, které znamená nesoulad, dezorientaci v chování matky k potřebám dítěte, nejistotu a budí v dítěti apatické nebo agresivní postoje, které i později uplatňuje v interakci se svým okolím (Helus 2015, s. 140-142).

„Matka tak dítěti poskytuje specifickou zpětnou vazbu. Dítě se jejím prostřednictvím učí, jak lidé reagují na určité podněty, co při tom prožívají a jaké chování vyvolá žádoucí odezvu. Je důležité, zda má dítě pocit bezpečí, který mu dovolí otevřeně projevovat, co cítí a vnímat i pocity matky a později i jiných lidí“ (Vágnerová 2016, s. 143).

3 Charakteristika vývojových období

3.1 Předškolní období

Již dítě v předškolním věku je schopné emočního prožitku. Osvojuje si svoji sociální roli (zda je chlapec či dívka). Chápe, cítí lásku a odmítání v okruhu svých nejbližších osob.

Vztahy s rodiči mají triangulární charakter. Hra je důležitým prvkem v procesu socializace a poprvé mají u dítěte význam vztahy s vrstevníky (Hort et al. 2008, s. 36-37).

Jestli se budeme zaměřovat na pevnou vazbu mezi matkou a dítětem, tak můžeme předpokládat zdravý psychický vývoj dítěte ve všech jeho složkách. Tato vazba je dle slov Zdeňka Martínka v podstatě psychologickým, sociálním a biologickým základem lidství. Bazální jistota v dítěti nastartuje větší jistotu a důvěru v sebe sama, ve své okolí. Porušení této vazby mezi matkou a dítětem je jednou ze základních příčin poruch chování v jakékoli formě (Martínek 2015, s. 20-23).

3.2 Mladší školní období

V tomto období je nástup do školy vývojovým mezníkem, kde se dítě setkává se svými vrstevníky a novou autoritou je mu vychovatel, učitel, kterého se učí akceptovat. Vzdělávání bude mít v jeho psychickém vývoji své důležité místo a řád. Dle školní zralosti a podpory v rodině se bude dítě učit internalizovat sociální normy a pravidla. Kognitivní vývoj a řeč odpovídá stadiu konkrétních operací (dle Piageta), což znamená u dítěte do věku 12 let logické myšlení s důrazem na paměťovou složku. V sociálních vztazích bude dítě více kontrolovat svoje emoce, které budou ovlivňovány srovnáváním, identifikací s rodičem. Ve společných činnostech, hrách s ostatními budou prosazovat svoje schopnosti a dovednosti, které budou rýsovat jejich charakterové vlastnosti do dospělosti (Hort et al. 2008, s. 37).

Dítě je v tomto období závislé na rodině, rodič rozhoduje, s kým se bude stýkat, co bude dělat. Dá se říct, že genetické dispozice nejsou tolik zřejmé a dítě se ve výchově řídí vzorem, motivací a danými zájmy, které se mu nabízejí. Již zmíněné genetické dispozice se ale nemusí projevit po celý život stejně. V dospívání dochází k osamostatňování. Výběr přátel, zájmů jde nad zájmy rodiny. Spoluvytvářejí si sami prostředí, které je ovlivňuje, posiluje se jejich charakter (Vágnerová 2014, s. 28).

3.3 Dospívání

Klientelu dětské psychiatrie tvoří převážná většina dětí ve věku 11-12 let i starší. V období puberty (11-15 let) je psychika ovlivněna pohlavním dospíváním a citlivějším vnímáním svého okolí, vývojem vlastní identity („kdo jsem“). Parta nebo vrstevníci stejného pohlaví nahrazují primární skupinu a staví její hodnoty nade vše ostatní.

Termín „hostilní závislost“ značí, že adolescent rodinu odmítá, ale plně se od ní odpoutat

nedokáže. Tato komplikovaná separace bývá výsledkem určitých vztahů v rodině, např. přítomností jednoho rodiče a souvisí se zájmy, hodnotami dítěte, které se dost odlišují od představ rodičů a mohou být i sociálně neakceptovatelné (Hort et al. 2008, s. 38-39).

S přihlédnutím na stručně vypsaná vývojová období a měnící se citovou autonomii během dospívání, bude klasifikace poruch chování více zřetelná v součinnosti s prostředím, které vytváří základ sociálně-patologických jevů.

V tomto citlivém období je také důležité zmínit otázku trávení volného času a vliv party. Pokud dítě nemá v rodině svoji pevnou pozici, tak bude jeho trávení volného času ukazatelem odlišné identity, kterou si začíná sice uvědomovat, ale nebude zcela objektivní k projevům, které se s tím pojí, natož si sám své chování plně uvědomovat do důsledku, například v případech záškoláctví.

„Záškoláctví je vždy asociálním chováním dítěte a je jasným odrazem jeho psychického stavu“ (Martínek 2009, s. 101).

4 Historie dětské a adolescentní psychiatrie

Pokud se zamyslíme nad výchovou dítěte z pohledu rodiče, tak bude ovlivněna mnoha faktory, které budou neodbornou sondou do mezigeneračních vztahů, biologických dispozic, sociální situace a velikostí rodiny, která se vyvíjela od rodiny tradiční k rodině nukleární. Psychické projevy dítěte a jeho role v rodině bude tvořena výchovnými přístupy, které se v historickém konceptu dětství vyvíjely v několika etapách a daly základ oboru pedopsychiatrie. Ve starověku mělo dítě nulovou hodnotu. „Pro možnost zabít je nazvána obdobím infanticidy. Děti je možné obětovat, odložit, zabít (např. Taygetska škála v Řecku, sexuální zneužívání v Římě)“ (Hort et al. 2008, s. 21).

V období křesťanství se církve snažila zlepšit péči o dítě zřizováním nalezinců a za vlády Marie Terezie byla dětem umožněna poprvé povinná školní docházka. Devatenácté století je již více citové k přístupu a vytváření správných návyků u dítěte. Rodina je malou společenskou jednotkou a práva dítěte dostávají nový rozměr. (Matějček a kol. 1995, s. 33)

V etapě socializační, sahající do poloviny 20. století, jsou prosazovány „dětské zákony“. Rozvíjí se pediatrie a mezioborová spolupráce, která v roce 1924 vede k přijetí Ženevské deklarace práv dítěte a v roce 1989 je sepsána Úmluva o právech dítěte, která dítě respektuje jako individualitu se svými specifickými potřebami.

Dětská psychiatrie jako nový samostatný, medicínský obor byl ustanoven v roce 1933. Bylo

to na sjezdu švýcarské psychiatrické asociace a náplní oboru bylo popisovat a léčit různé organické poruchy, psychózy a neurózy u dětí.

V českých zemích stojí za zmínku otevření dětské psychiatrické léčebny v Opařanech, která byla vybudována v roce 1923 z bývalého jezuitského kláštera. Lékař a psycholog J. Apetauer v roce 1947 otvírá první dětské psychiatrické lůžkové oddělení na pražské psychiatrické klinice. Je zajímavostí, že se zajímá o dětskou a adolescentní kriminalitu a trestní odpovědnost nezletilých.

J. Fischer v roce 1971 otvírá první dětskou psychiatrickou kliniku v Motole. Dětská oddělení vznikají při psychiatrických klinikách i v Brnu, Plzni, Olomouci a další (Hort et al., 2008, s. 21-23).

4.1 Oddělení dětské psychiatrie v Liberci

Dětské psychiatrické oddělení v Liberci bylo založeno primářem MUDr. Lumírem Taušem v roce 1964. Nalézalo se v prostorách bývalého Wolkerova sanatoria s 35 lůžky. V této „Lesní vile“ bylo dříve i plicní sanatorium, ale dnes tato budova chátrá. V roce 1993 bylo oddělení přemístěno do prostor bývalé mateřské školy na Králově Háji a od roku 2002 je oddělení samostatným primariátem.

Děti jsou zde přijímány na základě ambulantního vyšetření doktorem z oboru pedopsychiatrie nebo na doporučení dětského lékaře, logopeda. Pokyn k přijetí může dát i pedagogicko-psychologická poradna nebo škola prostřednictvím metodika prevence, výchovného poradce. Děti jsou zde překládány z dětských oddělení po pokusu o sebevraždu, nebo když u nich došlo k akutní psychóze, realimentaci vlivem mentální anorexie. Přechodně se klientem zařízení může stát dítě, které čeká na umístění do dětského diagnostického ústavu, dětského domova nebo výchovného ústavu. Toto oddělení spolupracuje i s odborem sociální péče, který dohlíží, zda rodič se zařízením spolupracuje na základě doporučení apod. Nemálo však o pomoc žádají sami rodiče, kteří vyhledávají vhodné terapeutické intervence a pomoc svým dětem.

Probíhají zde měsíční diagnosticko- terapeutické pobyty. Dětská psychiatrie těsně souvisí s oborem klinické psychologie, ale problematika klientů se dotýká i etické a právní sféry. Speciální pedagogové pomáhají těmto znevýhodněným dětem lépe se integrovat mezi intaktní společnost, podporuje u nich všestranně rozvíjet jejich osobnost a podporovat jejich psychiku oslabenou výchovným selháním nebo špatnou sociální adaptací, nemocí.

Oddělení dětské psychiatrie je detašovaným pracovištěm nemocnice Liberec. V současné

době má oddělení kapacitu 28 lůžek (14 pro chlapce a 14 pro dívky), která jsou určena dětem od 6 do 18 let věku. Škola při nemocnici je součástí zařízení. Výuku zajišťují 4 speciální pedagogové ve 4 třídách o patro výš nad odděleními. Přízemí tvoří ambulance 3 lékařek a klinického psychologa, který vyšetřuje i děti mladší 6 let. Primářkou oddělení je MUDr. Prouzová. Hospitalizované děti mají dále v péči všeobecné, dětské zdravotní sestry.

V létě zde probíhají dva třítydenní turnusy pro děti s vadami řeči, na kterých se výchovně a terapeuticky podílejí kromě stálého personálu i kliničtí logopedi, kteří docházejí externě.

Terapeutický pobyt obnáší kromě předepsaného denního režimu, také individuální a skupinovou podpůrnou psychoterapii, farmakoterapii, muzikoterapii, pracovní terapii, relaxační cvičení. Dochází sem pravidelně dobrovolníci a zdravotničtí klauni, kteří se snaží dětem lépe zvládat stres z hospitalizace (Dobrovolnické centrum Dobromysl při nemocnici Liberec) (www.knl.cz)

4.1.1 Klientela dětské psychiatrie v Liberci

Na oddělení dětské psychiatrie jsou hospitalizovány děti ve věkovém rozmezí 6 – 18 let. Ke klinickému psychologovi na ambulanci přijdou i děti mladší (2 – 6 let). Většinou je to na přání rodičů, kteří chtějí u dětí vyšetřit důvody hyperaktivity, opožděného vývoje řeči nebo školní zralost před nástupem do školy. Hodnotí symptomatiku ADHD, hyperaktivitu a děti s příznaky autistického spektra. Psycholog k tomu využívá různé psychologické testy, testy IQ a dotazníky...

Pedopsychiatrie je zaměřena na děti školního věku a adolescenty, kteří přicházejí v doprovodu rodičů na žádost praktického lékaře, školy, sociálního kurátora anebo z poraden SPC, PPP na prvovýšetření, kontrolní vyšetření anebo nastupují k hospitalizaci, kde probíhá adaptační proces a nastavuje se dle potřeby medikační terapie, zajišťují různá diagnostická vyšetření, dále vyšetření na neurologii (EEG), kardiologii apod. Nemálo dětí se překládá z dětských oddělení (JIP) po intoxikaci organismu v rámci suicidálních pokusů a proklamací. Hospitalizované jsou i děti z dětských domovů a pěstounských rodin, pro své agresivní a asociální projevy, kterými ohrožují své okolí, samy sebe. Probíhá zde léčba úzkostných a afektivních poruch, psychotických poruch (schizofrenie, atypický autismus, Aspergerův syndrom). Časté jsou poruchy aktivity a pozornosti (spolu s psychickou poruchou – tiková porucha) a porucha opozičního vzdoru. Přibývají sociální fobie, emoční poruchy a poruchy přizpůsobení, mentální anorexie. Jsou zde i děti, které nezvládají psychickou zátěž ve škole při přestupu na střední školu a děti nebo jsou obětmi šikany ve škole. Záškoláctví a toulky,

nikotinismus a alkoholismus, užívání návykových látek u dětí tvoří další skupinu problémů, vyžadující okamžité řešení a psychoterapeutickou pomoc.

V rámci mé práce se budu soustřeďovat na charakteristické rysy poruch chování dle MKN - 10, které se u naší klientely diagnostikují poměrně často. Jde o kapitolu poruch, která mají svůj původ ve špatných rodinných poměrech, nesprávných výchovných stylech, vzájemně se ovlivňujících s biologickou dispozicí a sociální adaptací dítěte. Většina klientů má nízký frustrační práh, malé sebevědomí a agresivní projevy bez empatie. Špatně se začleňují do kolektivu a jejich sociální interakce je narušená, mají problémy doma i ve škole a jsou často opoziční, provokativní, s despektem k autoritě. Agresi staví proti lidem, ale i proti sobě (sebepoškozování, užívání návykových látek apod.). Nejsou výjimkou opakované pobyty klientů u nás nebo v jiných zařízeních (např. SVP, psychiatrická léčebna v Opařanech, nebo DDÚ...).

Na agresivní a úzkostné projevy našich klientů mají vliv i počítačové hry a nevhodně trávený volný čas, bez mimoškolních aktivit pod dohledem pedagoga a vliv party.

Ve všech případech hospitalizací předchází osobní a rodinná anamnéza a určí se důvod přijetí. Nutno podotknout, že práva pacientů a informované souhlasy k hospitalizaci, jakožto školní docházka při nemoci musí být plně akceptovatelné rodiči, vychovatelem dítěte a rodiče musí být seznámeni s řádem a režimem oddělení a svůj souhlas stvrzují podpisem.

4.1.2 Nejčastější diagnózy dětské psychiatrie v Liberci

Z medicínského hlediska a dle MKN-10 se na tomto oddělení diagnostikují níže uvedené poruchy chování, které se řadí do skupiny F. Předchází tomu vyšetření u lékaře z oboru psychiatrie, který získává bližší informace z rodiny, ze školy, z pedagogicko-psychologických poraden, aby zahájil vhodnou intervenci a terapii. Jsou to:

F 90.0 Porucha aktivity a pozornosti – souvisí s LMD, nedostatkem vnitřní kontroly, ovlivňující kognitivní výkon dítěte a pozornost, má za následek emoční nestabilitu, afektivitu. Jde o syndrom deficitu pozornosti nebo syndrom s hyperaktivitou a poruchou pozornosti.

F 90.1 Hyperkinetická porucha chování (ADHD/ADD), postihuje kognitivní funkce, porucha emocí a afektů spolu s impulzivním chováním a hyperaktivitou způsobují sociální maladaptaci, výrazné jsou výkyvy nálad, oslabenost seberegulujícího chování a proto se dle

diagnostických kritérií řadí do poruch chování

F 91.2 Socializovaná porucha chování – dítě, vyhledávající společnost vrstevníků, party s kterou se ztotožňuje, uznává autority v kolektivu lidí s podobnými zájmy, objevuje se záškoláctví a negativní vztah ke škole, k pedagogovi. V domácím prostředí není dítě tolik konfliktní, ale selhává školní výkon.

F 92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí – kombinace disociálního chování spolu s emoční poruchou a neurotickými syndromy. Může být přítomna úzkost, hypochondrie, obsese, depersonalizace.

F 43.2 Poruchy přizpůsobení a poruchy sociálních vztahů patří mezi poruchy, pramenící z trvalých nepříznivých okolností v životě adolescentů, kteří se špatně adaptují na negativní a zátěžové zázemí v rodině nebo jsou nejistí v sociálních vztazích apod.

Depresivní poruchu chování značí deprese, dlouhodobý smutek, agrese spojená s asociálním chováním a zneužíváním návykových látek v adolescentním věku. U mladších klientů jsou výraznější somatoformní poruchy – bolesti břicha, hlavy, poruchy spánku (Malá a kol. 2008, s. 307-322).

Opoziční porucha chování – dítě školního věku je většinou negativistické, náladové, často se hádá s dospělými, odmítá plnit povinnosti, neposlušné, neuznalé autority, dominuje u něj agresivní sebeprosazování s vulgarismy. Je častá u dětí vychovávaných silně autoritářskou výchovou (Martínek 2015, s. 110-111).

Klienty dětské psychiatrie jsou i děti z neúplných rodin, kterým rodič zemřel nebo jsou v tahanici a v centru slovních přestřelek rodičů během rozvodu. Žijí ve střídavé péči.

„Bylo zjištěno, že následné problémy také vznikají u dětí, které byly po rozvodu nebo rozchodu rodičů umístěny u rodiče opačného pohlaví. Chlapci, kteří zůstali s matkou, mívají jisté potíže – ty zřejmě souvisí se ztrátou mužského vzoru, s nímž mají potřebu se identifikovat, nebo z praktičtějšího hlediska proto, že matky nejsou schopné uplatnit potřebnou autoritu při výchově“ (Train 2001, s. 35).

Dítě se stává neposlušným, agresivním. Například chlapec podceňuje roli matky a snaží se zastoupit laicky řečeno chybějící autoritu otce. Neumí ale kriticky zhodnotit vážnost situace a odmítá a přehlíží péči jednoho rodiče, který je ve velkém tlaku a často i bez finančních prostředků.

Setkáváme se i s dětmi, které jsou vlivem okolností nucené zastoupit dospělého člověka,

rodiče, postiženého duševním onemocněním a musí obstarat chod domácnosti jako dospělí člověk. V takovém případě je jeho sociální role oslabená, ale jeho poruchy přizpůsobení budou pramenit i z nemožnosti se o svoje starosti podělit s jinou osobou, členem rodiny (Train 2001, s. 34-37).

Je nutné v přístupu k nim odlišit, kdy je projev dítěte obranou reakcí před nepříjemnou situací a poutá tím svou pozornost a kdy má na jeho chování vliv duševní porucha, mentální postižení.

Během hospitalizace probíhá adaptační proces, ve kterém se projevy dítěte mění vlivem cizího prostředí. Pokud pomineme terapeutické a diagnostické metody, které jsou klientům nabízeny, zaměříme se na jejich sociální interakci ve skupině dětí a schopnost uznávat cizí autoritu, která odkrývá jiný pohled na jejich problémy a prožívání. Psychologicky vzato je toto odloučení od rodin dalším mezníkem jejich citového života, ve kterém uvidí svůj svět z jiného pohledu. Být v ohnisku problémů jim nedá šanci vidět svoje trápení otevřenýma očima a s objektivním postojem. Vystává otázka, která se pojí s pobytem v zařízeních. Je to dostačující řešení k tomu, aby se změnilo rodinné klima a postoje klientů s poruchami chování? Jak se změní postoje členů rodiny?

Pokud se v nabízené intervenci nedocílí spolupracovat s rodiči, tak se budoucnost klientů bude vázat s ústavní nebo ochrannou výchovou, která je represivním opatřením. Někdy stačí preventivní opatření, depistáže, časné intervence v rodině, škole, denních centrech, ale jejich využití se často mine účinkem, když si uvědomíme, že rodič situaci neumí objektivně posoudit a je ke své nedostatečné výchovné úloze skoupý, podceňuje ji (Hort et al. 2008, s. 316, 321).

Shrnutí teoretické části

V teoretické části jsme si přiblížili určité souvislosti a zákonitosti, stimuly, které mohou vést k patologickému společenskému soužití dětí v rodinách, ve škole. Je důležité zmínit skutečnost, že na projevy chování dítěte jinak pohlíží člen rodiny, učitel, vrstevník, lékař.

V dítěti, které je v chování nápadné, porušuje určité normy, kolikrát není znát lítost, špatné svědomí. Tresty a pochvaly nejsou někdy dostatečnou motivací a silou, která by jejich projevy zmírňovala a dítěti je proto navržena hospitalizace. V tomto případě na oddělení dětské psychiatrie při nemocnici, kde se děti diagnostikují a léčí.

V rodinných anamnézách se často vyskytují nedostatečné výchovné kompetence jednoho z rodičů, neúplné rodiny, dysfunkční rodiny, dítě vlastní rodinu nemá a má to vliv na socializaci

Nerespektuje ji. Pokud se necítí dobře, tak se pořeže. Později týrá, hubí hlodavce...“Chtěla bych žít v dětském domově“ cituji T.

Se šikanou se setkala ve škole, ale neřešila to. Je introvertní, tak tomu nevěnovala takovou pozornost. Tiše to snášela. Víc o tom nepovídala. Poté se sebepoškozovala. Za ztrátu blízké osoby označila babičku, kterou měla „ráda“ a kamaráda, který spáchal sebevraždu. Do školy nechodí ráda, protože je samotářská, nemá tam kamarádky. Má odlišný styl oblékání a má pocit, že si se svými spoluvrstevníky nemá o čem povídat. Vysmívají se jí. Ví to. Učí se jinak dobře. Ve volném čase jí zajímá internet a bizarní webové stránky, kde jsou popisované třeba proměny lidí v panenky, detailní popis sebevražedných, vražedných technik a hororové příběhy. Odlišnost poutá vědomě svým stylem v oblékání a veganstvím. Chtěla by jít do tetovacího studia. Dělat box. Dělá jí dobře, že se něčím odlišuje. Posiluje to její zvláštní druh sebepojetí. O pocitech, přáních si neumí povídat jen se svými rodiči, jinak snad ano. Ze sourozenců si rozumí s nevlastní menší sestrou, která bydlí u otce. Při opakovaném pobytu, který byl během sběru dat dvakrát, se její názory moc nelišily. Při dotazu, jestli má jiné zájmy, odpověděla, že ne. Vše zůstává při starém, jen je více ovlivněná medikamentózní léčbou, která je v jejím případě nutností. Odpovědi byly strohé, trochu působila vyumělkovaně. Snažila se odpovídat upřímně, ale nezastírala určitou účelovost a touhu být zajímavá.

10.2 Kazuistika č. 2

Osobní anamnéza

F. (F. 17 let) je z I. gravidity, porod byl v termínu, bez komplikací. Poporodní adaptace byla dobrá. Psychomotorická vývoj byl v pořádku. Byl třikrát hospitalizovaný na dětském oddělení. Jednou to byla reakce po očkování, podruhé febrilie, naposledy pneumonie – dýchací problémy. Jako čtyřletý prodělal zápal plic, horší návrat do MŠ po nemoci, problémy v kolektivu.

ZŠ od 6 let. V 1. třídě velké problémy s chováním a učením, agresivita vůči ostatním i vůči sobě. Vyhrožoval, že si ublíží. Měl problémy s českým jazykem, se čtením, celkově neprospíval.

Opakovaně vyrušoval, nerespektoval učitele, neplnil školní povinnosti. Jednou třídní důtka za drzost a opoziční postoje.

Sexuální anamnéza

F. se hodnotí jako bisexuál, za partnera si dokáže představit muže i ženu. Kamarády si hledá u obou pohlaví dle jejích osobnostních rysů. Razantně neguje cross-dressing.

Ambulantní léčba - jednou navštívil PPP pro vyšetření školní zralosti. Od roku 2007 dochází 1x měsíčně do ambulance pedopsychiatra pro poruchu chování a horší kontrolu impulzivity. Dříve docházel do ambulance klinického psychologa pro dg. poruchu opozičního vzdoru a rysy ADHD.

Spolupráce s kurátorem.

Hospitalizace - opakovaně hospitalizovaný na dětském psychiatrickém oddělení. Poprvé 10-11/2007 pro poruchu opozičního vzdoru, nerovnoměrný vývoj osobnosti, hetero a autoagresivní chování, výchovnou insuficienci. Následoval 2 měsíční pobyt v diagnostickém ústavu. Po něm dočasně zlepšení chování.

1. hospitalizace v roce 11/12 2009, od té doby opakované hospitalizace na DPO v Liberci, PL Bohnice 1/2 2018 – jedná se o první hospitalizaci. Spolupráce s odborem sociální péče magistrátu města Liberec.

Pro jeho neúspěšnou léčbu na psychiatrických odděleních se u chlapce zvažuje ústavní výchova. Nyní v diagnostickém ústavu pro mládež v Praze.

Rodinná anamnéza

V rodinné anamnéze je uvedeno, že rodiče chlapce F. nebyli nikdy manželé. Žili spolu 10 let. Rozešli se spolu, když bylo F. 6 let. Důvodem byla nevěra otce, finanční neshody, časté návštěvy do hospody. Původně byl v rodině s matkou. Otec se soudil o péči syna. Později ho dala ochotně do péče otce. Poté jednou návrat k matce asi na rok. Od 5/2011 svěřen úplně do péče otce.

Kontakt s matkou nebyl téměř žádný, poslední půl rok se snad občas vídají. Její výchovný přístup byl více autoritativní, ale F. celé roky citově strádal.

Matka má základní vzdělání. Zdravá. Jako malou jí týrala její matka. Bydlela nějakou dobu u babičky a pobývala od 7 let v diagnostickém ústavu. Živí se jako prodavačka.

Otec má střední odborné učiliště, je zdravý. Pracuje jako zedník. V současné době se stará ještě o další dvě děti, které má se svojí novou přítelkyní.

F. má staršího vlastního bratra, který byl také hospitalizovaný pro poruchy chování a dva nevlastní mladší sourozence z otcovy strany. Sourozenci jsou mu lhostejní.

F. bydlí se se svým otcem a jeho ženou v RD, má svůj pokoj. Hodně času tráví na internátě a o víkendech navštěvuje svoji babičku (z otcovy strany).

Dle F. se necítí v otcově péči moc dobře. Sice tam má volnější režim, ale chybí přirozená autorita otce a do výchovy často zasahuje chlapcova babička (matka otce). Dříve byly časté hádky tchyně s matkou otce. V poslední době nepocituje kladné rodinné zázemí a podporu. Důvodem je minimální komunikace a vzájemná nedůvěra. Dospívající chlapec otce už tolik nerespektuje a nemá tolik rád nevlastní matku, která se ho pro jeho výrazné projevy a problémové chování bojí. F. Členům rodiny často vyhrožuje, manipuluje s nimi, citově je vydírá. Mladší šestiletý nevlastní sourozenec se ho také bojí, protože je k němu vulgární a agresivní. Babička nemá ráda jeho účelové, manipulativní chování a intriky v rámci rodiny. Rodiče chlapce z výchovného hlediska nezvládají a jsou mezi nimi permanentně napjaté vztahy. V minulosti vyhrožoval, že podpálí dům. Rodinné vztahy se zhoršily i poté, co se u chlapce začala projevovat porucha sexuálního vývoje směrem k transsexualitě, což je objektivně výraznější v období jeho dospívání a komplikuje je to celkově situaci v rodině, ve výběru kamarádů.

Ústavní anamnéza

Poslední hospitalizace 11-12/2017

Důvodem zatím poslední 6. hospitalizace na DPO bylo pro smíšené poruchy chování u adolescentního chlapce s disharmonickým vývojem osobnosti., směrem k transsexualismu. Ve škole vyhrožoval učitelce, že jí shodí ze schodů, sám F. tuto skutečnost popírá. Celkově se jednalo o vulgární chování k učitelům na internátě, nemá zábrany, dělá si své po svém. Je opoziční. Doma lhaní, krádeže, toulky. Vyhrožuje, že si ublíží. Sám Filip popírá, že by šlo o promyšlené, účelové jednání. Agresivita narůstá, pokud je mu něco vytýkáno, když ho někdo nerespektuje. Když se mu někdo posmívá, zvyká si postupně na svoji „přeměnu“. Převládá výrazná opozice k autoritě a neustálé poutání pozornosti.

Adaptace na oddělení u něj probíhala dobře. Na oddělení je už po šesté. Zprvu byl mrzutý, že se řeší jeho vyloučení ze školy, kam chodil rád pouze pro obor, který studoval. Je dost kreativní, chytrý a pěstování kytěk mu pomáhá uvolňovat tenzi, dobře se v aranžování realizují jeho dovednosti a citlivost pro krásu.

Hodně lpí na tom, jak vypadá. Je naličený, vlasy má upravené. Do kosmetiky investuje dost financí. Okamžitě si získal přízeň dívek, kterým rozumí, chce být s nimi identický. Je kamarádský, když ho berou děti vážně a chtějí od něj radu. Pozornost, kterou budí svým

extravagantním chováním, mu dává sílu nerespektovat dobře režim na oddělení. Personál má problém s nastavením výchovných hranic, protože to vyvolává v chlapci negativismus, agresivitu. To vede k opozicím a ponižování vůči personálu.

Respektuje klidného, chytrého člověka, který se ho snaží pochopit a vnímat i kladné stránky v jeho osobnosti, ale stále u F. převládá poutání pozornosti a sebechvála. I přes snahy jeho chování regulovat, není u něj možné důsledně trvat na dodržování režimu, protože se to mívá účinkem a naopak nastoupí sklony k zesměšňování personálu před ostatními dětmi.

Je velice komunikativní, umí vycítit slabiny lidí a použít je ke svým manipulativním účelům. Rád si povídá o tom, jak chce docílit změny pohlaví. Působí zženštilým dojmem a přizpůsobuje tomu i pohyby těla, grimasy. Je citlivý na hysterický podtón v hlase žen a má respekt k fyzickému násilí od muže. Je kritický k charakterovým slabostem lidí. Přímo mu evokují potřebu více jim ubližovat.

Současný stav

SOŠ – 2 roky studoval neúspěšně obor zahradník, květinový aranžér. Dle otce je ve škole vulgární, vyhrožuje učitelce, manipuluje s dětmi, neplní řád internátu, aktuálně proces vyloučení. Rád se strojí a líčí jako dívky. Má kamarádky spíše mezi dívkami, snaží se jim podobat, ztotožnit se s nimi. Preferuje intimní vztahy s chlapci stejného věku a se stejnými zájmy. Často vyhledává problémové vrstevníky a rodinu rád pomlouvá. Krade a lže.

Dle učitelky (z pedagogické zprávy) SŠHL patří k prospěchově lepším žákům. Obor ho baví, rád diskutuje, spolupracuje dobře, pokud je momentálně pozitivně naladěný. Je šikovný a kreativní. Má často výkyvy nálady. Když řeší nějaký vnitřní problém, odmítá práci. Často na sebe soustředí pozornost a to i za cenu, že provede něco neobvyklého. Je za to kázeňsky trestán, ale je to bez většího efektu. Je velice komunikativní, lehce se s každým baví. Manipulativní sklony se mísí s arogancí, jízlivostí a potřebou opakovaně vyčnívat a preferovat své potřeby. Když mu něco nejde, tak se vzteká a vědomě se vzpouzí. Je často hlučný, vulgární a sebestředný.

Nynější stav

V minulosti opakovaně hospitalizován na oddělení dětské psychiatrie v Liberci pro smíšené poruchy chování a emocí při disharmonickém vývoji osobnosti, emoční nestabilitu a sebepoškozování, s rysy ADHD, citovou deprivací (F 928), PL Bohnice - leden, únor 2018. Nyní klient diagnostického ústavu pro mládež (DÚM) v Praze.

V sexuologické poradně se řeší jeho porucha sexuálního vývoje, vedoucí k transsexualitě. Zhoršené chování má jak doma tak i ve škole. Převládá opozice, vyhrožování učitelce i rodičům násilím, vulgarismy, manipulace v chování, lhaní, neplnění řádu internátu. Lékařka udává po několika hospitalizacích rizikové chování. Medikaci doma neužívá. V kolektivu snaha o dominantní postavení, trvalé poutání pozornosti, slovní i fyzická agrese, pokud je v tenzi a nemá hlavní slovo, tak jedná impulzivně. Je citlivý na kritiku, neústupný ve svých požadavcích, tvrdohlavý. Negativistický, s malou empatií a sebeovládáním.

Shrnutí kazuistiky na základě rozhovoru s klientem

F. nepotvrzuje útky z domu. Maximálně odchod k babičce po konfliktu s nevlastní matkou. Strach popisuje hlavně, co se týče jeho identity a vztahových vazeb, které jsou dost porušené citovou deprivací a výchovnou insuficiencí. Bojí se určitých vlivů, které mají kořeny v minulosti a důsledkem je jeho obava z budoucnosti. Jednoduše řečeno se jeho disharmonický vývoj sexuality rozpoutal ve špatném, narušeném zázemí a tím mu znemožňuje si takovou proměnu prožít s podporou rodiny, ve které citově strádá a kterou nemá rád. Nerespektují jeho osobnost a tím si svoje sebehodnocení a přirozenou identitu vnitřně popírá, neumí se s ní tolik sžít. Pokud se vnitřně smíří a bude moct si naplnit svoje potřeby, zklidní se i jeho citová autonomie a přístup k sociálnímu prostředí, které toto odsuzuje. Obranou mu je výstřední poutání pozornosti a sebeláska.

Doma se dobře necítí, protože se s otcem vídá málo. Navzájem si nerozumí, nerespektují se. Nemá rád nevlastní matku, chlapec mluví o nucené toleranci. Nepocituje rodinné zázemí, ve které jsou nevlastní sourozenci respektováni více než F. Je mezi nimi minimální a ztížená komunikace. Komunikační bariéru umocňuje chlapcovo agresivní, manipulativní chování a despekt k nim i k povinnostem. Ve škole se setkal s agresí, kvůli jeho orientaci. Vysmívali se mu spíše kluci. Provokace a slovní agrese byli na denním pořádku. Postupem věku se jim dokázal bránit, odolávat tlaku a výsměchu spolužáků. Jako obranný mechanismus byly naschvály. Jako blízkou ztrátu osoby udává kamarádku, s kterou si dost rozuměl, ale díky jejímu příteli, jí zakázal styk s F. Bylo znát, že to byla pro něj velká potupa a bolest. Do školy rád chodil, ale díky problémovému chování ho z ní vyloučili. Špatně to snáší, protože je chytrý a kreativní a zvolený obor mu vyhovoval. Má rád práci s květinami, protože se při ní cítí zrelaxovaný, má dobré kreativní nápady apod. Ve volném čase ho baví chodit ven s kamarády a poutat pozornost lidí. Chodí rád do kavárny, na výlety. Má přítele, s kterým prý udržuje důvěrný vztah. Prý mu rozumí, toleruje ho. Zajímají ho hezké věci, oblečení, časopisy s fotkami svatebních šatů s kyticemi a různé jiné dekorativní předměty. Hodně dbá na svůj

zevnějšek a za kosmetiku utrácí větší finanční obnos. Poutání pozornosti je jeho nejvyšší potřebou. Cítí se při tom sám sebou. Je vztahovačný. Cílů dosahuje manipulací a vulgarismy, ironickým přístupem. Doma moc pozornosti neměl, tak si to tímto způsobem asi dohání, kompenzuje. Chyběl mu důsledný přístup otce a ovlivnil ho laxní přístup vlastní matky, která zakazovala F. chodit k otcově matce a o syna se nezajímala. Nepocíťoval tedy zájem a podporu ani z jedné strany rodiny, což se s léty stupňovalo. F. Je velice komunikativní, tak si o svých potřebách, přáních povídat umí. Jen nesnáší kritiku a faleš. Vycítí slabosti druhých a umí je použít při obraně. Není tolik důvěřivý, ale rád budí důvěru. S nevlastními sourozenci má běžný vztah. Jsou mladší. Zatím bez konfliktů. Rozhovor probíhal v klidu, ale byla znát určitá nadřazenost a kontrola emocí. Ocení chytrost a vtip při komunikaci, pravdivost.

10.3 Kazuistika č. 3

Osobní anamnéza

Dívka (T. 16 let) docházela do poraden a jednou do dětské psychiatrické ambulance pro její narůstající problémy v chování, které mezi 5-8/2015 vedly k pobytu v diagnostickém ústavu Liberec. Poté následovala etopedická péče a opakovaný pobyt na oddělení dětské psychiatrie. Vše bez většího efektu a spolupráce.

V roce 2017 - hospitalizace na dětském psychiatrickém oddělení, kde je jako důvod uvedena porucha chování a emocí (F 928). Dále je uvedeno výchovné insuficientní prostředí, atypická mentální anorexie, nikotinismus.

Dívka navštěvovala víceleté gymnázium, které nedokončila. V době pobytu na oddělení dětské psychiatrie byla vedena na úřadu práce.

Co se týče jejího působení v sociálním prostředí, tak vyhledává starší chlapce, partu problémových vrstevníků, feťáků, bezdomovců. Ráda kouří cigarety, užívá nepravděpodobně marihuanu, přiznává půlroční užívání pervitinu šňupáním. Naposledy žila se starším mužem, kterého matce zapírá. Ta neví, kde přesně bydlí ani jak si shánějí peníze na obživu apod. Mají jen zprostředkované informace. Dcera jim podrobnosti tají, zapírá.

V 4/2016 byla hledána policií, protože odešla z domova a nedala o sobě vědět.

Typickými projevy mimo narůstající poruchy chování jsou útky, záškoláctví, nerespektování autorit, špatná autoregulace v chování a podřizování se normám a zásadám. Restrikce v jídle související s užíváním drog, výrazné hubnutí. Pac. je umístěna na DPO soudně.

Postupně opustila všechny zájmy, čas trávila hodně na internetu (facebook), s uživateli

drog...

Rodinná anamnéza

Rodiče dívky T. jsou rozvedeni, ale od r. 2007 obnovili soužití. Jejich vztah trval 18 let. Mezi 3,5 – 5,5 lety T. spolu rodiče nežili. Nyní plánují svůj vztah ukončit.

Jejich vzdělání je středoškolské, oba pracují. S ničím se neléčí. Žijí v dvougeneračním domě s rodiči otce. V dokumentaci je uvedena výrazná výchovná insuficience a špatný vztah s matkou.

Má jednoho mladšího vlastního bratra.

Z rozhovoru na DPO je patrný malý zájem dívky popisovat rodinné vztahy, ale pro její déletrvající poruchy chování a emocí a její pobyt v DDÚ v roce 2015 nasvědčuje špatným výchovným poměrům v rodině, záškoláctví. Jednou došlo u dívky k sebepoškozování proto, aby matce ublížila. V rodině často docházelo ke slovním potyčkám mezi rodiči a prarodiči.

Vztah s matkou dle zpráv z OSPODU, kde je vedená od r. 2005 není dobrý. Rodičům díky zhoršování chování a prospěchu dcery navrhuje ústavní výchovu nezletilé. Z různých šetření (OSPOD, DDÚ) vyplývá, že T. vystupuje vůči matce velmi arogantně, drze až vulgárně. Vůbec ji nerespektuje jako autoritu. Matka ztratila sílu na dceru jakkoli výchovně působit.

T. bydlí od r. 2016 u svého přítele a domů prakticky nechodí. Rodiče nemohou řádně vykonávat rodičovskou odpovědnost. Jediné, co s dcerou řešila, byly zdravotní problémy jako opakované záněty ledvin, močového měchýře apod. S dcerou se oba rodiče neumí domluvit na kompromisu, jejich komunikace je ztížená.

Ústavní anamnéza

Přijata byla v 11/2017 po domluvě s lékařkou oddělení, poté, co utekla z domova. Byla z domu tři týdny. Příchod na oddělení dětské psychiatrie byl za asistence policie dle vydání předběžného opatření na žádost rodičů dívky. Somaticky byla znát podvýživa, vážněji nestonala. Dívka při vstupním příjmu celkem spolupracuje, ačkoliv je znát po užívání návykových látek jisté zkreslené sebehodnocení, pokoru a zvýšenou plačtivost. Není opoziční, myšlení a vnímání má bez defektu. Je emotivně labilní a má zvýšenou obranu vlastního já. Je komunikativní a sdílná.

Během hospitalizace narůstá účelové chování, které má v personálu navodit její zájem se vyléčit a změnit svoje stravovací a životní návyky. Ochotně se zapojuje do aktivit i psychoterapeutických sezení. V kolektivu působí dominantním dojmem a dívkám radí, co

nemají dělat. Nalhává si, že se změní i její přístup k rodině a k pracovním (školním) povinnostem. Snaží se docílit určité sebelitosti a aktivní spolupráce, aby nebyla hospitalizována dlouho. Má objednaný termín na detoxikační oddělení v Praze, kam se původně celkem těší.

Během hospitalizace zase vyhledává kontakt s dospívajícími dívkami, které mají narušené vzájemné interakce v sociálním prostředí a špatné rodinné zázemí. Srovnává se s nimi a těm se i ráda svěřuje. Ti ji i podle jejího názoru lépe chápou. Snaží se působit dospěle a samostatně, ale je zcela závislá na způsobu života, který nemá hranice i za cenu rizika, že tím zklame sebe i ostatní. Po několika dnech se objevují výkyvy v chování, impulzivita a tenze. To potvrzuje i útěk z oddělení společně s jednou dívkou. Přiveдена zpět policií.

Autority personálu zprvu respektuje, režim dodržuje, je bezkonfliktní. Personálu moc nevěří a není upřímná ani k matce, která ji navštěvuje a spolupracuje s doktorkou. Lže a plánuje návrat k příteli, s kterým bydlela. Její zkreslené sebehodnocení je zaznamenáno i v odpovědích na otázky, na které odpovídala se zájmem, jen aby udělala na sestru lepší dojem.

Nynější stav

Po domluvě s rodinou propustka do domácího prostředí, ze kterého se na oddělení již nevrátila. Odešla opět z domova. Od té doby nespolupracuje ambulantně ani s PL, etopedy.

Shrnutí kazuistiky na základě rozhovoru s klientkou

Při otázce, jestli T. někdy utekla z domu a proč udává kladnou odpověď. Utíká často, protože se doma nudí. Chce se osamostatnit, pociťovat volnost. Vědomě nedodržovala pravidla, chtěla rychleji dospět. Lákal ji vztah se starším mužem. O negativním vztahu k rodičům jako o impulsu k útěkům se nezmiňuje. Asi to nepokládá za důležité. Možná si nechce přiznat špatné rodinné poměry. Má strach z budoucnosti, bojí se, že ztrácí důvěru matky, že bude dlouho v nemocnici. Cítí životní nejistotu a strach, že znova spadne do drogové závislosti a že zklame důvěru matky. Doma se údajně cítí dobře, ale nejspíše si to nalhává. Spíš je to její přání. S agresí se setkala až po požití drog, měnila se její osobnost. Hádala se kvůli tomu s přítelem, byla vulgární. Blízkou osobu neztratila. Do školy nechodí ráda, nemá to jako prioritu. Budoucnost neplánuje, snaží se žít ze dne na den. Ve volném čase, který je bez povinností a zodpovědnosti prý ráda venčí příteleva psa nebo chodí na party, kde si užívá volnost. Pozornost vědomě tolik nepoutá, možná, když je pod vlivem alkoholu, tak je otevřenější a povolnější. Nejvíce důvěrná je k příteli, kterému se po pravdě svěřuje, ale je to ovlivněné její momentální náladou a mentální pohodou. S mladším bratrem má vztah dobrý. Vidí ho málo.

Při rozhovoru byla plačtivá, snažila se působit solidním dojmem. Chtěla, aby z jejího rozhovoru byl znát osobní zájem o řešení jejího problému. Možná si něco přimyslela, nalhávala. Její plánovaný útěk z oddělení a návrat k příteli sestře zamlčela. Pár dní po rozhovoru byla neklidná, že musí pobývat déle v nemocnici. Je tvrdohlavá a umíněná, tak se po přibrání kil na váze snažila o rychlý únik ze situace útekem a tím zklamala důvěru personálu i opakovanou důvěru matky, která měla zájem situaci s dcerou řešit.

10.4 Kazuistika č. 4

Osobní anamnéza

U chlapce (D. 15 let) se jedná už o 5. pobyt na oddělení dětské psychiatrie. Od 8 let veden v ambulantní péči psychiatrického lékaře pro poruchu aktivity a pozornosti. Projevuje se to hyperaktivitou, opozičním vzdorem a agresivními výstupy.

Byl jednou hospitalizovaný na dětském oddělení pro komoci po srážce s autem. Jinak je zdravý.

MŠ od 5 let, adaptace bez obtíží, zapojil se dobře do kolektivu

ZŠ od 7 let. OŠD pro nezralost. Chodil do speciální třídy. V kolektivu je společenský, snadno se skamarádí, ale je konfliktní. Má odbrzděné chování, kterým ve škole vyrušuje ostatní, křičí, je nesoustředěný a neklidný. Práci nedokončuje, hodně o hodině mluví, je impulzivní. O přestávkách ubližuje spolužákům, vysmívá se jim a provokuje je. Chce být frajer za každou cenu. Ví, že to přežene, ale nepoučí se. V projevu je pubertální hypobulie a snížená schopnost pocitů viny, nižší frustrační práh.

Jeho zájmy jsou omezené na počítač, telefon a kolektiv dívek. Škola ho nebaví, tak v ní spí.

Často se toulá, odejde ven i přes zákaz babičky. Chybí mu režim a klidný, důsledný přístup ve výchově, dobrý výchovný vzor a sociální učení.

V roce 2016 se jako důvod hospitalizace uvádí dg. F 701, což je dle MKN -10 označení pro výrazné poruchové chování, vyžadující pozornost a léčbu. Narůstají poruchy chování i vlivem dospívání chlapce při LMR a ADHD. Na oddělení dětské psychiatrie se většinou jedná o stabilizační pobyty a úpravu medikace.

Typickým projevem je i agresivní chování ve škole a známky výchovné insuficience. Prarodiče, pěstouni jsou starší lidé, což D. nevyhovuje a nebudí v nich tížený respekt pro domácí soužití a plnění školních povinností.

Chlapec dochází do společnosti Amina, což je společnost pro podporu náhradní rodinné péče, kde se podporuje i schopnost samoobslužné péče D., která je u chlapce zhoršená. Neorientuje se při nákupech, není tolik finančně gramotný, nezná hodiny, tak chodí později domů, než ve stanovené době. Není tolik aktivní při společných hrách, neumí se zapojit do kroužků. Má celkově snížené sociální schopnosti. Má svůj svět, ve kterém porušuje pravidla dané společností, bez výčitek svědomí.

Často utíká za svou kamarádkou (D. jí říká přítelkyně), kterou má rád po svém. Kompenzuje si svými útekami k ní vlastní citovou deprivaci. Je citlivý na kritiku členů rodiny od ostatních spolu-vrstevníků, často je pak impulzivní a brání si ji agresivním chováním.

Rodinná anamnéza

Rodiče D. mají oba zvláštní základní vzdělání. Oba měli syna v nízkém věku! Otec D. byl snad šikanovaný, chodil za školu, kradl. Je už po třetí ve výkonu trestu za krádeže - podvody, výtržnictví, násilí), alkoholismus. Matka je také alkoholička a snad nezaměstnaná.

Psychoheredita – děda D. (podobné obtíže jako biologický otec chlapce).

Rodiče D. spolu byli dva roky před otěhotněním (od matčiných čtrnácti let), po narození D. se jen tak nepravidelně scházeli.

Otec byl za vztah s nezletilou dívkou stíhaný a trestaný.

Péči za D. přebírají pěstouni. To bylo chlapci cca 6 měsíců. Od léta 2010 v pěstounské péči babičky (matka otce pacienta) a otce.

K prarodičům (říká jí matka a otec) má komplikovaný vztah, který ještě stěžuje hyperaktivita při mentální retardaci, nárůst opozičního vzdoru a poruchového chování doma i ve školním kolektivu. Doma nevydrží, rád se toulá, když mu něco pěstouni nepovolí. S vlastní matkou se nevidá. Neplní své povinnosti doma ani ve škole. Má přítelkyni, které se rád svěřuje se svými problémy.

Ústavní anamnéza

Poslední hospitalizace probíhá 2/2018. Důvodem jsou toulky, útoky z domu, lhaní, krádeže drobných financí, drzost, opozice, despekt k pěstounce. Ve škole nerespektuje autority, je vulgární, agresivní a nespolupracuje.

Adaptace na oddělení probíhá zprvu celkem dobře. Prostředí oddělení zná, je společenský. Rychle se zapojuje do kolektivu. Vyhledává děti s podobnými zájmy a s dominantními rysy,

jako kdyby s nimi chtěl soupeřit, kdo z koho. Rád je provokuje. Je rád a veselý v kolektivu dívek, sester. Snaží se respektovat autoritu, pokud ho někdo účelově nenabádá ke konfliktu, nepodněcuje v něm nenávist. Jediné, co mu vadí, že neuvidí svou holku. Nechce být hospitalizovaný delší dobu.

Jeho mentální schopnosti jsou snižené, tak hůře spolupracuje ve škole při nemocnici, ale je k tomu skoupý. Jeho prioritou jsou šarvátky mezi chlapci a poutání pozornosti dívek. Když mu někdo z chlapců vytkne jeho provokace a je k němu vulgární, je agresivní, se sníženou autoregulací v chování. Naopak k dívkám se snaží být jaksi ohleduplný.

Do aktivit se moc nezapojuje, nevydrží u nich. Tak vymýšlí provokace, aby se trochu zabavil.

Autority sester se snaží respektovat, když vycítí důvěru a zájem o jeho osobu. Je lehce egocentrický. Myslí si, že se holkám líbí. Tím si udržuje svoji impulzivitu trochu pod kontrolou, aby je neodradil.

Shrnutí kazuistiky na základě rozhovoru s klientem

Odpověď na 1. otázku byla kladná. Po hádce s babičkou (říká jí matka) utíká ke své „holce“. Nechodí včas domů, protože neřeší čas. Je nezodpovědný. Nedomýšlí důsledky svého jednání. Na oddělení má strach z jednoho pacienta, který má silnější pozici v kolektivu a větší fyzickou sílu. Taky má strach, když dostane zákaz jít ven. Opakovaně se s matkou hádá, tak mu často něco zakazuje, ale je to bez efektu. Je si toho sice vědomý, ale strach, že nemůže ven je pro něj na prvním místě. To, že se o něj babička bojí, neřeší, nepokládá za důležité. Doma se necítí dobře, venku je radši, tam může například kouřit. Nerozumí si s rodiči, cítí tam tlak a povinnosti, které nechce plnit. Zřejmě nepocituje podnětné prostředí. Selhávají komunikační činitelé a vzájemné respektování. Ve čtvrté otázce je udáván pojem agrese. Pro D. je agresivní chování častým problémem. Dostává se často do afektu, když chce být frajerem a nesetká se s pochopením svého okolí. Často provokuje a nedomýšlí důsledky svého jednání. Zastává se přítelkyně. Sam říká, že jestli by jí chtěl někdo ublížit, tak ho zabije. Taky si myslí, že každého přepere. Jeho agresi vyvolávají základní pudové představy, nenaplňování potřeb. Zemřela mu prababička, tu měl rád. Byla na něj prý hodná, dávala mu peníze. D. Tolerovala. Do školy rád nechodí, protože se mu nechce učit, nejde mu matematika. Kamarády sice má, ale škola pro něj nemá význam. K učitelům je opoziční, vulgární. Ve škole ho baví tělesná výchova, ve volném čase PC a jeho přítelkyně Ilona, které je 16 let. Rád si dává venku „cigo“ a trochu se chytá party, ale nikdy do ní výrazně nezapadá pro svoje slabší mentální schopnosti a pro svoji plochou emotivitu.

Je trochu egocentrický, ale není účelem, aby tím poutal pozornost. Spíše chce svým siláctvím, frajerstvím ohromit holky, které jediné na oddělení řeší. Nevlastní sourozenci mu nevadí.

Rozhovor byl rychlý, protože se opakovaly stejné zájmy a stejný postoj k matce. Mluvil hlavně o ní. Odpovědi byly jednodušší a vypovídaly o chlapcově sociální nevyzrálosti a určité naivitě. Odpovídal rád a se zájmem. Přiznal, že často mámě lže, aby se zase nepohádali. Udává časté krádeže peněz své matky. Naposledy před Silvestrem. To šlo o větší finanční obnos. Je společenský, ale neumí odhadnout míru svého působení. Působí prchlivě a je často rozjívený. Jeho sociální interakce je také porušena z důvodu ADHD, která v minulosti způsobovala horší koncentraci pozornosti.

11 Ověřování předpokladů

kazuistika č. 1

Potvrdil se v ní 1. předpoklad, že dívka žije v neúplné domácnosti, je ve střídavé péči, což má vliv na její poruchu chování. Mělo to vliv i na poruchu sociálních vztahů, které stav po rozvodu umocnil. Dívka nerespektuje výchovné působení jednoho z rodičů.

Potvrdil se i 2. předpoklad, že dívka žije v dysfunkční rodině, ve které má špatný vztah s matkou. Sama to potvrzuje při rozhovoru.

Potvrdil se i 3. předpoklad, že dívka je citově deprivována, je to uvedeno v záznamu ze spisové dokumentace. Spolu s genetickou dispozicí se u ní projevuje asociální charakter, ve kterém dominuje agrese k lidem a zvířatům a izolování se od lidí.

kazuistika č. 2

Potvrdil se 1. předpoklad, že chlapec pochází z neúplné rodiny. Je od dětství převážně v péči otce, který má nyní jinou rodinu a ve výchově chlapce zastoupila roli nevlastní matka, kterou F. nerespektuje, citově jí vydírá.

Potvrdil se i 2. předpoklad, že se rodina chlapce je nefunkční, projevující se výchovnou insuficiencí a špatným vztahem s vlastní matkou, která chlapce roky odmítala vychovávat.

Potvrdil se 3. předpoklad, že chlapec je silně citově deprivován, navíc situaci stěžuje fakt, že se sexuálně vyvíjí směrem k transsexualismu, což se projevuje afektivní labilitou a patologickým poutáním pozornosti, dále asociálním projevem od dětství, které je více umocněno jeho sexuální orientací, s kterou se hůře socializuje. Je impulzivní a patologické chování se zhoršuje v období jeho dospívání.

kazuistika č. 3

Nepotvrdil se 1. předpoklad, že dívka pochází z neúplné rodiny. Rodiče spolu žijí několik let v jedné domácnosti, ale chtějí svůj vztah ukončit.

Potvrdil se 2. předpoklad, že dívka žije v nefunkční rodině, ve které má hodně špatný vztah s matkou, která její výchovné problémy řešila tak, že dívku v minulosti umístili v DDÚ, což nemělo tížený efekt. Často se s ní hádá.

Potvrdil se 3. předpoklad, že dívka má poruchu autoregulace, která spolu s citovou deprivací, disharmonickým vývojem osobnosti a užíváním návykových látek směřuje k asociálnímu chování, až antisociálnímu chování v dospělosti a patologickou socializací dívky v době dospívání, myšlené jsou u ní časté útoky z domu a vědomé nerespektování pravidel a norem daných společností. Styk s lidmi se sociálně patologickými rysy.

kazuistika č. 4

Zpola se potvrdil 1. předpoklad, že chlapec žije v neúplné rodině, respektive žije v pěstounské péči, nyní ho mají v péči jeho prarodiče, kteří jsou hodně staří.

Potvrdil se 2. předpoklad, že u D. je patrná slabá, až nedostatečná výchovná insuficience, ve které si nerozumí se svou pěstounkou (babičkou). Říká jí „máma“. Díky jeho nízkým mentálním schopnostem se výchovné tendence nedají dostatečně regulovat.

Potvrdil se 3. předpoklad, že chlapec má tendenci k agresii v zátěži a asociálnímu chování, častým toulkám na základě citové deprivace a ploché emotivity, která v období jeho dospívání může vést k patologickým projevům v sociálním prostředí a větší konfliktnosti v sociální interakci.

12 Analýza zjištěných dat a jejich interpretace

Z analýzy zjištěných dat a uvedených předpokladů vyvstává otázka, co mají tyto 4 děti společné, proč jsou klienty psychiatrických oddělení a diagnostických ústavů. Jedno ze čtyř dětí bylo klientem DDÚ a 2 z nich jsou klienti DDÚ v současné době. Jsou to děti z nefunkčních, neúplných rodin, kde selhala v první řadě vazba matka – dítě (viz Martínek, 2015). Dalším prediktorem je genetická zátěž a psychosociální vlivy, které se v dětství dost nepřesně prolínají a mají dopad až během duševního vývoje v dospívání. I když kontinuální charakter poruchy chování se rýsuje již od dětství. Výchovná insuficience, citová deprivace a disharmonický vývoj osobnosti dávají základ rozvoji asociálního chování, které se negativně

projeví v budoucnosti patologickým až delikventním jednáním. Jakákoli autorita selhává. U všech se potvrzují znaky poruch chování. V chování nerespektují sociální normy, jsou neschopni udržovat přijatelné sociální vztahy a agresivita je u nich rysem osobnosti nebo chování. Mají neutrální emotivní prožitky a jsou násilní, což je pro ně typické. Tři z těchto dětí utíkají z domu. Všichni čtyři klienti lžou a zastírají vlastní nedostatky. Jejich vztahové vazby jsou narušené tak, že nemají pocit svědomí a sebekázně.

Problém je despekt k autoritám a špatná zpětná vazba, zkreslená jejich, někdy až nereálnými požadavky na život. Jejich potřeby jsou omezené na přítomnost. Neřeší, co bude v budoucnosti a jejich přání jsou sobecká. Agresi používají jako prostředek k sebeprosazování. Omezují se jen na své vlastní potřeby a je jim jedno, jakým způsobem je dosáhnou. U všech se při tenzi dochází k sebepoškozování. Jde o demonstrativní akt a rádi tím poutají pozornost.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, s jakými poruchami chování jsou hospitalizovány děti na oddělení dětské psychiatrie a jaký vliv má na tyto poruchy rodina. Cíl práce byl naplněn uvedenými zjištěními v kazuistikách.

Nemusím být odborník, abych si čistě z lidského hlediska neuvědomovala důležitost funkce rodiny jako stabilního, bezpečného ostrůvku ve světě lidí. Bezpečí a jistota v rodině jsou předpokladem zdravého duševního vývoje dětí, a i přesto jsou v našich životech úskalí, která bez pomoci druhých nepřekonáme. V zařízeních dětské psychiatrie, kterých je v České republice málo, budou komunikační činitelé s empatickým náhledem nutností kompenzovat slabá místa rodinného soužití a hledání nových způsobů, jak k dětem s psychickými problémy přistupovat budou v této práci důležitou součástí. Edukace a terapeutické přístupy by měly být neustále v dynamickém vývoji, aby se zkvalitnil život dětí, které mají start do života narušený špatnými výchovnými vzorci nebo duševní nemocí. Možná je celý smysl práce odkrývat v dětech jejich silná místa v nitru a ukázat jim, že na svoje problémy nejsou samy. Zažití jiného prostředí, kde jsou lidé s podobnými problémy, jim třeba dají odpovědi na nevyslovené otázky, srovnání a nadhled.

„Střediska výchovné péče zpracovávají například plán aktivit prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů na území své působnosti, přičemž koordinují jeho realizaci v rámci škol a školských zařízení“ (Bendl 2004, s. 47).

V určitých případech lze vypožorovat určitou marnost a bezcílnost snažení, pokud si dítě samo neinternalizuje svoje kladné vzorce chování, které si může posilovat v kolektivu dětí se stejnými nebo podobnými problémy v rámci hospitalizace. Chybí jim většinou dostatečné sebehodnocení a malá sebedůvěra v prosazování si svých potřeb. Do popředí nastoupí agrese a nevole se podřizovat, protože je to snazší, než se přizpůsobit kladným morálním a etickým zásadám dané společnosti. Chybí jim kladné cíle jejich snažení a slabé empatické cítění.

Slovy kolektivu autorů, kteří se zabývají dětskou psychiatrií, je důležité zmínit skutečnost, že je odlišná od dospělé psychiatrie vývojovými charakteristikami dítěte, to znamená, že pro porozumění dětskému prožívání a myšlení nestačí jen anamnestické údaje od rodiny, ale zcela nezbytná schopnost proniknout do duše dítěte v té její přirozenosti. Jedině tak se můžeme přiblížit psychickému stavu, který při plné vzájemné důvěře a s trochou sebeúcty může vést k rozluštění důvodů, proč se dítě negativně projevuje. Subjektivní prožívání dítěte je cestou k jeho „já“. Pokud se naučilo manipulovat s okolím, vynucovat i pozornost, neplnit si své

povinnosti, tak je to odraz jeho okolí a zrcadlení se ve světě dospělých, kteří jim nenastavili dostatečné hranice, nerespektovali je.

Vytržení z rodinného prostředí může dítě ovlivnit v pohledu na svou situaci, ale komunikační bariéra anebo slabé motivační činitele mohou v dítěti navodit prohloubení zoufalství a někdy i pocit, že nejde o léčbu, ale o zbavení se rodičovských povinností. Rodič je ta hlavní vztahová osoba, ke které se dítě poutá a pokud nevěří rodiči, tak od něj nelze očekávat důvěru ani v okolní svět natož v sama sebe.

Seznam použitých zdrojů

BENDL, S., 2004. *Neukázněný žák. Cesta institucionální pomoci*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství. ISBN 80-86642-36-4

DIVOKÁ, J. et al., 2017. *Jak podpořit dítě s problémovým chováním ve škole*. 1. vyd. Praha: Pasparta publishing. ISBN 978-80-88163-72-5

HELUS, Z., 2015. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9817-2

HORT, V. et al., 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.

MARTÍNEK, Z., 2015. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9760-1.

MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z., 2002. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. 1. vyd. Havlíčkův Brod. ISBN 80-247-0332-7.

MATOUŠEK, O. et al., 2017. *Dítě traumatizované v blízkých vztazích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1242-3

PIPEKOVÁ, J. et al., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido ISBN 978-80-7315-198-0

SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3

TRAIN, A., 2001. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-503-2.

VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5

VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie. Dílčí aspekty lidské psychiky a její orgánový základ*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-3268-1

