

MATERIÁL POUZE PRO STUDIJNÍ POTŘEBY (studenti etopedie University Hradec Králové)

Vztahuje se © (nekopírovat, nešířit, necitovat) - jde o součást připravovaného studijního materiálu k publikaci.

© Pavel Janský 2010

IX. ETOPEDIE A ETOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA

1. Definování a obecné vymezení pojmů:

Etopedické hodnocení a etopedická diagnostika je založena na snaze o *pochopení a porozumění problémovému chování dítěte ve vztahu k jeho osobnostním charakteristikám, psychosociálním vlivům a vývojovému aspektu*. Snaží se komplexně postihnout nejen *symptomy* daného problému, ale na základě jejich *interpretace a analýzy situace* stanovit *hypotézu příčin* a zvolit optimální *strategii řešení*. Vychází tedy z celostního pojetí osobnosti dítěte, jehož problémům se snaží porozumět na základě vytvoření komplexního posouzení jeho osobnosti, vývojových potencialit, směřování, vnitřních i vnějších vlivů, včetně souvisejících faktorů a vazeb se sociálním prostředím v rovině materiální, kulturní i psychologické.

Vzhledem k výrazné interdisciplinární povaze etopedického hodnocení a etopedické diagnostiky, projevující se jejich prolínáním v práci jednotlivých profesí (speciální pedagog, vychovatel, učitel, psycholog), je potřebné obsahově a metodologicky tyto činnosti aktuálně vymezit v podmínkách praxe speciálních školských zařízení.

Etopedie je úsek speciální pedagogiky, zabývající se rozvojem, výchovou a vzděláváním dětí a mládeže sociálně narušené (Dříve používán termín *obtížná vychovatelnost*, vymezující předmět péče etopedie do oblasti poruch chování, které se nedají zvládnout běžnými pedagogickými prostředky, následně termín *mravní narušenost*, nejúžeji vymezující označení, kdy primární příčinu poruchy charakterizuje narušený vztah k hodnotovému systému, projevující se u mravně narušených osob výchovně podmíněnými poruchami chování a narušeným vztahem k výchově, dnes je vnímán předmět etopedie především v oblasti speciální péče o děti s poruchami chování a emocí výchovné etiologie, se *symptomy projevujícími se v oblasti sociálních vztahů*).

Etopedická diagnostika (identifikace nevhodného chování, situační analýza, funkční analýza- tj. hypotéza kauzálního modelu příčin a následků) je *komplexním, kontinuálním, relativně dlouhodobým procesem, který na podkladě údajů obecných a pomocných metod (osobní, rodinná a sociální anamnéza, kasuistika, vyšetření prostředí...), interdisciplinárně popisujících jedince v jeho biologické, psychologické nebo sociální dimenzi a prostřednictvím metod speciálních (pozorování, rozhovor, dotazník, experiment, zkouška, test...) vytváří příslušnou etopedickou diagnózu, která je východiskem dalšího speciálně pedagogického (reedukačního, resocializačního, výchovně terapeutického) působení*.

Etopedická diagnostika tedy využívá *metody obecné*, sloužící ke sběru základních údajů o vyšetřované osobě (rodinná, osobní, sociální anamnéza) a jejím prostředí (školní, mimoškolní, pracovní) a *metody speciální*, mající za úkol zjistit druh a stupeň postižení.

Kasuistika je pomocnou metodou, která na principu bio-psycho-sociálního hlediska zpracovává a posuzuje všechny dostupné relevantní údaje ze všech zdrojů (informace z vývoje, prostředí, traumata, nemoci...) a formuluje předběžné závěry formou hypotézy. Spolu se vstupním vyšetřením vytváří podklad pro zpracování individuálního programu.

Etopedická diagnostika probíhá v několika etapách a úrovních, *s cílem stanovit optimální rehabilitační (reedukační, kompenzační, resocializační) program* a reálnou prognózu vývoje ve vztahu k osobnostním charakteristikám jedince a situačnímu kontextu (tj. strategie řešení).

Vzhledem k časovému a funkčnímu rozlišení lze rozlišit *diagnostiku vstupní, průběžnou a výstupní*.

Dle rozsahu sledovaných cílů lze vymezit *diagnostiku globální*, zjišťující nejvýznamnější charakteristiky osobnosti vzhledem k problému reedukace a resocializace (charakterové a temperamentové vlastnosti, sociabilita, emotivita..), *diagnostiku parciální* – indikovanou, zaměřenou na parciální projevy (agresivita, impulzivita, úzkostnost...) a *diagnostiku diferenciální*, odlišující jednotlivé symptomy v rámci různých diagnóz (mentální retardace – autismus, agrese reaktivní - proaktivní....)

Diagnostiku lze také specifikovat dle zaměření na etiologii nebo na projevy problému, tedy na *diagnostiku kauzální* (zaměřenou na odhalování příčin) a *diagnostiku symptomatickou* (zaměřenou na odhalování symptomů).

Obecně lze shrnout, že etopedická diagnostika by vždy měla zjišťovat jak *etiologii poruchy*, tak její *projevy* (rozsah, stupeň a typ), včetně jejího *vývojového trendu*.

Hlavními oblastmi etopedické diagnostiky musí být *posouzení osobnostní zralosti dítěte* vzhledem k rozvoji *citové oblasti, sociability* (utváření, udržování a kvalita vztahů) a *morálnímu vývoji* (míra chápání a akceptování morálních hodnot, včetně vyplývající schopnosti rozlišení správného a nesprávného jednání).

Mezi základní diagnostické situace, které v rámci volných nebo řízených činností přinášejí o dětech mnoho údajů a potřebných informací, jsou *hra* (citové zaujetí, spontánnost, vytrvalost, kreativita, sociální chování, motorika, typ hry..) a *kresba* (téma, obsah, forma, projektivnost, sociální chování při kolektivním kreslení, motorika..).

Etopedická diagnostika je systémově propojena s reedukačním procesem, neboť v jeho průběhu dochází k získávání dalších potřebných údajů, včetně zjišťování vývojových trendů a ověřování příslušných metod. (Vzájemné propojení diagnostiky a reedukace má charakter vývojově vzestupné spirály).

Etopedická diagnóza je výsledkem etopedické diagnostiky, jejímž cílem, vyplývajícím z obsahového vymezení etopedie, je určení rozsahu, typu a stupně sociální narušenosti jedince a jeho problémového chování. Vychází z funkční analýzy a vytváří model komplexního vyhodnocení sociální narušenosti dítěte, popisující příčiny, projevy, modifikující faktory i důsledky ve smyslu kognitivně behaviorálního schématu ABC.

Pro praktickou potřebu pedagogické práce se sociálně narušeným jedincem je nutné *analyzovat jeho projevy sociální narušenosti* v kontextu konkrétní situace a z hlediska symptomů i etiologické podmíněnosti osobnostních charakteristik především *v oblasti odchylek nebo poruch chování a emocí, sociálního přizpůsobení a vztahů*.

Variační šíře projevů sociální narušenosti je velmi rozsáhlá a různorodá a lze ji zjednodušeně označit pro praktickou potřebu jako *problémové -maladaptivní chování, narušující sociální vztahy a vyžadující speciálně pedagogickou péči*. (Problémové chování bývá bez ohledu na etiologii vždy výsledkem špatné adaptace nebo adjustace jedince a z etopedického hlediska je nejvýznamnějším a nejlépe zachytitelným symptomem sociální narušenosti.)

Jedná se o chování, které vyžaduje zvláštní výchovnou péči, nedá se zvládnout obvyklými pedagogickými prostředky, a proto patří do oblasti péče speciální pedagogiky.

2. Cíle etopedické diagnostiky:

Obecně lze konstatovat, že *cílem etopedické diagnostiky je vytvořit u ohrožených (sociálně handicapovaných) dětí diagnózu maladaptivního chování a na jejím základě vytvořit strategii účinného postupu vedoucího k nápravě.*

Konkrétním cílem je tedy vytvořit *diagnózu problémového chování dítěte* (symptomy, etiologie, rozsah, stupeň, typ poruchy, trend vývoje), kdy na základě *identifikace nevhodného chování a situační analýzy*, zahrnující charakteristiky prostředí i osobnosti, se vytváří *funkční analýza*- tj. *hypotéza kauzálního modelu příčin a následků*, zdůrazňující aktuální sociální kontext problému. Na jejím základě je možné sestavit *etopedickou diagnózu*, která vymezuje projevy, rozsah a charakteristiky sociální narušenosti, interpretuje symptomy, modifikující faktory, včetně souvisejících následků, vysvětluje příčiny a sestavuje pravděpodobnou prognózu dalšího vývoje.

Dalším navazujícím krokem je stanovení *strategie řešení problému*, která zahrnuje širokou škálu doporučených metod a postupů, zaměřených jak na bezprostřední *odstranění některých projevů nevhodného sociálního chování* v konkrétních situacích, využívajících metod intervence a řízení, tak i *postupů orientovaných na prevenci*, kdy v celkovém kontextu pravděpodobných příčin se vytváří *náhled dítěte na problém, vůle ke změně a posiluje se vlastní schopnost dítěte zvládat a řešit situaci.*

Správně vytvořená *etopedická diagnóza předpokládá ověření úspěšnosti zvolené strategie řešení problému, potažmo přijaté hypotézy a stanovení další prognózy vývoje, včetně příslušných doporučení.*

Proces diagnostiky vyžaduje zpracování velkého množství relevantních informací za úzké spolupráce všech zúčastněných odborných, pedagogických i nepedagogických pracovníků. Předpokladem je kvalitní rodinná a osobní anamnéza dítěte, v diagnostických ústavech většinou získaná a zpracovaná sociální pracovníci, doplněná vstupním psychologickým vyšetřením osobnosti dítěte, včetně příslušných doporučení a případných upozornění.

Na základě interdisciplinárního přístupu se využívají a pedagogicky aplikují všechny dostupné a získané poznatky o dítěti a jeho projevech (anamnéza, psychologické šetření, výchovné záznamy, zprávy školy...).

K sestavení etopedické diagnózy je tedy nutné *využít všech zdrojů (hledisek, přístupů) získávání a interpretování údajů*, vztahujících se k dítěti.-tj. integrativní přístup.

3. Integrativní přístup při sestavování etopedické diagnózy:

(strukturace příčin na základě analýzy subjektivní a objektivní situace – tj. strukturovaná situační analýza)

Tento přístup musí obsahovat a analyzovat:

- a) hledisko charakteristik prostředí (materiální a sociální podmínky, významní účastníci situace, jejich role, interakce, očekávání, spouštěče problémového chování)
- b) medicínsko-biologické hledisko (somatické posouzení)
- c) behaviorální hledisko (vnější projevy – chování, jednání)
- d) psychodynamické hledisko (zatěžující a ohrožující události, stresové, frustrační situace, ztráty, deprivací podmínky...)
- e) fenomenologické hledisko (důraz na subjektivní prožívání klienta, na jeho sebepojetí)
- f) kognitivní hledisko (způsoby vnímání, usuzování, interpretací, hodnoty, názory, postoje, přesvědčení, atribuce..)

Každé z těchto hledisek představuje *svébytný model*, který problémové chování nahlíží a vysvětluje ze svých pozic, které se však vzájemně nevylučují a mohou se prolínat a

doplňovat. Popsaná hlediska vytvářejí *strukturovanou situační analýzu*, která je následně za využití všech dostupných anamnestických údajů zpracována do podoby *funkční analýzy*, zdůrazňující komplexní kontextuální hledisko fungování jedince v sociálním systému.

Př.:

Charakteristika prostředí:

Charakteristiky prostředí, které mají největší vliv na daný druh sociálního chování dítěte (významné osoby, jejich role, očekávání, interakce, situační faktory mající roli spouštěčů...) Analýza aktuálního i minulého prostředí.

Medicínsko-biologické hledisko:

Primární příčinou poruchy jsou tělesné, organické, genetické příčiny. Výslednicí pak mohou být například symptomatické poruchy chování.

Behaviorální hledisko:

Problémové chování (př. vyhubavé chování) je způsobeno především nevhodně naučeným způsobem řešení problémů a zvládnutí stresu.

Psychodynamické hledisko:

Problémové chování je způsobeno především nevědomou motivací, podloženou prožitými a nevyřešenými konflikty.

Nevědomé motivy a obavy jsou jádrem psychických problémů.

Fenomenologické hledisko:

Subjektivní prožívání a druh sebepojetí významně ovlivňuje chování a způsoby řešení problémů. Porozumění způsobu jak sebe dítě vnímá v kontextu dané situace je také předpokladem porozumění jeho chování, včetně zisků, které mu přináší a je východiskem resocializační strategie vedoucí k požadované změně.

Významnou charakteristikou je hladina sebeúcty jedince a její zdroje.

Kognitivní hledisko:

Těžiště problémů je ve způsobu vnímání a interpretování událostí. Důraz klade na atribuce, postoje, hodnoty a způsoby přemýšlení, tedy na vědomé psychické procesy.

Tato hlediska mají vyjádření v konkrétních *pěti diagnostických osách*, tedy posuzovacích oblastech, které jsou určující pro vytvoření komplexní diagnózy (viz. dále – odborné činnosti ve vztahu k diagnostice osobnosti).

4. Struktura etopedické diagnostiky:

Etapedická diagnostika by měla probíhat v propojených, vzájemně se prostupujících, doplňujících a navazujících etapách.

Souběžně již s prvními kroky prováděné *situační analýzy nevhodného chování* (jeho obecná charakteristika již bývá vymezena jako důvod umístění dítěte do speciálního školského zařízení), probíhá proces *identifikace nevhodného sociálního chování dítěte*, který nejen že především na základě systematického pozorování poskytuje průběžně další potřebné údaje, ale také současně poskytuje zpětnovazebné informace o účinnosti použitých přístupů a metod.

Identifikace nevhodného sociálního chování je kontinuálním procesem, shromažďujícím veškeré dostupné údaje o chování dítěte, které interferuje se sociálním očekáváním přiměřeným věku a tedy i s pedagogickými cíli. Vzhledem k relativnosti posouzení chování jako nevhodného, dané subjektivní interpretací hodnotitele a zákonitostmi sociální percepce, je základní metodou tohoto postupu *systematické pozorování*, kdy v široké škále řízených i volných činností se sledují a popisují v dostatečně dlouhém časovém úseku charakteristiky

chování dítěte. Tyto informace by měly popisným způsobem, oproštěným od subjektivního hodnocení a interpretací zachytit typické projevy chování a obecné vzorce interakcí sledovaného dítěte. (V této fázi diagnostiky by bylo například chybou popisovat dítě na základě vnějších symptomů jako líné, neboť příčiny jeho chování asociující lenost mohou být podloženy emočním stavem i dlouhodobějšího trvání, jako je smutek, deprese, apatie, ztráta motivace, nezájem, rezignace, negativismus...) Prakticky půjde především o zachycení konkrétních projevů a reakcí v konkrétních situacích.

Systematické pozorování musí být zaměřeno i na pasivně přizpůsobené děti, které se aktivně ve skupině vrstevníků neprojevují, často jsou přehlíženy a unikají pozornosti. Výsledkem bývá velmi málo informací a poznatků, které chybí pro sestavení komplexního etopedického hodnocení, kvalitního individuálního výchovného programu, včetně vyššího rizika přehlédnutí jejich potřeb a zájmů.

Požadované údaje o dítěti, zapisované do záznamových archů (výchovných záznamů), mohou poskytovat všichni pedagogičtí i nepedagogičtí pracovníci etopedického zařízení, pracující *metodou komunitního systému*. Pedagogičtí pracovníci by informace o dítěti ale měli získávat také na základě řízeného pozorování, v rámci organizovaných, plánovitě připravených a diagnosticky hodnotných situací (př. včetně zátěžových programů). Vzhledem k náročnosti této činnosti je vhodnou pomůckou jednoduchá forma pozorovacího záznamového archu se schematicky vyznačenou osnovou škály sledovaných charakteristik.

Podkladem pro identifikaci nevhodného chování by mělo být také sledování skupinové dynamiky (tedy cílů a norem skupiny, rolí jednotlivých členů, pozic, skupinových tenzí, kohezí ...) a v tomto kontextu srovnávat chování sledovaného dítěte s chováním dalších členů skupiny, všimnout si jeho reakcí a účinků, případně míry narušování vztahů (př.: *míra docility*-podléhání vlivu skupiny, *úroveň resilience*- schopnost odolávat závadovému chování). Nevhodné sociální chování by mělo být zřetelně identifikováno až po shromáždění a vyhodnocení široké škály symptomů, získaných systematickým sledováním dítěte ze strany všech příslušných pedagogických pracovníků, což se prakticky děje na posudkové poradě po ukončení adaptační fáze pobytu, tj. nejméně po 14 dnech.

Situační analýza by se měla zaměřit na vymezení těch charakteristik situace, které mají největší vliv na daný druh sociálního chování dítěte a vytváří jeho celkový kontext (faktory subjektivní a objektivní situace – viz. dále).

Měla by zřetelně pojmenovat problém, charakterizovat faktory, které bezprostředně předcházejí sledovanému chování a mají roli „*spouštěčů*“.

Analýza situace se musí zabývat charakteristickými interakcemi subjektů daného významového okruhu, tedy *významnými účastníky situace*, jejich *sociálními rolími a reakcemi*. V tomto smyslu je důležité zamýšlet se nejen nad *očekáváním sledovaného dítěte vůči jemu důležitým osobám* (učitel, vychovatel, spolužáci ...), ale i nad *očekáváním těchto osob vůči němu*. Výsledkem může být odhalení vědomé nebo i nevědomé motivace daného jednání, tedy analyzování jeho „*zisků*“ (i dítětem neuvědomovaných).

Důležitým faktorem celé analýzy problému je porozumět *sebepojetí dítěte*, tj. způsobu, jakým se vnímá a jak chce být vnímáno, jakou roli má a jaké chování mu tato role určuje (př. typologie agresorů...).

S těmito informacemi, včetně znalostí *subjektivního výkladu situace dítětem*, je možné nejen zjistit vůči komu nebo čemu je problémové chování zaměřeno, ale také zvolit takovou strategii postupu, která nenaplní očekávání „*zisků*“ dítěte (vědomých i nevědomých), realizovaných a sledovaných jeho specificky zaměřeným chováním a tím vytvořit prostor pro chování alternativní, sociálně akceptované.

Dle sledovaných situačních charakteristik lze vyčlenit v prováděné situační analýze faktory „*subjektivní situace*“, tj. sebepojetí, očekávání, akceptovaná role, motivace, hodnoty, cíle, postoje, atribuce... a faktory „*objektivní situace*“, tedy somatický stav, fyziologické procesy, psychické vlastnosti, hmotné a sociální prostředí, významní účastníci situace, spouštěče problémového chování. Při analýze prostředí je potřebné se zabývat vlivem prostředí na dítě i možností působení dítěte na prostředí. V tomto recipročním vztahu mohou být významnými faktory velké množství lidí, vysoká úroveň hluku, nevhodná teplota nebo osvětlení, nepěkné oblečení, neuspořádané pracovní místo, nevhodný nábytek, ale především nevhodný režim nebo nedůsledné a matoucí chování personálu a rodičů...).

Schematicky by tedy měla situační analýza obsahovat následující složky:

- a) *Faktory subjektivní situace*: jsou konstruované subjektem, závisí na jeho aktuálním stavu a jsou měnitelné především na základě změny objektivní situace (sebeпоjetí-zahrnující subjektivní výklad situace dítětem, jeho očekávání a zdroje sebeúcty, dále role, prožívání, motivace, hodnoty, cíle-zisky, postoje, atribuce....)
- b) *Faktory objektivní situace*: somatický stav, fyziologické procesy, psychické vlastnosti, charakteristiky hmotného a sociálního prostředí, významní účastníci situace, spouštěče problémového chování..

Důležitým etopedickým cílem je prostřednictvím cílené změny objektivní situace (režimu, vztahu, prostředí..) způsobit změnu subjektivní situace (postoje, prožívání, způsob myšlení, hodnoty, chování,..) Systematickým výchovně terapeutickým působením lze tedy postupně měnit jednotlivé komponenty osobnosti s perspektivou celkové pozitivní změny (tzv. princip dominového efektu, kdy například úpravou režimu způsobíme změnu chování, následně za pomoci terapeutického vztahu dochází ke změně prožívání a myšlení) Lze tedy primárním působením na symptomy sociální narušenosti (problémové chování) postupně utvářet osobnost dítěte. Porucha chování je považována za projev sociální narušenosti a její nápravou (léčbou) navodíme změnu struktury osobnosti. Jedná se tedy o *léčbu symptomatickou*, zabývající se přímo konkrétními symptomy dané poruchy (metoda tvarování, behaviorální modifikace..), která by ovšem měla být doplněna i *léčbou kauzální* (tj. léčba příčin pomocí dynamických a kognitivních terapeutických přístupů).

Teprve na základě takto komplexně získaných informací může být za spolupráce odborníků (psycholog, etoped, terapeut...) vyhodnoceno, tedy analyzováno chování a jednání dítěte, zobecněny určité jevy, odděleny náhodnosti od typických projevů a vytvořena pracovní *hypotéza kauzálního modelu příčin a následků*, tedy **funkční analýza sociální narušenosti**.

Funkční analýza zdůrazňuje sociální kontext poruchy (diagnózy), kdy cíleným působením na tento kontext lze léčit danou poruchu. Péče o dítě se sociálně poruchovými projevy musí tedy být sociálně manipulativní.

Na podkladě sestavené funkční analýzy sociální narušenosti, která je základním předpokladem pro porozumění a správnou interpretaci problémového chování, je teprve možné vypracovat účinnou **strategii řešení**, tedy optimálního postupu, vedoucího k nápravě. (Neporozumění motivací chování a jeho následná chybná interpretace vede k špatně zvoleným metodám a nesprávné strategii řešení, což může situaci dítěte výrazně zhoršit – př.: mechanická aplikace nedirektivních rozvíjejících přístupů a krizově intervenčních postupů založených na empatickém reflektování emocí, provázení, potvrzování a normalizace situace ve vztahu k asociálním agresorům, nebo naopak zvolení přísných direktivních přístupů u dětí s poruchami chování kompenzačního charakteru – tzn. agrese je formou kompenzace osobnostních deficitů).

Garantem vytváření a realizace této strategie by měl být etoped, využívající komplexní informace o dítěti, získané jak z anamnézy, tak zprostředkované pedagogickým týmem. Na základě těchto údajů následně koordinuje, případně iniciuje potřebnou modifikaci resocializačního programu a přístupu k dítěti.

*Strategie řešení by měla mít vyjádření v sestavení **individuálního programu rozvoje osobnosti**, jehož cílem je stanovit výchovné a vzdělávací priority, včetně optimální cesty k jejich dosažení a způsobu monitorování a vyhodnocování dosažených změn. Reedukační a resocializační cíle jsou tedy prostřednictvím individuálního programu rozpracovány do konkrétních úkolů a metod vedoucích k jejich dosažení, které jsou vždy vztaženy k vymezeným časovým obdobím (př. k délce pobytu dítěte). Z tohoto pohledu lze například vyčlenit individuální program rozvoje osobnosti dítěte a strategii řešení jeho problémů pro pobyt v diagnostickém ústavu a tzv. výstupní program a strategii řešení pro období po ukončení pobytu.*

Sumarizace:

Schéma postupu vytváření etopedické diagnózy a souvisejících etopedických činností v diagnostickém ústavu:

- 1. Identifikace nevhodného chování** (popis symptomů)
- 2. Situační analýza** (vymezení charakteristik situace, které mají největší vliv na daný druh sociálně narušeného chování dítěte)
- 3. Funkční analýza** (systémově kontextuální analýza sociální narušenosti, vytvářející hypotézu kauzálního modelu projevů, příčin a následků, s důrazem na sociální kontext a faktory, které mají vliv na rozvoj nebo udržování problémů)
- 4. Individuální program rozvoje osobnosti** (stanovení edukačních priorit, cílů a metod, zaměřených na krátkodobý a střednědobý časový horizont – tj. především pro období pobytu dítěte v diagnostickém ústavu)
- 5. Fáze ověřování funkčnosti programu** (jeho případná modifikace)
- 6. Etopedická diagnóza** (vytváří model komplexního vyhodnocení sociální narušenosti a jejich symptomů), vychází z funkční analýzy, kdy po ověření modelu přijaté hypotézy, včetně ověření funkčnosti sestaveného individuálního programu, *konkrétně formuluje základní etopedický problém*, popisuje symptomy ve vztahu k jejich etiologii a aktuálnímu sociálnímu kontextu, včetně pravděpodobné prognózy dalšího vývoje)
- 7. Strategie řešení** (*výstupní koncepce programu rozvoje osobnosti*, zaměřená na střednědobý a dlouhodobý časový horizont, tj. pro období následující po odchodu dítěte z diagnostického ústavu, vycházející z etopedické diagnózy a obsahující funkční dosažitelné cíle, edukační priority, konkrétní ověřené metody, včetně doporučení reedukačních, terapeutických a režimových přístupů)

X. MODEL KOMPLEXNÍ DIAGNOSTICKÉ ČINNOSTI V DIAGNOSTICKÉM ÚSTAVU

Jedná se pouze o jeden z možných modelů komplexní diagnostické činnosti, obsahující vymezení základních posuzovaných oblastí, obecný popis odborných činností ve vztahu k časovým fázím pobytu dítěte a návrh struktury závěrečné zprávy.

1. Základní posuzované oblasti (diagnostické osy)

Prostřednictvím integrativního přístupu se získávají údaje *do 5-ti základních oblastí*- tj. posuzovacích os, potřebných ke stanovení etopedické diagnózy, tedy *komplexního*

vyhodnocení sociální narušenosti dítěte v oblasti projevů odchylek nebo poruch chování a emocí, sociálního přizpůsobení a vztahů. (Fenomenologické a kognitivní hledisko jsou v tomto členění doplňujícími oblastmi, poskytujícími potřebné údaje k popisu osobnostních vlastností a způsobu zvládnání náročných situací.)

- a) *Popis somatického stavu a přehled somatických, psychických, nebo psychosomatických poruch a nemocí. (tj. medicínsko biologické hledisko)*
- b) *Popis předcházejících náročných, zátěžových a stresových událostí - psychosociálních vlivů. (tj. psychodynamické hledisko)*
- c) *Hodnocení kvality fungování jedince v pracovní a sociální oblasti v relevantním období (cca 1 rok) před přijetím do speciálního školského zařízení, včetně popisu způsobu zvládnání náročných a stresových situací. (tj. behaviorální hledisko)*
- d) *Psychologická diagnostická klasifikace (př.: porucha vyvolaná psychoaktivní látkou, hyperaktivní porucha chování...)*
- e) *Popis současných výrazných osobnostních vlastností, včetně způsobů zvládnání stresu – tj. behaviorální hledisko (př.: projevy asociální poruchy osobnosti...)*

První 3 osy čerpají data především ze studia dostupných anamnestických údajů (osobní, rodinná, sociální anamnéza). Tyto informace shromáždí sociální úsek organizace při zahájení pobytu dítěte a jsou využívány všemi pedagogickými pracovníky.

Údaje obsažené ve 4. posuzovací ose jsou buď získány z osobní anamnézy dítěte (výsledky předchozích odborných vyšetření), nebo mohou být stanoveny na základě diagnostiky pedopsychiatra, případně klinického psychologa.

5. posuzovací osa shromažďuje relevantní informace komplexně získané celým pedagogickým týmem během diagnostického pobytu dítěte. Významnou úlohu má hodnocení psychologa i etopeda, kteří dle svého určení a popisu práce specificky získávají odpovídající diagnostická data, mající těžiště v behaviorálním přístupu. (V této oblasti dochází k překrývání práce etopeda a psychologa.) Celkové zpracování je v gesci etopeda. Prakticky půjde o popis vlastností, vyplývající z hodnocení kvality fungování jedince v pracovní a sociální oblasti v současnosti, včetně aktuálních způsobů zvládnání stresu.

2. Odborné činnosti ve vztahu k časovým fázím pobytu dětí v diagnostickém ústavu

a) Vstupní psychologické posouzení dítěte, s cílem vytvořit si rámcovou představu o jeho sebepojetí, sebehodnocení, roli, očekávání, aspiracích, potřebách, motivech, cílech, subjektivním pohledu a výkladu situace, o jeho hodnotách, postojích, zdrojích sebeúcty, atribucích...

Jde především o fenomenologický pohled, tedy získání poznatků o subjektivní zkušenosti jedince, jeho sebepojetí, zdrojích sebeúcty, motivaci, včetně způsobů vnímání a interpretování událostí. Tento přístup je nezbytný pro posouzení osobnostní zralosti a způsobu adaptace, včetně užití odpovídajících reedukačních přístupů a metod ve vztahu k rolím a motivům chování a jednání dítěte. Bez potřebného vhledu do subjektivních prožitků dítěte není možné posoudit etiologii problému (příčiny a motivační faktory problémového chování).

Metodu rozhovoru, doplněnou o vybrané projektivní techniky, by měl používat především „nerežimový“ pedagogický pracovník (psycholog), který nemusí vůči dítěti vystupovat direktivně, kdy nebude docházet k nevhodnému křížení rolí.

Vstupní *diagnostický rozhovor* s dítětem, rozšířený o některé další metody získávání údajů (projektivní techniky, osobnostní inventáře..) musí proběhnout v prvních dnech pobytu dítěte v zařízení a potřebné informace pedagogickému týmu jsou poskytnuty v ústní podobě při první následné posudkové poradě (posudkové porady probíhají 1x týdně.)

b) Systematické pozorování dítěte - popis symptomů s cílem přesné „identifikace nevhodného chování“

(na základě systematického pozorování vymezení tzv. „terčového chování“)

Těžiště této činnosti je v práci vychovatele (částečně etopeda i učitele).

Jde o behaviorální úroveň posouzení jedince, kdy na základě volných i řízených činností se systematicky sleduje a popisuje charakteristika projevů chování dítěte (viz. příloha - doporučená osnova sledovaných oblastí).

c) Psychologické vyšetření – tj. komplexní diagnostika osobnosti a intelektu dítěte na základě klinických metod (pozorování, rozhovor, anamnéza) a standardizovaných testových metod (výkonové testy a testy osobnosti). Výstupy a vyplývající doporučení poskytuje psycholog všem dalším pedagogickým pracovníkům v písemné i ústní podobě nejpozději 14 dní od přijetí dítěte.

d) První posudková porada po uplynutí 14-ti denní adaptační doby pobytu dítěte a návazná reedukační činnost:

Ze souboru a popisu jednotlivých příznaků, oproštěných od subjektivního hodnocení a interpretování posuzovatelů, se po uplynutí adaptační doby na posudkové poradě vysledují, tj. vyhodnotí, za přítomnosti všech pedagogických pracovníků, včetně etopeda a psychologa, obecné vzorce interakcí a typické projevy chování dítěte, včetně dynamiky vývoje a popisu jeho výrazných osobnostních vlastností.

Na této posudkové poradě skupinový vychovatel a přítomný učitel zhodnotí projevy dítěte v adaptačním období a předloží ke konzultaci s přítomnými odbornými pracovníky připravený zpracovaný návrh výchovných a vzdělávacích priorit, včetně doporučení osvědčených metod a konkrétních způsobů jejich dosažení. Významné je také uvedení metod a postupů, které se neosvědčily.

Na základě těchto informací, včetně informací dostupných z anamnézy a vstupního diagnostického vyšetření, se příslušný etoped za účasti dalších pedagogických pracovníků vyjádří k předloženému návrhu (potvrdí jej, doplní, nebo koriguje) a výstupem z této posudkové porady, mající charakter případové konference, je první pracovní hypotéza příčin problémů dítěte, vytvářející v základních bodech příslušnou strategii postupu, která má písemnou podobu ve formě individuálního programu rozvoje osobnosti.

(Za výběr vzdělávacích priorit a sestavení individuálního školního programu, včetně jeho realizace a kontroly, odpovídá třídní učitel a vedoucí školy. Školní problematika je souběžně řešena v rámci systému učitelských porad, jejichž výstupy jsou v potřebné míře poskytovány posudkovým poradám.)

V dalším období vychovatel (učitel) pracuje s dítětem dle individuálně stanoveného a schváleného „programu rozvoje“, který je průběžně hodnocen a v případě potřeby modifikován. Jedná se o standardní program, který je individuálně vytvářen pro každé dítě po 14-ti denní adaptační fázi pobytu a vždy na pravidelných jednáních posudkových porad, které probíhají 1x týdně, je vyhodnocována jeho úspěšnost a je dále konkretizován pro následující období.

U závažných výchovných a osobnostních problémů, projevujících se výrazným a ohrožujícím maladaptivním chováním, je nutné jasně strukturovat hlavní problém a jeho zvládnutí rozložit do řady dílčích specifických cílů, které budou pravidelně vyhodnocovány. Takto náročný individuální program, modifikující problémové chování v malých krocích a pracující s

každým jeho dílčím prvkem, bude zpracovávat, vyhodnocovat, jeho realizaci koordinovat a garantovat etoped nebo psycholog, a to většinou na základě tzv. *zakázky posudkové porady*. V takových případech, kdy na základě návrhu kteréhokoliv pedagogického pracovníka posudková porada schválí a potvrdí potřebu této odborné zakázky, určený odborný pracovník dítě začlení do individuálního výchovně terapeutického programu a pravidelně při následujících poradách informuje o dosažených výsledcích, případně podává další relevantní informace a konzultuje související okolnosti a potřebná opatření.

Průběžné záznamy o této individuální práci vede v tiskopise „*Individuální výchovně terapeutický program pomoci*“. (Je zde již podrobněji zaznamenávána práce s klientem, včetně dílčích úkolů, metod a doporučení)

Každý pedagogický pracovník se tak v potřebných případech kdykoliv může obrátit s konkrétně specifikovanými požadavky (intervence k dětem, terapeutické činnosti, tzv. „zakázky“) na psychology nebo speciální pedagogy, kteří je v rámci svého popisu práce plní a výstupy včetně doporučení pravidelně sdělují na týdenních posudkových poradách.

e) Závěrečná fáze pobytu dítěte v diagnostickém ústavu:

V závěrečné fázi diagnostického a výchovně terapeutického pobytu (cca 14 dní před jeho plánovaným ukončením) dochází v rámci jednání posudkové porady k závěrečnému konsiliárnímu vyhodnocení úspěšnosti a efektivnosti individuálních programů rozvoje osobnosti dítěte, které jsou v gesci skupinových vychovatelů a třídních učitelů.

Tým pedagogických pracovníků v tomto závěrečném období komplexně vyhodnotí charakteristiky diagnostického pobytu, tj. míru splnění etopedické zakázky a stanovených priorit, efektivitu a úspěšnost realizace individuálních programů rozvoje osobnosti (významné posouzení je ze strany příslušného etopeda, zhodnocujícího osobní znalost daného dítěte a veškeré informace poskytnuté pedagogickým týmem. Při rozhodování o následném umístění dítěte (konkrétní školské zařízení nebo rodina) má významnou úlohu stanovisko etopeda-koordinátora, který komplexně vyhodnocuje poskytnuté informace, včetně prognózy dalšího vývoje a současně disponuje znalostmi a aktuálními charakteristikami jednotlivých školských zařízeních ve spádové síti diagnostického ústavu, včetně údajů o volných kapacitách i konkrétních podmínkách. Posudková porada prostřednictvím etopeda-koordinátora pak navrhuje umístění dítěte, které schvaluje svým podpisem ředitel diagnostického ústavu. Důležitou prioritou při umísťování dětí je zachování pozitivních kontaktů s jejich rodinou (tj. hledisko dostupnosti pro rodiče) a vazeb mezi sourozenci (společné umísťování sourozenců, pokud není jejich vzájemné ovlivňování výrazně kontraproduktivní ve vztahu k výchovným potřebám a jejich oprávněným zájmům).

Na podkladě jednání posudkové porady zpracovává příslušný etoped *výstupní program rozvoje osobnosti dítěte*, se zaměřením na středně a dlouhodobou strategii postupu (tj. doplní stávající individuální program o další svá zjištění i zkušenosti jiných odborníků, interpretuje a zobecňuje poznatky).

Výstupní individuální program rozvoje osobnosti má formu *strategie řešení problémů dítěte* a je součástí *etopedického hodnocení*, které tvoří závěr celkové výstupní zprávy o dítěti (komplexní diagnostiky), předávané v přiměřeném rozsahu a formě dalším oprávněným subjektům.

f) Závěrečné etopedické hodnocení má následující strukturu (je součástí závěrečné zprávy):

Popis vstupní zakázky (údaje z anamnézy a z reedukačních priorit stanovených v individuálním programu rozvoje osobnosti na počátku diagnostického pobytu), **etopedická diagnóza**, **vyhodnocení úspěšnosti vstupní zakázky**, **strategie řešení (tj. program rozvoje**

osobnosti), prognóza dalšího vývoje ve vztahu k reálné situaci dítěte. (Podrobněji viz. kapitola „Struktura závěrečné zprávy o dítěti“)

Strategie řešení a prognóza dalšího vývoje je podstatou výstupního programu rozvoje osobnosti.

Součástí pracovních povinností etopeda-koordinátora a psychologa je po odchodu dítěte pravidelné ověřování plnění stanovených cílů osobnostního programu rozvoje, jeho potřebné modifikace a posouzení dítěte z hlediska zajišťování specifických výchovných a vzdělávacích potřeb (tj. nejméně 2x ročně).

3. Struktura závěrečné (výstupní) zprávy o dítěti

a) Údaje osobní, rodinné a sociální anamnézy (zpracovává sociální úsek, údaje zahrnují také hodnocení původní kmenové školy a aktuální zhodnocení zdravotního stavu)

b) Popis vstupní zakázky – důvod k přijetí (zpracovává sociální úsek na základě údajů anamnézy a sdělení soudu (rozhodnutí o předběžném opatření nebo ústavní výchově).

c) Výsledky komplexní diagnostiky (pedagogické, etopedické, psychologické):

c1) Hodnocení školy (garantem je vedoucí učitel)

- *Popis adaptace a chování ve škole*, prožívání školního prostředí, vztahy, role, sebepojetí, postoje, schopnost samostatné práce, motivace, akceptace režimu, aktivita, reakce na ocenění, povzbuzení nebo výtky (tj. etopedické posouzení)...

- *Hodnocení znalostí, vědomostí, dovedností* dle jednotlivých předmětů, popis procesu učení, hodnocení kognitivních procesů, schopností, zájmů, profesní orientace (zhodnocení míry úspěšnosti plnění školního vzdělávacího programu dle stanovených úkolů)

- *Doporučení* s důrazem na osobnostní charakteristiky žáka ve vztahu k specifčnosti školního prostředí a k výsledkům pedagogické diagnostiky, mající charakter edukačních priorit a osvědčených přístupů (metod)

c2) Hodnocení vychovatelů (garantem požadované úrovně obsahového i formálního zpracování je příslušný etoped).

Jde o charakteristiku chování a jednání dítěte dle rámcově zpracované osnovy na základě systematického cíleného pozorování ve výchovné skupině a při individuálních kontaktech s vychovatelem (tj. primární je pohled a zkušenosti skupinových vychovatelů).

c3) Hodnocení psychologa (závěry psychologického vyšetření) - Posouzení osobnosti a intelektu, včetně dílčích specificky psychologických doporučení vyhotovuje příslušný psycholog. Obecné závěry, stanoviska a doporučení, včetně prognózy, mající vztah k resocializačnímu programu, jsou etopedem interpretovány ve výstupním programu rozvoje osobnosti.

c4) Etopedické hodnocení: (zpracovává komplexní informace a využívá poznatků a zkušeností všech pracovníků)

- *Vstupní zakázka* (etopedický důvod k přijetí, specificky rozšířený o reedukační priority programu rozvoje osobnosti)

Jedná se o stručnou charakteristiku vstupního problému, vyplývajícího z anamnézy dítěte a předloženého důvodu k jeho přijetí, doplněného o základní reedukační priority vytvořeného individuálního programu rozvoje osobnosti.

- *Etopedická diagnóza* (komplexní kondicionální, kauzální a funkcionální model sociální narušenosti)
Vypovídá o rozsahu, stupni a typu sociální narušenosti dítěte, mající vyjádření v jeho chování. Stanovuje příčiny a analyzuje jeho projevy, včetně sociálních důsledků. (Schéma ABC)
 - *Vyhodnocení úspěšnosti vstupní zakázky*
Vyhodnocuje úspěšnost pobytu dítěte ve vztahu k vstupním charakteristikám etopedické zakázky a míře úspěšnosti plnění stanovených priorit programu rozvoje osobnosti.
 - *Strategie řešení* (program rozvoje osobnosti)
Tj. výstupní program rozvoje osobnosti dítěte, vycházející z etopedické diagnózy, zahrnující edukační priority, doporučené metody a režimové terapeutické přístupy.
 - *Prognóza dalšího vývoje ve vztahu k reálné situaci dítěte*
 - *Klasifikace dítěte ve škále a –e, dle požadavků zákona č.109/2002* (tj. míra samostatnosti dítěte při zajišťování výchovně vzdělávacích potřeb)
- d) **Rozhodnutí ředitele s jeho podpisem o dalším umístění dítěte (určení místa a termínu)**
- e) **Jména, podpisy a funkce pracovníků podílejících se na sestavení závěrečné zprávy**

4. Model interdisciplinárního překrývání oborů etopedie a psychologie (vymezení role etopeda a psychologa ve speciálním školském zařízení)

Předmět péče etopedie- rozvoj, výchova a vzdělávání dětí a mládeže sociálně narušené - má úzký vztah k psychologickým oborům:

- a) vývojové psychologii (problémy narušeného vývoje)
- b) pedagogické psychologii (vztahové normy pedagog – žák, psychologické zákonitosti procesu učení....)
- c) sociální psychologii (sociální dynamika, interakce, role, sociální začlenění, společenské skupiny....)
- d) patopsychologii (hraniční psychické procesy, stavy a vlastnosti....)

Při psychologické (klinické) diagnostice se vytváří:

- a) *psychologická diagnóza* (psychologická diagnostická klasifikace, popisující hlavní a vedlejší symptomy a projevy poruchy)
- b) *popis poškození, ke kterému porucha vede, dopady v sociálním prostředí* (péče o sebe, ve vztahu k domovu, rodině, práci) a popis současných osobnostních vlastností a způsobů zvládání stresu
- c) *popis významných souvisejících faktorů, přidružených ke klinickému stavu a ovlivňující jej* (negativní vlivy prostředí v rovině psychologické, materiální i kulturní).

Etopedická diagnostika se zaměřuje na projevy sociální narušenosti, které mohou vytvářet širokou symptomatologii v oblasti poruch chování, prožívání, přizpůsobení a vztahů, tedy zřetelně i v oblastech sledovaných v rámci psychologické diagnostiky (např. body b, c psychologické diagnostiky).

Stejně jako psychologická diagnostika je etopedická diagnostika založena na snaze o porozumění problémovému chování dítěte ve vztahu k jeho osobnostním charakteristikám, psychosociálním vlivům a vývojovému aspektu.

Rozdíly v etopedické a psychologické diagnostice vyplývají především z odlišnosti základních cílů a použitých metod.

Těžiště práce etopeda je v analýze sociální narušenosti dítěte. Důraz je kladen na sociální rozměr diagnózy, vycházející ze systémově kontextuální analýzy problému. Rozsah a typ sociální narušenosti zkoumá na základě identifikace nevhodného chování, situační a funkční analýzy, které probíhají v rámci procesu reedukace dítěte a diagnostika má tedy charakter vzestupné spirály.

Etopedická diagnóza využívá poznatky z psychologické, pedagogické i sociální diagnostiky a vytváří speciální strategii řešení sociální narušenosti na úrovni všech jejích projevů prostřednictvím speciálně pedagogických metod a postupů.

Etopedická diagnóza, která je součástí *komplexního etopedického hodnocení* (zahrnujícího vstupní zakázku, etopedickou diagnózu, vyhodnocení úspěšnosti vstupní zakázky, výstupní strategii řešení a prognózu vývoje), se prolíná s cíli psychologického vyšetření především v oblasti popisu současných výrazných osobnostních vlastností a způsobů zvládnání stresu, tedy v oblasti aktuálního hodnocení fungování dítěte v sociálním kontextu a v popisu významných souvisejících faktorů, ovlivňujících stav dítěte.

Přínosný rozdíl v rámci odlišných diagnostických postupů je především v použité metodě a vymezení základního cíle diagnostiky.

Těžiště práce psychologa je psychodiagnostika jedince s cílem popisu struktury jeho osobnosti.

Těžiště práce etopeda je v popsáních postupech tvorby etopedické diagnózy, které nemají charakter standardizovaného testování a jsou kontinuální součástí reedukčního procesu. Garantem a vedoucím pracovníkem pedagogického týmu, odpovědným za komplexní zpracování a interpretaci zjištěných údajů, včetně tvorby efektivního resocializačního programu, je ve školských speciálních zařízeních speciální pedagog - etoped.

Etopedické hodnocení ve své komplexnosti musí využívat a interpretovat výsledky psychologického vyšetření, včetně příslušné diagnózy. Psychologická diagnostika je ovšem samostatnou součástí komplexní diagnostiky dítěte a jako taková specificky přesahuje etopedické hodnocení.

Kvalitní a komplexní diagnostika dítěte, zahrnující oblast psychologické i etopedické diagnostiky, je potřebným předpokladem pro vytváření individuálních programů pomoci a odpovídající odborné péče.

5. Dodatky a doporučení k etopedickým činnostem v diagnostickém ústavu:

Individuální program rozvoje osobnosti, stanovený zákonem č. 109/2002 jako povinná součást dokumentace o dítěti, může být v podmínkách DDÚ zpracováván ve dvou modifikacích:

- a) *Standardní program*, vytvořený po (14-ti denní) adaptační době u všech přijatých dětí k diagnostickému pobytu. Jeho návrh sestavuje a předkládá ke konzultaci v rámci školní posudkové porady třídní učitel (vzdělávací priority mají formu školního vzdělávacího programu) a v rámci posudkové porady výchovného úseku skupinový vychovatel. Garantem etopedické části programu je etoped.

Program vyjadřuje edukační priority pro dané dítě a kromě stanovení základních a zřejmých dlouhodobých cílů musí být zaměřen také k specifickým dílčím úkolům, postupně zvládaným a modifikovaným v průběhu diagnostického pobytu.

- b) *Výstupní program*, obsahující strategii řešení etopedických problémů dítěte, vytvořený v závěrečné fázi pobytu dětí, sestavuje etoped. Využívá svých poznatků z diagnostické (výchovně terapeutické) činnosti i poznatků všech dalších odborných pracovníků a rozpracovává stávající standardní program na základě dostupných podkladů z hlediska střednědobé a dlouhodobé strategie. Jeho důležitou součástí je popis konkrétních metod a postupů, které se dle osobní zkušenosti pedagogických pracovníků diagnostického ústavu osvědčily, vedou k cíli a mohou je doporučit. Významnou informační hodnotu má i popis těch metod a přístupů, které se naopak ve vztahu k dítěti neosvědčily.

Závěrečná zpráva je vypracována týmem pracovníků, kteří se pod ní podepisují.

Etoped je jejím garantem, který dohlíží na dodržování její obsahové i strukturální charakteristiky a je oprávněn v tomto smyslu provádět její finální úpravu. (Změnu nebo opravu nepřesných, neodborných, neodpovídajících, emočně subjektivně zabarvených nebo zavádějících sdělení.) Významné změny nebo korekce původního obsahu jednotlivých součástí zprávy musí vždy konzultovat s příslušným pracovníkem, který ji zpracoval a odpovídá za její správnost. (Rozdílný pohled a odlišné hodnocení dítěte ze strany jednotlivých pracovníků podílejících se na sestavení zprávy nemusí znamenat její sníženou kvalitu, ale etoped by měl tyto případné rozpory ve svém hodnocení příslušně interpretovat. V tomto smyslu bývá poměrně časté odlišné hodnocení dítěte od učitele a vychovatele, neboť ve škole může mít dítě jinou roli než ve výchovné skupině a tudíž se může velmi odlišně chovat.)

Závěry psychologického vyšetření, přestože se mohou obsahově částečně překrývat se sdělením etopedické diagnostiky, by měly zůstat součástí ucelené psychologické zprávy a etoped by tyto informace měl využít (interpretovat) ve svém závěrečném sdělení.

Etopedická diagnostika je komplexní vysoce odborná činnost, kterou provádí příslušně kvalifikovaný speciální pedagog- etoped.

Etopedické hodnocení je termín, kterým v této práci vymezují především celkovou obsahovou strukturu závěrečného písemného sdělení etopeda ve výstupní zprávě o dítěti. Součástí etopedického hodnocení je tedy i etopedická diagnóza, využívající poznatků celého pedagogického týmu, včetně psychologů.

Etopedické hodnocení tedy obsahuje etopedickou diagnózu, k čemuž využívá, interpretuje a zpracovává údaje zjištěné také z psychologického vyšetření. (Ovšem vymezení a chápání rozdílů mezi pojmy etopedické hodnocení, etopedická diagnostika a etopedické posouzení považují za věc konsensu v rámci dohodnuté terminologie)

Etopedické posouzení v této práci zachycuje pouze dílčí aspekty etopedické diagnostiky nebo etopedického hodnocení a je nedílnou součástí práce všech pedagogů.

Doporučení ve vztahu k struktuře a obsahu práce etopedů:

Etoped (speciální pedagog) si rozsah své přímé pedagogické práce s dětmi může dílčím způsobem plnit v rámci frontální skupinové práce (tj. práce s celou výchovnou skupinou), částečně s výběrovou skupinou a individuální činností s dítětem. Obsah jeho práce musí odpovídat kvalifikačnímu zařazení. V případě přímé pedagogické činnosti se bude jednat o odborné činnosti, směřované k „etopedické zakázce“ a procesu etopedické diagnostiky.

Podíl a strukturu jednotlivých činností určuje jeho nadřízený ve shodě s aktuálními potřebami organizace. Součástí pracovních povinností etopeda je obsahová kontrola a garance struktury výstupních závěrečných zpráv o dětech a kompletování příslušných výstupních individuálních programů rozvoje osobnosti.

Platí obecné pravidlo, že veškerá přímá práce pedagogických pracovníků je písemně průkazným způsobem dokladována.

6. Problematika úkolů, možností a metod práce etopeda ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy:

Odborné činnosti etopeda jsou vymezeny nejen obecně definovaným předmětem péče etopedie, ale z praktického hlediska také možnostmi, podmínkami a kompetencemi konkrétních školských zařízení ve vztahu k charakteristikám umísťovaných dětí.

Z hlediska současné praxe je vhodné si připomenout, že *původní vymezení předmětu péče etopedie, mající svůj název odvozen od slova éthos, tedy mrav, byla edukace a reedukace dětí mravně narušených, tedy dětí, jejichž problémy byly charakterizovány narušeným vztahem k mravním hodnotám, k morálce.* Toto vymezení bylo evidentně užší a více *korespondovalo s výchovně podmíněnými poruchami chování* než současné vymezení etopedie v praxi, vztahující se obecně k projevům sociální narušenosti, neboť ta v sobě obsahuje příliš širokou škálu nežádoucích projevů, odchylek a poruch zcela odlišné etiologie, neodpovídající vždy možnostem a zákonnému vymezení školských zařízení. Školská „etopedická“ zařízení v současnosti musí poskytovat péči i dětem mentálně retardovaným, autistickým, sluchově postiženým nebo drogově závislým, kdy jejich deficity socializace se symptomatickými poruchami chování, přizpůsobení a vztahů, zcela jistě není možné obecně označit za následek výchovného zanedbání a související mravní narušenosti. Stejně problematická je péče o děti, jejichž patologická agresivita, impulzivita a emoční labilita je podmíněna organickým defektem CNS. Pokud by bylo respektováno původní vymezení předmětu péče etopedie, kdy primární příčinou poruchy je narušený vztah k hodnotovému systému a k výchově, *do etopedické péče by měli být přijímáni pouze takoví jedinci, kteří jsou za své chování a jednání plně zodpovědní, což předpokládá schopnost rozumového posouzení správnosti a nesprávnosti jednání, včetně zachované schopnosti ovládnutí a kontroly svého chování.*

Spory o tom, která péče je primární, jakou roli hrají psychosociální faktory- tedy příkladně výchovná zanedbanost a kdo má tedy odbornou péči prioritně poskytovat, je často zavádějící, neboť evidentně u dětí se závažnými poruchami chování často dochází ke sčítání a prolínání organických, konstitučních i výchovných vlivů. Navíc je dnes již zřejmé, že dlouhodobé negativní vlivy prostředí přetvářejí mozek i na neurobiologické úrovni, což často znemožňuje exaktní stanovení primární příčiny, vedoucí k poruše.

Současně se nabízí otázka, co jsou ještě pedagogické prostředky, které patří do oblasti školství a kdy se již zřejmě jedná o prostředky a metody patřící do gesce jiných rezortů. Přestože určitě nikdy nepůjde o jasnou dělicí čáru a jednoznačné diferencující hledisko, určitým kritériem může být poměr možnosti aplikace konstruktivních metod, zaměřených na tvorbu alternativního a více adaptabilního chování, a nutnosti využívání restriktivních metod, opírajících se o medikamentózní nebo fyzické a materiálně technické prostředky, zaměřené na eliminaci problémového chování a ochranu před jeho destruktivními následky. (Dle potřeby aplikace těchto metod, přístupů a programů je možné diferencovat ústavy a domovy v rámci tvorby specifických standardů kvality.)

Ve vztahu k oprávněným zájmům a potřebám dětí je nutné realizovat požadavek komplexní multidimenzionální péče, přesahující základní vymezení péče poskytované institucemi jednotlivých rezortů. (Tak jako v nemocnicích působí pedagogové, je nutné, aby speciální školská zařízení rezidenčního typu mohla poskytovat odborné služby patřící do gesce rezortu zdravotnictví, zahrnující například práci dětského psychiatra, adiktologa, zdravotní sestry..)

Na děti v ústavech je nutno pohlížet jako na ohrožené děti, neboť jejich častá deprivace základních psychických potřeb, přítomnost emočních deficitů a často traumatických životních zkušeností, jsou vysoce rizikové ve vztahu k rozvoji závažných poruch chování a osobnosti, projevujících se ve všech zátěžových situacích, které snadno mohou získat parametry krize. Typické pro ústavní děti bývá špatný odhad na nebezpečné situace (fyzické i sociální), které je mohou tělesně, psychicky i sociálně výrazně poškozovat. (U traumatizovaných dětí dosahují patologické modely chování až intenzity závislosti – př. děti sexuálně zneužívané vykazují rizikové sexuální chování a rizikové vztahy, děti fyzicky týrané se často dopouštějí fyzické agrese a agresivních střetů.)

Proto je v rámci procesu jejich rehabilitace nutné vytvořit bezpečný prostor, který bude na jedné straně vytyčovat pevné hranice a plnit výchovný požadavek stanovení limitu, ale v jeho rámci je nutné nabídnout pomoc, podporu a vztah. Potřeba limitu a vztahu je nejčastějším deficitem problémových ústavních dětí a odpovídá modelu rozvoje nesocializovaných poruch chování, kdy agrese a násilí jsou výsledkem jak deviantní socializace, tak i nedostatečné sociální kontroly (formální i neformální). Ústavní výchova disponuje určitým výchovným a režimovým systémem, v rámci kterého vytyčuje pravidla a potřebné normy, které ovšem mnohé výchovně zanedbané děti subjektivně vnímají jako frustrující a mají tendence z něj unikát. Proto platí, že výchovná absence režimově pevných hranic často neumožňuje ani následné vytvoření terapeutického vztahu. (Problematika vysokého počtu úteků, včetně relativně nového trendu krátkodobých a opakovaných úteků, je dostatečně známá.) Otevřenost školských ústavů a domovů odpovídá základní filosofii pomoci, nikoliv trestu, ale je současně limitující pro charakteristiky umísťovaných dětí.

Tyto skutečnosti je nutné zahrnout do vytvářených specifických programů, které musí obsahovat kvalitní a komplexní posouzení každého jedince ve vztahu k možnostem daného zařízení, musí být cílené dle věkových charakteristik i prioritních osobnostních problémů, přiměřeně direktivní a dostatečně strukturované s vysokou integritou „léčby“.

Důležitým parametrem těchto programů i komplexního diagnostického procesu je monitorování, popis a analýza chování dítěte v nejrůznějších volných i řízených situacích, včetně jeho diagnostiky v zátěžových programech. V tomto smyslu je možné se často setkat s chybným postojem některých pedagogů, kteří považují za hlavní kritérium úspěšnosti své práce oblibu mezi dětmi a schopnost vyhýbání se a přecházení všem problémům a názorovým střetům. Výsledkem sice bývá větší klid a pohoda u svěřené skupiny dětí, ale často vykoupená rezignací na důsledné vyžadování a uplatňování režimových a výchovných opatření, absence přiměřeně náročných výchovných požadavků a programů, včetně vyvažování práv a povinností, tedy obecně nedostatky nejen v oblasti resocializace, ale také v související diagnostice. Na druhé straně je možné zaznamenat opačně extrémně polarizované postoje a názory pedagogů, kteří v zájmu potřebné direktivity a hodnotné diagnostiky, jednají s dětmi velmi autoritativně a necitlivě, bez potřebné empatie do jejich aktuálních citových stavů a tedy bez možnosti vytvoření pozitivního výchovně terapeutického vztahu. Výsledkem bývá nejen vypjaté emoční klima, ale také prudké konflikty, které občas dosahují až hranic fyzického střetu, doprovázené pocity vzdoru, vzteku až nenávisti. V obou popsáních případech nemůže být individuální resocializační program úspěšně realizován, ani hodnocení a diagnostika dítěte není objektivní. Pro pedagogickou práci vždy musí platit, že není možné zaměňovat prostředky a cíle. Tedy ani diagnostika není cílem, k jehož dosažení je možné mechanicky a necitlivě aplikovat předem zvolené metody, ale je pouze prostředkem k jeho dosažení.

XI. MOŽNÁ KRITÉRIA HODNOCENÍ PROJEVŮ SOCIÁLNÍ NARUŠENOSTI:

1. Problematika terminologického a definičního vymezení:

Sociální naušnost je v etopedii základním diagnostickým příznakem, jehož primární příčinou jsou výchovně podmíněné nedostatky, projevující se v podobě odchylek a poruch chování, emocí, sociálních vztahů a přizpůsobení. Výchovně podmíněné problémy vysoce korelují s vývojem morálky daného jedince (s dosaženým stupněm morálního vývoje), včetně jeho akceptace morálních norem a hodnot.

Je zřejmé, že každé definiční vymezení naráží na související otázku základní použité terminologie, která nejen že zákonitě prochází vývojem, ale je poplatná různým autorům i různým pohledům na danou problematiku.

Proto i jednotné a jasné definování etopedických problémů stěžuje problematika *stanovení a chápání norem* (statistických, normativních- sociálních, subjektivních), včetně faktoru posouzení negativního vlivu na okolí.

Pokud *etopedie zkoumá sociální naušnost z pohledu výchovně podmíněných poruch a odchylek v oblasti chování, jejichž četnost, rozsah a intenzita nabyla sociální dimenze*, nutně se musí zabývat také *problémy subjektivity posuzování*, obtížemi v měření projevů, jejich širokou škálou a proměnlivostí, včetně určení *hranice mezi širší normou a abnormalitou (patologií)*.

Lze konstatovat, že každé posuzování projevů jedince je vždy ovlivněno osobnostní posuzovatele, aktuálně platnými a akceptovanými sociokulturními normami a požadovanými standardy, včetně sociálním kontextem životní situace daného jedince.

Protože je terminologické i definiční vymezení hodnoceného jevu vždy ovlivněno také účelem zkoumání (odlišné pohledy různých vědních oborů), je prospěšné v oblasti speciálního školství (etopedie) pro potřeby dobré praxe nejen specificky definičně a terminologicky vymezit předmět péče, ale také se snažit současně překonat oborové hranice a využít (zakomponovat) do etopedického zkoumání i jiné pohledy, včetně akceptování širšího pojmového a terminologického vymezení. Typickou ukázkou může být medicínské hledisko klasifikace poruch chování a emocí, jehož účelem je identifikace poruchy pro následné uplatnění léčebných postupů. Přestože tato klasifikace používá jiná kritéria a jiné kategorie pro vymezení poruch, které apriori neznamenají indikaci speciálních potřeb dítěte z pohledu speciálně pedagogického, je nutné k této lékařské klasifikaci přihlídnout i v rámci etopedického hodnocení, neboť je významná pro edukaci dítěte a musí být zohledněna v rámci individuálního přístupu.

Proto v následující části je prospěšné kromě etopedického pohledu uvést příklady některých odlišných užívaných hledisek při posuzování a třídění poruch chování a emocí, majících důsledky v oblasti narušené socializace.

V rámci etopedie jsou důsledky poruchy (odchyly) v oblasti sociálních vztahů základním kritériem pro diagnostiku. Proto také cíl etopedického působení se vztahuje k sociální dimenzi života jedince, tedy k jeho rehabilitaci (tj. návratná péče s cílem „uschopnění“ na základě úpravy společenských vztahů). Pokud budeme považovat optimalizaci životních perspektiv za hlavní cíl etopedie, lze jej dosáhnout prostřednictvím dílčích cílů, které spočívají v odstranění sociálně nepřijatelného trendu v chování jedince a omezení znevýhodnění a rizik ve smyslu společenského začlenění. Etopedická diagnostika je východiskem a nezbytnou podmínkou účinnosti rehabilitačního procesu.

K určení a popisu rozsahu nebo stupně sociální narušenosti mohou být použita nejrůznější hlediska a kritéria, kdy může být důraz kladen na etiologii poruchy, popis symptomů, vývojové hledisko, osobnostní charakteristiky, nebo na stupeň společenské nebezpečnosti a míry narušení socializace. Problémy dítěte je možné také popsat na základě škálového popisu

společenského uplatnění, vyjadřující míru socializace v úrovních možné *integrace, adaptace, utility a inferiority*, nebo mohou být využita jednotlivá kritéria pro zařazování dětí do skupin dle míry jejich samostatnosti při zajišťování specifických výchovně vzdělávacích potřeb dle Zákona 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních (*samostatné přiměřeně věku, samostatné vyžadující občasnou kontrolu, vyžadující občasně vedení a stálou kontrolu, nesamostatné vyžadující stálé vedení i stálou kontrolu, vyžadující soustavnou intenzivní individuální péči*).

Poruchy chování a emoci bývají nejčastějším a nejlépe sledovatelným projevem sociální narušenosti, proto lze k popisu problémů použít i základní diagnostická kritéria a charakteristiky těchto poruch v rámci standardizované zdravotnické klasifikace. (Její výhodou je vyšší míra validity při hodnocení poruchy, než tomu je v pedagogickém/etopedickém pojetí.) Významné je tedy nejen hledisko socializace (socializované a nesocializované poruchy chování), ale také prognózy vývoje (poruchy chování se špatnou a dobrou prognózou), doby vzniku (ranný nebo pozdní začátek poruchy), případně přidružené emocionality a agresivity (emocionálně reaktivní nebo proaktivní instrumentální agrese). Při diagnostice symptomů je nutné sledovat jejich *četnost, intenzitu a délku trvání*. (Syndrom poruch chování je obsažen také u jiných diagnóz, například u poruch přizpůsobení, poruch sociálních vztahů nebo u hyperkinetické poruchy chování, což je vzhledem k léčbě a užití adekvátních metod nutno diferenciatně odlišit.)

Poruchy chování v rámci speciálně pedagogického – etopedického hlediska zahrnují všechny nežádoucí odlišnosti, odchylky a projevy chování nejrůznější intenzity, délky i četnosti, které jsou výchovně podmíněné a mají vztah k narušeným mravním hodnotám a morálnímu vývoji.

Nejčastěji tradičně používaná etopedická kritéria rozlišují problémy v chování (dle Vocilky)

- a) *podle stupně společenské nebezpečnosti* (disociální, asociální, antisociální chování)
- b) *dle věku* (předškolní- mladší- střední školní věk, puberta, adolescence)
- c) *dle převládající složky osobnosti* (neurotické rysy, psychopatické rysy, sociální nepřizpůsobivost, snížené rozumové schopnosti)
- d) *poruchy chování na základě syndromu ADHD*

Každý z těchto vyčleněných okruhů poruch zdůrazňuje specifické charakteristiky vztahující se k zvoleným kritériím, které opět vyžadují specifický speciálně pedagogický přístup a odpovídající metody pro jejich úpravu.

Pro přesnější a citlivější hodnocení projevů problémového chování dětí lze využít v rámci speciálních metod například standardizované škálové dotazníky Antonína Mezery (Psychodiagnostika s.r.o. Brno, 1999), tj. škálový dotazník školního chování a škálový dotazník rizikového chování žáka.

Komplexní etopedické hodnocení by mělo obsahovat všechna kritéria charakterizující problém, tedy nejen jeho *konkrétní popis*, ale také *analýzu příčin a důsledků*.

Z etopedického hlediska základní, nejpřesnější a nejlépe prakticky využitelnou metodou hodnocení je *komplexní diagnostika projevů sociální narušenosti*, kdy na základě *funkční analýzy* je sestaven *individuální program rozvoje osobnosti dítěte* s reedukačními prioritami a cíly. Po jeho ověření je vypracována *etopedická diagnóza*, která již konkrétně formuluje základní problém a faktory související.

Proces etopedické diagnostiky v sobě tedy zahrnuje relativně přesné a objektivní vyhodnocení úspěšnosti plnění vstupní etopedické zakázky a stanovených reedukačních priorit, kdy výstupem je *etopedická diagnóza* a z ní vycházející *strategie řešení problému*.

Strategie řešení musí obsahovat účinný motivační program, metody zaměřené na vytváření náhledu dítěte na problém a následně metody cílené na posílení osobnostních kompetencí a vytvoření dovedností zvládat náročné situace, řešit problémy a odolávat stresu.

Z hlediska etopedického hodnocení sociální narušenosti je významné využívat takový soubor kritérií a hledisek, které dokáží nejen srozumitelně popsat problém, ale především zdůraznit jeho etiologii a vývojový aspekt. Z těchto důvodů je užitečné stručně zmínit některá důležitá kritéria, včetně kritérií využívaných v rámci zdravotnické klasifikace psychických poruch a nemocí.

2. Významná kritéria a přístupy pro hodnocení problémového chování a pro užití specifických metod péče:

2.1. Problémové chování v pedagogickém kontextu (Vojtová):

(existující definice zdůrazňují především vztah ke školnímu prostředí, pedagogickým cílům a školnímu výkonu)

- Jde o takové projevy chování, které nerespektují ustálené společenské normy.
- Chování, které se liší od odpovídajících věkových, kulturních nebo etnických norem a má negativní vliv na školní výkon, se považuje za poruchové chování.
- Nevhodné chování v kontextu školního prostředí a pedagogických cílů lze dle závažnosti projevů vztahujících se k jeho motivaci, časové dimenzi, intenzitě a odpovídajícímu typu nápravných opatření rozlišit na *problémové chování* (dítě má snahu o zlepšení, jeho problémy v chování jsou přechodné, krátkodobé, řešitelné pedagogickými opatřeními v rámci třídy, skupiny, v daném prostředí) a *poruchové chování* (nemá motivaci ke zlepšení, normy nepřijímá, nepociťuje vinu, problémy jsou dlouhodobé a náprava vyžaduje speciální péči).

2.2. Sociální klasifikace poruch chování (využívaná v rámci speciální pedagogiky, kdy kritérium poruchy jsou stupně závažnosti porušování společenských norem a hodnot)

Míru sociální narušenosti, související s problémovým chováním a s porušováním společenských norem lze charakterizovat na úrovni:

- a) *disociálního chování* (tj. nespolečenské chování, projevující se méně závažnými odchylkami od společenských hodnot a drobným porušováním norem, převážně přechodného rázu)
- b) *asociálního chování* (tj. chování, které je v rozporu se společenskou morálkou, s výrazným porušováním hodnot a norem, převážně již setrvalého charakteru)
- c) *antisociálního chování* (tj. protispolečenské chování, projevující se ničivostí ve vztahu k normám a hodnotám, které svou mírou překračuje právní předpisy a porušuje zákony).

2.3. Poruchy chování ve zdravotnickém kontextu a dle kritérií MKN 10:

Z hlediska zdravotnické klasifikace jsou poruchy chování u dětí definovány jako *opakující se a trvalý (nejméně 6 měsíců) vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte.*

Z podstaty definice vyplývá, že za poruchu chování v tomto smyslu nelze považovat takový projev nebo projevy chování, které jsou krátkodobé, nestabilizované, nebo vyplývají z dětské nezralosti (impulzivní projevy, reaktivní stavy, afektogenní poruchy). *Důležité je posuzovací hledisko norem a zralosti dítěte, neboť dle těchto*

kritérií se o poruchu chování nejedná, pokud jedinec nedodrží sociální normy platné v dané společnosti z důvodů neschopnosti pochopit jejich význam (př. mentálně retardované nebo autistické dítě ...- porucha chování je zde symptomem jiné poruchy). Takové vymezení poruchy odpovídá také etopedickému vnímání problémového chování, neboť do etopedické péče by se měli dostávat jedinci, kteří jsou schopni rozumově posoudit nesprávnost svého jednání (tedy pochopit podstatu požadovaných norem).

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí jsou poruchy chování rozděleny dle různých třídících kritérií (dle prostředí výskytu, míry socializace a vývojového období) následujícím způsobem:

a) porucha chování ve vztahu k rodině (může naplňovat všechny příznaky poruch chování, včetně destrukce, agrese, násilí a porušování práv jiných, ale příznaky jsou směřovány na domácí prostředí, vůči členům rodiny – často bývá výrazně narušený vztah s jedním rodičem)

b) nesocializovaná porucha chování (může naplňovat všechny příznaky poruch chování, včetně těch nejzávažnějších, ale určujícím znakem je výrazně narušená socializace, projevující se špatným zapojením jedince mezi vrstevníky, kde bývá neoblíben, odmítán, bez bližších důvěrných vztahů, včetně vztahů k dospělým – projevy jsou patrné ve škole i v jiných prostředích)

c) socializovaná porucha chování (může naplňovat všechny příznaky poruch chování, včetně asociálních projevů, ale určujícím znakem je schopnost jedince navazovat „trvalé“ přátelství s vrstevníky)

d) porucha opozičního vzdoru (výrazně vzdorovitě, neposlušné a provokativní chování, ale bez vážnějších antisociálních projevů, bez závažné agrese a porušování práv jiných, s typickým časným výskytem mezi 6-10 lety, které je doprovázeno podrážděností, přecitlivělostí, nízkou frustrační tolerancí, s nejčastějšími projevy ve vztahu k blízkým dospělým a známým vrstevníkům)

2.3.1. Poruchy chování dle prognózy dalšího vývoje:

a) poruchy s dobrou prognózou (mezi ně patří Porucha chování ve vztahu k rodině, Socializovaná porucha chování)

b) poruchy se špatnou prognózou (mezi ně patří Porucha opozičního vzdoru, Nesocializovaná porucha chování)

Mezi prediktory špatné prognózy vývoje, jejichž přítomnost naznačuje významné riziko pro kontinuitu vývoje směrem k poruše osobnosti, patří projevy poruchy již v útlém věku, špatné vztahy k vrstevníkům, vzorce chování neměnicí se změnou prostředí, poruchy pozornosti, impulzivita a hyperaktivita, nebo dysfunkční rodina. Již v předškolním věku lze považovat za zvýšené riziko kombinaci vysoké impulzivity, snížené míry úzkostnosti a nedostatečnou zpětnou vazbu na psychologickou odměnu.

2.3.2. Poruchy chování dle vývojového aspektu (faktor zralosti dítěte, faktor časového vývoje poruchy):

Pro diagnostiku dětí s poruchami chování je významné posouzení jejich psychické zralosti, která souvisí s fyzickým i s mentálním věkem a má vztah k *motivaci přestupků*. Důležitou součástí diagnostiky je také vyhodnocení *vývojové cesty vedoucí k poruchám chování*.

a) Motivace může být vědomá, srozumitelná a zřejmá (dosažení prospěchu, vyhnutí se nepříjemnostem), nebo nevědomá, mající charakter kompenzace psychických potřeb (hledání náhradního uspokojení, behaviorální projevy úzkostných stavů).

Přestupky a projevy poruchy je nutné vždy vztahovat k těmto charakteristikám, které jsou základním parametrem pro hodnocení jejich závažnosti. (př. Významnost krádeží, lhaní a násilností narůstá s věkem dítěte, ale záškoláctví nebo útěky z domova signalizují tím závažnější situaci, čím mladší dítě se jich dopouští.) Závažný typ sociální narušenosti, projevující se protispolečenským jednáním a porušováním norem, obecně označovaný jako delikventní chování, má také své charakteristické rysy ve vztahu k věkové skupině pachatelů. Mezi typické *znaky dětské delikvence* patří skupinovitost, nízký stupeň připravenosti, promyšlenosti a systematickosti. Naopak jejich chování často vykazuje vysokou míru spontánnosti až impulzivity. *Delikvence mladistvých pachatelů* již má instrumentální charakter účelně zaměřeného chování, které se blíží svou povahou kriminalitě dospělých, zahrnující výtržnictví, loupeže, rasově motivované násilí, patologické chování v důsledku závislosti, nebo systematické promyšlené podvodné jednání.

b) Pro diagnostiku poruchy je významné odlišení, zda se jedná o její *vývoj s časným začátkem* (př. opoziční chování předškolního věku), nebo zda jde o tzv. *cestu s pozdním začátkem* (příznaky se objeví až v dospívání, což je prognosticky příznivější).

2.3.3. **Poruchy chování dle etiologie**

Z hlediska etiologické podmíněnosti vzniku lze rozlišovat příkladně poruchy na symptomatické, výchovně podmíněné nebo vývojové, nebo lze vyčlenit faktory biologické, psychologické a sociokulturní.

Z hlediska příčin vzniku poruchy a souvisejících metod nápravy je velmi významné rozlišení, zda se jedná o *symptomatickou poruchu chování*, vzniklou na základě jiného typu postižení, kdy projevy poruchy jsou součástí jiného syndromu (př.: hyperkinetické poruchy, pervazivní vývojové poruchy, deprese, neurózy, mentální retardace, schizofrenie..) nebo zda jde o *výchovně podmíněnou poruchu*, případně *vývojovou poruchu chování* (př.: typické projevy pro období vzrodu nebo puberty).

Etiologie poruch chování zahrnuje *biologické, psychologické i sociokulturní faktory*, které se podílejí na jejím rozvoji v rámci vývoje jedince v různých obdobích různou měrou.

Na *biologické úrovni* jde o vliv genetických dispozic, projevujících se především na úrovni temperamentu a majících vztah k odchýlné funkci autonomního nervového systému (odlišná reaktivita a vyváženost sympatického a parasympatického vegetativního systému) a k abnormalitám aktivity neurotransmiterového systému. Na této úrovni může jít o organické poškození nebo oslabení CNS, projevující se typickou emoční labilitou, impulzivitou a nedostatečnou seberegulací.

V rámci *psychosociálních faktorů* je vliv rodiny zcela primární v ranných etapách vývoje a s narůstajícím věkem dítěte klesá (výrazný pokles po 11. roce života) ve prospěch zesílení vlivu širšího prostředí, především školy a následně vrstevnické skupiny. Z psychologických faktorů je výrazným rizikem deprivace prostředí, prožité trauma, kognitivní deficity, hyperaktivita, nebo také jazyková bariéra. Dle etiologie lze vymezit *poruchy chování psychologicky podmíněné*, které v případech citové deprivace mívají nevědomou motivaci *hledání náhradního uspokojení* (př.: *vyjádření potřeby pozornosti nebo uznání*, mohou mít i výchovně zatěžující podobu *sociální provokace a negace*), nebo mohou být v případech akutní tíživé situace a v úzkostných stavech vyjádřené formou *volání o pomoc*, s možnými projevy paniky. V těchto případech dítě neumí své chování vysvětlit a disociální činy nejsou vědomě směřovány k uspokojení jeho potřeb. Typickým znakem bývá emoční nezralost a zvýšená míra úzkosti. Tím se etiologicky tyto projevy liší od *poruch chování na bázi*

disharmonického vývoje osobnosti, kdy bývá průvodním jevem snížená schopnost navazovat blízké osobní vztahy, citová plochost, impulzivita a motivace zaměřená na okamžité uspokojování vnímaných potřeb. Zvýšená úzkost u tohoto typu poruchy nebývá přítomná.

Etiologicky samostatně vyčleněnou kategorií mohou tvořit tzv. *rodinně podmíněné poruchy chování*, kdy si dítě od rodičů osvojuje patologický vzorec chování (rodinný delikventní kulturní vzorec), nebo získává funkci „obětního beránka v rodině“, kdy neschopnost rodiny otevřeně komunikovat a řešit své problémy jsou sváděny na chování a vlastnosti dítěte, což přináší na jeho úkor rodině zisk v udržení křehké rovnováhy.

Sumarizace – možná třídící hlediska dle etiologie poruchy:

I.

- 1. Symptomatické poruchy*
- 2. Výchovně podmíněné poruchy*
- 3. Vývojové poruchy*

II.

1. Biologické faktory

2. Psychologické faktory

a) hledání náhradního uspokojení (př.: potřeba pozornosti, uznání, možná forma sociální provokace, často nevědomá motivace)

b) typ volání o pomoc

c) typ disharmonického vývoje osobnosti (výrazné deficity v oblasti emotivity, sociability)

3. Sociokulturní faktory (faktor modelu rodinné komunikace – „rodinně podmíněné poruchy chování“, faktor vrstevnické skupiny, etnická specifika...)

2.3.4. Poruchy chování dle druhu a míry agrese (dle reaktivity a emocionality, dle motivace, dle domén v agresivním chování):

Z diagnostického hlediska bývá často obtížné určit míru a druh agrese, která již dosahuje parametrů agrese patologické. V širším pojetí je možné do pojmu agrese zahrnout jak chování zaměřené k dosažení vytyčeného cíle bez použití destruktivních, sociálně patologických metod - tj. *agresi sociálně konstruktivní, pozitivní*, tak i *agresi sociálně destruktivní*, tzn. společensky neakceptovanou, která ovšem může být dle svého charakteru (mechanismu vzniku, výbavnosti, dynamiky, intenzity, spouštěčů, rozsahu, četnosti..) vyjádřena na *patologické* nebo *nepatologické úrovni*. (Na nepatologické úrovni je agrese druhem destruktivního chování vyplývajícího z koincidence zátěžové situace a aktuálních osobnostních dispozic, na patologické úrovni jde o destruktivní chování vyplývající primárně z osobnostní patologie, kdy situační vlivy mají pouze roli aktuálních spouštěčů se zástupnou funkcí, často s charakterem vědomé či nevědomé záminky k danému chování.)

Existuje více hledisek pro dělení agrese. Jedním z nich může být dělení na *agresi reaktivní* nebo *proaktivní*.

a) agrese reaktivní (impulzivní nepromyšlená reakce, s typickou vysokou emocionální vzrušivostí, zúžením vědomí, sníženou racionální kontrolou a schopností

sebeovládání, kdy spouštěčem bývá vztek, pocit ohrožení, zesměšnění, stud nebo frustrace)

b) agrese proaktivní (má instrumentální charakter účelně zaměřeného chování s racionálním ujasněním prostředků a cílů – s kalkulací zisků a rizik-ztrát, s typicky nízkou emocionální angažovaností, která bývá zvýšená až sekundárně při odporu oběti)

Z etopedického hlediska je zcela zásadní odlišení obou typů agrese, včetně citlivé diferenciaci možných smíšených typů (asociální jednání doprovázené vysokou impulzivitou nebo afektivní agrese s demonstračním kontextem), neboť strategie řešení a příslušné prostředky nápravy jsou odlišné. Obecně lze stanovit, že u reaktivního typu agrese je základním řešením prevence tohoto chování, spočívající v předcházení a zmírňování intenzity stimulů zvyšujících excitaci, znalost a vnímání potenciačních spouštěčů, sledování symptomů, předvídání rizikových situací, bránění kumulaci negativních prožitků změnou situace (činnosti, prostředí, osob), odreagováním a emočním přeladěním. Lze uplatnit některé přístupy krizové intervence.

U proaktivního typu instrumentální agrese je základním řešením nepřipustit naplnění očekávaného, tedy kalkulovaného zisku agresora, nebo jej znehodnotit vysokou ztrátou, tj. nepříjemným důsledkem jeho agrese. Na základě vlastní i zprostředkované zkušenosti musí agresor získat pocit, že agrese se nevyplácí a není výhodným řešením vedoucím k cíli. I v případě sekundárně generovaného afektivního projevu není vhodné pro jeho zvládnutí využívat přístupy krizové intervence (tj. princip empatického reagování, provázení, potvrzování, strukturování a následné normalizace), neboť agresor není osobou v krizi, u zdroje jeho agrese není pocit ohrožení ani bezmoci a tento postup by mohl kontraproduktivně utvrzovat jeho egoistické postoje.)

2.3.5. Dělení agrese dle domén v agresivním chování (impulzivita, afektivní instabilita, úzkost, kognitivní dezorganizace, predátorská agrese)

- *impulzivní agresivita* (neschopnost odolat impulzu, vedoucí k neplánované reakci na vnitřní nebo zevní podnět)
- *afektivní agresivita* (afektivní instabilita, projevující se prudkou změnou emočního stavu s následnou přehnanou reakcí na negativní a frustrující podněty)
- *úzkostná agresivita* (je výsledkem úzkosti spojené s nadměrným napětím, kdy agresivní projev je nevědomě směřován ke snížení excitace a následné úlevě – tj. má katarzní účinek)
- *agresivita z kognitivní dezorganizace* (spouštěčem agresivního chování je narušení kognitivního procesu – vnímání, myšlení a interpretování událostí)
- *predátorská agrese* (zdrojem je narušený hodnotový systém, vedoucí k racionální kalkulaci k dosažení cíle pomocí agrese, bez výčitek svědomí a emocionálního doprovodu, typická pro poruchy chování asociálního charakteru)

2.3.6. Základní symptomy poruch chování:

Poruchy chování komplexně negativně ovlivňují schopnost sociálního uplatnění jak na rovní školní úspěšnosti, tak i v oblasti profesní a osobní realizace. Mezi jejich základní symptomy patří *agrese, zahrnující následující typy chování:*

- a) *agrese k lidem a zvířatům* (všechny druhy slovní i fyzické agrese, včetně šikany a násilné manipulace)

- b) destrukce majetku a vlastnictví
- c) nepoctivost nebo krádeže (lhaní, podvody, krádeže, vloupání)
- d) násilné porušování pravidel (útěky, záškoláctví – bez přítomnosti úzkosti)

2.3.7. *Protektivní faktory a náprava poruch chování:*

Jako významné protektivní faktory na psychosociální úrovni lze identifikovat dobrý vztah s rodiči a pozitivní rodinné klima, pravidelnou docházku do školy, přátele s prosociálními zájmy a aktivní zapojení do mimoškolních činností.

Při nápravě je nutné aplikovat interdisciplinární přístup, zahrnující pedagogickou, terapeutickou, režimovou i zdravotní péči, včetně sociálních služeb.

Pro výchovnou a terapeutickou práci s agresivními jedinci a pro použití vhodných metod je důležité diferenciatně etiologické rozlišení nositelů agresivního chování s důrazem především na odlišné motivace jejich agresivních projevů. Jako schematický deskriptivní model může sloužit následující Čermákova typologie agresorů.

2.4. **Typologie agresorů dle motivace agresivního jednání (dle Čermáka):**

- *agresori posilující svůj sebeobraz* (agrese je formou kompenzace snížené úrovně sebeúcty a deficitu vlastní hodnoty)
- *agresori nastavení na sebeobranu* (agrese je kompenzací deficitu sebepojetí, mající příčinu v úzkosti, obavách, nejistotě a strachu, s agresivně preventivním způsobem řešení problémů)
- *agresori bránící svou pověst, potvrzující svou roli* (agresi a násilí jim předepisuje jejich sociální role, která má podstatu v patologické socializaci – tj. následek nevhodného sociálního učení)
- *agresori shovívaví k sobě* (agrese je habituálně založeným projevem na bázi emoční plochosti, egoismu a manipulativních tendencí – jsou zvyklí dosahovat cílů pomocí agrese)
- *agresori mající potěšení z násilí* (agrese je projevem psychopatického vývoje osobnosti s impulzivní tendencí k agresivnímu násilnému chování, s absencí empatie, svědomí a schopnosti vytváření sociálních vazeb.

(Poslední dvě kategorie jsou terapeuticky a prognosticky nejrizikovější, v pozdějším věku je dílčí změna možná spíše na úrovni účelového přizpůsobení v důsledku režimových opatření a korektivní zkušenosti.)

3. **Závěrečné shrnutí a doplnění tématu problémového chování:**

Značným nedostatkem při hodnocení a klasifikaci problémového chování je *terminologická a definiční nejednotnost*, projevující se nejen v rámci přístupů různých vědních oborů nebo rezortů, ale také v rámci nejednotného vymezení samotného předmětu péče etopedie. Terminologická šíře a definiční variabilita, kdy *pro označení stejného problému jsou užívány různé termíny* (porucha, problém, postižení, handicap, defekt, nedostatek..), nebo *stejný termín označuje různé kategorie problémů* (porucha chování v pedagogickém, etopedickém, nebo zdravotnickém kontextu), je způsobena nejen *rozdílným zadáním a účelem jednotlivých definic*, vyplývajících z *rozdílných koncepčních modelů* (teorie vzniku problému, jeho interpretace a metody nápravy), ale také z *nejednotně používaných*

zahraniční terminologie, nebo z různé akcentace společenského vývoje, zdůrazňujícího nestigmatizující „soft přístupy“ v používané odborné terminologii.

Určitým řešením, umožňujícím překonání terminologických rozdílů, zlepšení komunikace mezi jednotlivými uživateli a profesemi, nabízí **Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)**, jejíž cílem je poskytnout standardizovaný jazyk pro popis zdraví a stavů, které se k němu vztahují. Tato mezinárodní klasifikace, patřící společně s *MKN 10* do klasifikačních systémů vyvinutých Světovou zdravotnickou organizací (WHO), hodnotí především situace, ve kterých se oslabený jedinec nachází a které zvládá ve vztahu ke své aktuální zdravotní kondici. V tomto pohledu již není vnímán jako osoba s danou diagnózou, ale jako jedinec se specifickým funkčním oslabením, které vyplývá z dynamické interakce mezi ním a jeho životním prostředím. *Disabilita*, tedy termín označující *snížení funkčních schopností*, vzniká tehdy, pokud se aktuální zdravotní stav daného člověka setkává s bariérami v prostředí, které jej různým způsobem a v různé míře omezují ve vykonávání běžných denních činností.

Nejde tedy o klasifikaci osob, ale o popis a klasifikaci situací, vztahujících se ke zdraví.

Princip kódování v MKF spočívá ve vymezení *4 základních komponent* (tělesné funkce a tělesné struktury, aktivity a participace, faktory prostředí, osobní faktory) a ve vyčlenění příslušných *domén*, což jsou specifické oblasti, vztahující se k daným komponentám. (př.: *3. komponenta* – aktivity a participace, obsahuje *domény* „učení a aplikace znalostí, komunikace, péče o sebe, mezilidská jednání a vztahy, hlavní oblasti života – výchova, zaměstnání, komunita, sociální a občanský život...“) Stupeň zdraví je vyjádřen pomocí *kvalifikátorů*, které prostřednictvím číselného označení od 0 (tj. žádný problém) až po 4 (tj. úplný, totální problém, který je přítomen ve více než 96 % času), popisují závažnost problému. Tyto kvalifikátory kódují *tělesné funkce* (kde udávají rozsah nebo velikost poruchy), *tělesné struktury* (kde popisují rozsah a lokalizaci poruchy, původ změny), *aktivity a participace* (jsou kódovány kvalifikátorem výkonu a kapacity, kdy výkon popisuje, jak člověk participuje ve svém běžném prostředí, kapacita udává nejvyšší pravděpodobný stupeň funkční schopnosti, kterou může daná osoba disponovat v danou chvíli) a *faktory prostředí* (faktory prostředí jsou tvořeny fyzickými, sociálními a postojovými faktory, které jsou pomocí kvalifikátorů kódované z perspektivy osoby, jejíž situace je popisována. Příslušné kvalifikátory určují rozsah, ve kterém je daný faktor facilitační nebo bariérový).

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností byla schválena Světovou zdravotnickou organizací v květnu 2001 a doporučena při posuzování funkčních schopností, disability a zdraví.

Úmluva OSN o lidských právech občanů s disabilitou byla podepsána ČR dne 30.3. 2007 a členské státy EU přijaly MKF jako základní filosofii a politiku rehabilitace, tedy obnovy optimálního, nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci, nebo pro zmírnění souvisejících trvalých následků. Cílem rehabilitace jako komplexního procesu je dosažení vyšší úrovně nezávislosti.

MKF poskytuje praktickou klasifikaci funkčních schopností ve vztahu k popsaným základním komponentám a zdravotním doménám a navazuje na klasifikaci zdravotních problémů *MKN-10*, která poskytuje etiologický rámec a druhy jednotlivých diagnóz a zdravotních problémů. MKF doplňuje potřebné údaje o míru funkčních schopností.

Oba tyto mezinárodní klasifikační systémy mají základní důležitost v komplexní diagnostice a rehabilitaci každého jedince postiženého disabilitou, tedy i sociálně handicapovaných dětí v rámci poskytované etopedické péče.

Etopedická diagnostika specificky doplňuje, rozšiřuje a navazuje na popsané klasifikační systémy ve smyslu identifikace speciální potřeby a využití speciálně pedagogických nápravných metod péče. Přestože je etopedie samostatným vědním oborem, s vlastními

metodami a specifickými cíly, je potřebné v rámci komplexního přístupu k ohroženým dětem a jejich rehabilitace aplikovat principy multidimenzionální péče, zahrnující při posuzování a hodnocení jejich problémů nejen hlediska speciálně pedagogická, ale i zdravotní, sociální, včetně praktického posouzení funkčních schopností, protože i poskytovaná péče v sobě nutně zahrnuje zdravotní, sociální i pedagogickou dimenzi. Tento celostní přístup v sobě obsahuje současně potenciál k překonání oborových a terminologických bariér a rizik, vylývajících z nezávisle aplikovaných pohledů, jejichž důsledkem bývá kromě jiného i definiční a pojmová zmatenost.