

„Bad girls“, nebo vulnerabilní dívky?

Jak vidíme dívky v pobytových programech speciálního školství?

Pavla Doležalová

Abstrakt

Článek se zabývá vulnerabilitou a rizikovostí adolescentních dívek v preventivních a léčebných programech speciálního školství. Zprvu je vymezeno období adolescence z hlediska vulnerability a je přiblížen koncept vulnerability. Dále jsou uvedeny určité rozdíly ve vulnerabilitě dívek a chlapců. Ve studii jsou shrnuty vybrané oblasti vulnerability adolescentních dívek i adolescentních matek, jako je například rizikové chování a stigmatizace. Následně jsou uvedeny oblasti rizikových a protektivních faktorů. Rovněž je věnována pozornost hlavním indikátorům vulnerability u adolescentních dívek. Schematicky jsou naznačeny možnosti prevence, včasné intervence, psychoterapie a léčby. Článek může být vhodný pro metodický a koncepční rozvoj dobré praxe.

Klíčová slova: vulnerabilita, adolescentní dívky, indikátory vulnerability, rizikové a protektivní faktory.

Tato studie je výsledkem badatelské činnosti podporované projektem číslo LO1611 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPUI.

“Bad girls” or vulnerable girls? How do we see girls in special education programmes?

Abstract

The paper addresses the vulnerability of adolescent girls in preventive and therapeutic programmes of special education. At first, adolescence is defined in terms of vulnerability and the concept of vulnerability is brought into closer focus. There are also some differences in the vulnerability of girls and boys. The study focuses on selected areas of vulnerability of adolescent girls and adolescent mothers, such as risky behaviours and stigmatization. Subsequently, the article presents areas of risk and protective factors. Attention is also paid to the main vulnerability indicators of adolescent girls. Possibilities of prevention, early intervention, psychotherapy and treatment are outlined by the schema. The paper may be appropriate for good practice and research.

Key words: vulnerability, adolescent girls, vulnerability indicators, risk and protection factors.

DOI: 10.5507/epd.2019.023

Úvod

Vulnerabilita v období adolescence má multifaktoriální základy a vede k řadě důsledkům souvisejících s rizikovým chováním. Pokud nacházíme multifaktoriální příčiny, zjistíme, že rizikové chování i vulnerabilita nepochybně mají společné kořeny (Barn et al, 2007; Verdejo-García et al, 2008). Jestliže se zabýváme aktuálními aspekty rizikového chování v adolescenci, vysledujeme překrývající se symptomy s vulnerabilitou, které se manifestují např. v tzv. poruchách chování, v komplikacích ve vztazích nebo ve školním výkonu.

Způsobem jakým nahlížíme nebo hovoříme o adolescentních dívkách v pobytových programech speciálního školství, často vychází z tradičního pojetí speciálního školství a institucionální výchovy. I když kvalita výchovy a terapeutické péče v programech institucionální a preventivní výchovy je v procesu transformace podložené standardy kvality, a přesto jsou stále paušálně tyto programy i odborníci pod stínem negativního mediálního obrazu.

Tento „nálepkující rigidní image“ je posilován neobjektivními informacemi o dané praxi. Roli sehrává i odborná veřejnost, která nereflektovaně používá stigmatizující slangovou terminologii. Například adolescentní dívky umístěné v pobytových programech jsou nazývány jako: „ústavní nebo problémové holky“, „děvčata z výchovného

ústavu“, dříve se požívalo označení „padlé dívky“. Dívky jsou vnímány jako takové, které mají špatné chování nebo asociální a porušují normy společnosti, jsou tedy „bad girls“. Tyto „bad girls“ něco provedly, užívají drogy, předčasně začaly se sexuálním životem a případně i předčasně otěhotněly a musí se převychovat nebo změnit jejich chování, aby vlastně neohrožovaly „normální“ vrstevníky a dospělé.

V indikovaných případech jsou tyto adolescentní dívky umístěny do pobytových programů, právě v důsledku rizikového chování, porušování sociálních norem, užívání drog, sexuálně rizikového chování apod. Jestliže analyzujeme celkový kontext projevů chování a připojíme spektrum rizikových faktorů, dospějeme k tomu, že tyto dívky jsou vlastně vysoce vulnerabilní, neboť v dětství zažily traumata v rodině, byly od dětství emočně zanedbávané, žily v nepodnětném prostředí, toužící po lásce rodičů, dobrém vztahu s vrstevníky, byly smutné a nespokojené, přežívající ze dne na den, mají nízké sebevědomí a nemají směr smyslu života. Aby mohly smysluplně žít ve společnosti, proto se naučily se používat maladaptivní strategie a obranné mechanismy. Na druhou stranu řada těchto dívek překoná těžkosti z dětství a dívky se adaptují v sociální realitě a zvládají traumata, stresy a celkovou životní nepřízeň.

V tomto textu se zabýváme vybranými aspekty vulnerability adolescentních dívek v preventivních a pobytových programech speciálního školství. Zprvu je vymezeno období adolescence z hlediska vulnerability a je přiblížen koncept vulnerability. Dále jsou uvedeny určité rozdíly ve vulnerability dívek a chlapců. Také jsou shrnuty vybrané oblasti vulnerability adolescentních dívek i adolescentních matek, jako je rizikové chování a stigmatizace. Následně uvádíme oblasti rizikových a protektivních faktorů. Rovněž je věnována pozornost hlavním indikátorům vulnerability u adolescentních dívek.

V závěru jsou naznačeny možnosti prevence, včasné intervence, psychoterapie a léčby. Dále je uvedeno schéma intervencí využitelných v programech speciálního školství. Článek může být vhodný pro metodologický a koncepční rozvoj dobré praxe, studium a výzkum.

1 Kritické období adolescence

Z hlediska duševního zdraví je adolescence významným obdobím v životě dívek i chlapců. Vzhledem k vyšší vulnerabilitě (ohroženosti riziky) adolescentních dívek a nedostatku odborné literatury k tomuto tématu, je tento text zaměřen na problematiku adolescentních dívek. Adolescence je příležitostí pro profesní směřování a osobní rozvoj. V adolescentním období probíhají zásadní změny, např. dochází k separaci od rodičů a autorit.

Adolescence je mostem z dětství k dospělosti. Také je hledáním a nacházením prvních významných partnerských vztahů. Adolescentní období je tedy objevování možností seberealizace a kotvení nebo objevování nových sociálních vztahů. Obecně

adolescence je často dynamickým obdobím změn, které se neobejdou bez řešení složitých vztahových či osobních situací (Krch et al., 2006). Traumatizující události prožité v dětství mohou přispívat k vyšší vulnerabilitě adolescentů nebo i k rizikovému chování.

Část adolescentů inklinuje k internalizovaným nebo externalizovaným symptomům v oblasti duševního zdraví. U těchto adolescentů se vyskytují náznaky psychické senzitivity spojené s internalizovanými symptomy, kterými jsou např. rozvoj úzkostných stavů včetně panických atak, depresivních stavů, ale naopak také velké kreativity, empatie a vnímavosti (Johnson et al., 2012).

Skupina vulnerabilních adolescentů s externalizovanými symptomy může mít tendence k rizikového chování, které zahrnuje užívání drog, sexuálně rizikové chování, vyhledávání rizikových situací, překračování norem. Tito adolescenti používají sociálně konformní i manipulativní komunikativní strategie. U projevů rizikového chování mohou být patrné i vysoce riskantní strategie zvládání emoční bolesti nebo sociální nepřízně formou sebepoškozování nebo až inklinace k sebevražednému chování. Vysoce vulnerabilní adolescenti mohou být náchylní k fyzickému zranění, nehodám, k přestupkům a porušování sociálních norem nebo i kriminálnímu chování.

Za tímto chováním se skrývají zážitky traumatu, duševních problémů, medikace nevhodnými psychofarmaky, užívání návykových látek. Rizikové chování v adolescenci neznamena automaticky stigmatizující nálepkou rizikového jedince, který je „problémový“. Spíše je třeba uvažovat tak, že adolescent se rizikově chová, neboť má problémy v důsledku souhry životních okolností, ale i osobnostních charakteristik. U některých adolescentů lze zaznamenat již od dětství znaky psychopatologické charakteristiky poruch osobnosti, jako například nevnímání důsledků chování, poškozování a ohrožování druhých osob (psychicky nebo fyzicky) nebo majetku. (Maccoby, 2004).

Období adolescence se vyznačuje přechodovou cestou plnou zkoušek psychické odolnosti, překonávání bariér a učení se dalším strategiím. Po zvládnutí těchto zkoušek zralosti adolescent nastavuje většinou jasné hodnoty, postoje, profesně a sociálně se stabilizuje. Pokud adolescentní období bylo komplikované, s výrazným testováním reality a s rizikovým chováním, neznamena to, že by v dospělosti tento člověk nebyl úspěšným s adekvátním vzděláním a spokojeností v životě (Klassen et al., 2004).

2 Vulnerabilita v adolescenci a dětství

Koncept vulnerability je přenositelný na všechny mladé lidi, jež jsou v porovnání se svými vrstevníky, vystaveni vyšší míře rizik. Do těchto rizik lze zařadit například prožití traumatické události, sexuální zneužití, domácí násilí, přestupky a překračování sociálních norem, užívání návykových látek apod. World Health Organization (WHO) a United Nations Children's Fund (UNICEF) zařazují mezi „adolescenty“ osoby ve věku 10–19 roků, dále jako „mladé lidi“ označují osoby ve věku 15–24 roků. V souladu se současnými po-

znatky bývají adolescentní období a přechod do dospělosti chápány v širším věkovém spektru 10–24 roků (Goodburn et al., 2000).

Kupříkladu Světová banka, jež finančně podporuje rozvojové programy pro vulnerabilní skupiny v rozvojových zemích, definuje vulnerabilní skupinu „dětí bez rodičů a vulnerabilní děti“ jako skupinu dětí/adolescentů, kteří prožili traumatické zážitky, mají nedostatečné nebo nedokončené vzdělávání, vyšší nemocnost, úmrtnost, špatnou výživu, v porovnání s jejich vrstevníky (World Bank, 2006). Hlavní kategorie vulnerabilních dětí jsou: děti ulice, pracující děti, děti vystaveny válečnému konfliktu, děti zasaženy HIV/AIDS, děti žijící s určitým postižením a děti bez rodičů a jiné vulnerabilní skupiny. Mnoho těchto dětí zapadá do více skupin nebo kategorií, neboť jejich situace je ovlivněna spirálovitým nabalováním rizikových faktorů. Tyto děti a adolescenti jsou ohroženi dlouhodobě nedostatečným saturováním mnoha vývojových potřeb. Na vulnerabilitu má vliv především nedostatečná rodičovská péče, zanedbávání, zneužívání, násilí v rodině, užívání drog v rodině a přítomnost výroby či užívání drog rodiči nebo riziko infekčních a nakažlivých chorob (Arora et al., 2015).

2.1 Rozdílnost ve vulnerabilitě dívek a chlapců

Genetické rozdíly u dívek a chlapců jsou založeny na biologických faktorech, naopak genderové rozdíly jsou založeny na kulturně definovaných rolích u mužů a žen. Kombinace biologických a genderových rozdílů může společně vytvářet rozdílnost v různých oblastech vulnerability žen a mužů (Rodrigues et al., 2018; Institute of Medicine, 2001).

Na základě řady klinických výzkumů se ukazuje, že ženy jsou biologicky více komplikované než muži. Jako primární pečovatelky o děti musí skloubit příliš mnoho téměř neslučitelných požadavků, které jsou na ně kladeny v důsledku kulturně ekonomických norem. Z globálního pohledu mladé ženy a dívky 2,5× více předčasně opouštějí školu a ztrácejí možnosti zaměstnání a uplatnitelnosti (UN, 2017). Nedostatečné vzdělání nebo nedokončená školní docházka, například kvůli předčasnému otěhotnění nebo sociálně ekonomickým problémům, může adolescentní dívky vést k rizikovému sexuálnímu chování, užívání drog nebo nezákonné činnosti.

U adolescentních dívek, které užívaly nebo užívají návykové látky, jsou často diagnostikovány duševní problémy. Kombinace užívání drog a duševní nemoci otvírá téma vícenásobných diagnóz. Komplikovanost vícenásobných diagnóz může zhoršit jak zdraví, tak i další aspekty kvality života. Pokud se nejedná jen o jednu diagnózu, například závislost, mohou být adolescentní dívky rezistentní k odborným intervencím. Pro tyto indikované případy je třeba orientovat odborný přístup na specifické potřeby a léčit závislost, duševní poruchu i trauma společně ve stejnou dobu, s využitím multidisciplinárních intervencí orientovaných na individuální rozvoj klienta (Reynolds et al., 2005).

I když podle studií chlapci více užívají návykové látky, mívají méně problémů s duševním zdravím oproti dívkám užívajícím návykové látky. Dívky více trpí duševními

problémy, jako je deprese, úzkosti, posttraumatická stresová porucha, poruchy příjmu potravy, v kombinaci s užíváním drog a to zejména v posledních letech (Contractor et al., 2013).

Některé dívky uvádějí, že užívání drog jim ulevuje od stresu nebo negativních emocí a myšlenek (Weiss et al., 2018). V této souvislosti souhry několika faktorů jsou tedy obecně ženy více vulnerabilní k užívání návykových látek, nakažlivým a infekčním chorobám a dalším negativním konsekvencím, jako je například ztráta péče o vlastní dítě, rozvod, osamělost, úmrtí partnera nebo dítěte (Birdthistle et al., 2008).

Zkoumání specifických faktorů vulnerability žen, které užívají návykové látky včetně návykových léků na předpis, jsou spojovány s těhotenstvím, hormonálními změnami, kojením, menopauzou. Ženy a dívky popisují specifické důvody pro užívání návykových látek včetně léků. Tyto důvody souvisejí se sebe medikací, potřebou kontroly svého sebepojetí, se zvládáním emocionální a sociální bolesti nebo léčbou duševních problémů.

3 Oblasti vulnerability adolescentních dívek v programech speciálního školství

Výzkum a praxe přinášejí poznatky týkající se vulnerability adolescentních dívek. Pro adolescentní dívky v psychotherapeutických a léčebných programech jsou charakteristické následující oblasti vyžadující komplexní intervence (Doležalová, 2018):

- a) traumata z dětství;
- b) rizikové chování nebo poruchy chování a nedostatečná regulace emocí;
- c) problémy s duševním zdravím;
- d) speciálně vzdělávací potřeby.

Uvedené oblasti přinášejí potencionální těžkosti v resiliентní adaptaci a zvládání stresu. Nižší resiliентní adaptaci ovlivňuje životní spokojenost a pozitivní očekávání v dospělém období života. Společným zdrojem nižší resilience často jsou komplikované rodinné vztahy, riziková citová vazba nebo traumatické zážitky. Ovšem někteří jedinci mohou být vysoce reziliентní i přes spektrum komplikací a traumat z dětství (Doležalová, 2014). Naopak jiné studie dávají do souvislosti nižší rozvoj posttraumatické stresové poruchy (PTSD) u vysoce reziliентních adolescentů, kteří efektivně odolávali vlivu životní nepřízně, násilí a měli nižší rozvoj PTSD (Scorgie et al., 2017).

Adolescentní dívky a adolescentní matky v programech speciálního školství lze vymezit věkově jako dívky ve věku od 15 do 19 let, které se vyznačují spektrem individuálních speciálních potřeb. Zahraniční poznatky potvrzují, že adolescentní dívky v residenční péči jsou oproti chlapcům více vulnerabilní a ohrožené určitými riziky v oblasti duševního a fyzického zdraví, v řešení sociálních zátěžových situací a dosahování adekvátního vzdělávání. Tato vulnerability adolescentních dívek se také týká

kognitivních funkcí a regulace emocí, rizikového sexuálního života, rizika předčasného otěhotnění, snadnější ovlivnitelnosti (Reisz et al., 2018).

Tab. 1

Indikátory vulnerability u adolescentních dívek

Zdravotní indikátory	Sociální indikátory	Vzdělávací indikátory	Rodinné indikátory
Duševní nebo psychiatrické problémy	Časté stěhování a změna místa, mezinárodní osvojení (adopce)	Nedostupnost školy a vzdělávacích možností a volnočasových aktivit	Rodiče/pečovatelé jako problémoví uživatelé drog či alkoholu
Chronické zdravotní problémy (rakovina, HIV, sexuální přenosné choroby, imunitní a genetická vulnerability)	Chudoba, nedostatečná péče o sebe a špatná hygiena	Časté změny školy, ztráta kontaktů se spolužáky a přáteli	Rodiče/pečovatelé nejsou ochotní nebo schopni pečovat a emocionálně podporovat dívku (např. jsou ve výkonu trestu)
Emoční, psychické, fyzické/sexuální zneužívání, rané trauma, stress	Adolescentní dívka na útěku, žijící v nebezpečném prostředí	Nedokončení školy nebo školní docházky	Rodiče dívky neexistují nebo jsou nedostupní
Poruchy příjmu potravy	Adolescentní dívka v konfliktu se zákonem	Záškoláctví, neomluvené absence	Nezletilí rodiče, nezletilá matka, předčasné otěhotnění
Zneužívání nelegálních drog, kouření, alkohol	Adolescentní dívka bez rodičů-utečenec, bezdomovec, cizinec	Adolescentní dívka se speciálně vzdělávacími potřebami	Nezaměstnaní nebo postižení rodiče (fyzicky, duševně)
Poruchy chování a emocí, ADHD, antisociální chování (tzv. conduct disorder)	Únos a ztráta svobody, uvěznění adolescentní dívky		Velmi staří rodiče/pečovatelé
Sebevražedné chování, sebepoškozování			Osamělá matka nebo otec, rozvedení, separovaní rodiče
Beznadějnost, nezáměr o aktivitu, nespokojenost se životem, negativní myšlení			Zneužívající rodiče/pečovatelé

3.1 Rizikové chování vulnerabilních adolescentních dívek v programech speciálního školství

Rizikové chování se u vulnerabilních adolescentních dívek může projevovat impulivitou, nepředvídatelným úsudkem a nedostatečným vyhodnocením možných rizik a následků. Jak již bylo zmíněno, kořeny těchto projevů chování lze nacházet v opakovaných traumatech z dětství, zejména pak v porozumění normám a pravidlům, snížené schopnosti plánování, nedokončení školní docházky a dosahování dlouhodobých cílů (Carney et al., 2018; Solis et al., 2012). Snížená schopnost regulace emocí a vyšší impulsivita jsou výraznou charakteristikou rizikového chování u dívek v terapeutických

a léčebných programech. Nedostatečná schopnost vyhodnocení důsledků, nezralost, uvědomění si potřeby bezpečí a stanovení hranic je typickou limitací pro dívku v léčebných programech speciálního školství.

Impulsivita a potřeba vzrušujících či neobvyklých zážitků vede k brzké separaci a samostatnosti. Předčasná separace a narušené vztahy v rodině, nevyléčené nebo nezpracované rané traumatické zážitky z dětství mohou postupně vést k posttraumatickým stresovým symptomům. Ukazuje se, že zpracování post traumatu souvisí i s impulsivitou, užíváním návykových látek nebo nárazovým pitím alkoholu a dalšími faktory (Flores et al., 2010; Verdejo-García et al., 2008). Rizikové chování můžeme rozčlenit do oblasti individuální, rodinné, vrstevnické, ale také oblasti týkající se školy a školních programů, kontextu státních a nestátních organizací a komunity, kde lze ovlivňovat protektivní faktory a minimalizovat nebo odstranit rizikové faktory.

Tab. 2

Oblasti rizikových a protektivních faktorů vulnerabilních adolescentních dívek

Oblast	Protektivní faktory	Rizikové faktory
Individuální	Sebekontrola, sebeovládání, seberegulace emocí a chování	Poruchy chování, agresivní a opoziční chování, impulsivita aj.
Rodina	Kontrola a zájem rodičů o rozvoj dítěte	Ztráta rodičovské kontroly a zájmu o rozvoj dítěte, slabé rodičovské kompetence
Vrstevníci	Zájem o sociální vrstevnické a mimoškolní aktivity, ambicióznost a soutěživost	Užívání drog, riziková parta, nedostatek nebo ztráta přátel
Škola a preventivní a pobytové programy speciálního školství	Selektivní a indikovaná prevence, léčba, komprehensivní intervence zohledňující zdraví, nekuřácké prostředí, podpůrné vztahy s pedagogickými pracovníky aj.	Dostupnost drog (tabák, alkohol prodej v blízkosti škol a školských zařízení)
Instituce, NNO, preventivní programy školských zařízení	Široká nabídka vzdělávacích programů a volnočasových aktivit	Pěstounská péče, náhradní rodinná péče, umístění mimo rodinné prostředí, přetíženost a profesní vyhoření pedagogů
Komunita (obec, region...)	Silné komunitní vazby, společenství založené na inkluzivním přístupu	Chudoba, nezaměstnanost, nedostupnost služeb a vzdělávání, ohrožující nebo nebezpečné prostředí, stigmatizace

3.2 Stigmatizace adolescentních dívek v programech speciálního školství

Vulnerabilní adolescentní dívky od svého dětství čelí mnoha bariérám, které se nejméně začínají objevovat ve školním prostředí hlavního vzdělávacího proudu. Stigmatizace může vzniknout na bázi skrytých problémů v duševním zdraví. Tyto problémy mohou být spojovány s tzv. poruchami chování nebo emocí, kumulativním rizikovým

chováním, porušováním norem a pravidel. Stigma je stále poněkud podceňované i mezi odborníky, neboť se týká vzorců chování a také terminologie.

K stigmatizování přispívá neuvědomovaná tradiční nebo slangová terminologie. Někdy i mezi odborníky jsou adolescentní dívky s rizikovým chováním označovány nálepkou jako „špatné dívky“ nebo v zahraničí „bad girls“. Stigma přispívá k izolaci, vyloučení ze sociální skupiny, k předčasnému odchodu z hlavního vzdělávacího proudu. Vzhledem k původním potížím mohou být dívky již od dětství vystaveny stigmatizaci a musí se tedy vyrovnávat s předsudky (Avuvika et al., 2017).

Nedostatečné objektivní informace a předsudky znevýhodňují dívky v seberealizaci a vzdělávání. Porozumění tomuto znevýhodnění, odstranění stigmat a aspektů vulnerability u těchto dívek je zásadní inklusivní imperativ. Domníváme se, že tento imperativ by mohl umožnit nastavení vhodných opatření zejména v těchto dimenzích: a) ochrany jejich zdraví a bezpečí, b) podpory psychické a emocionální pohody, c) nabídky indikované prevence a léčby a psychoterapie, d) vzdělávání a rozvoje rodičovských dovedností, e) rozvíjení rezilientních kvalit, f) prevence předčasného ukončení vzdělávání a sociální exkluze (Doležalová, 2018).

Předcházení stigmatizaci a pochopení souvislostí a příčin vyžaduje upřesnění jasného diagnostikování a rozpoznání individuálních potřeb dívek, stanovení intervencí a následné péče. V tomto ohledu by mělo jít o nastavení multidisciplinárního přístupu centrálně orientovaného na potřeby jedince a odstranění řady bariér. Specifické individuální potřeby adolescentní dívky by měly být v centru komplexního odborného přístupu v preventivních ambulantních, pobytových a jiných školských programech.

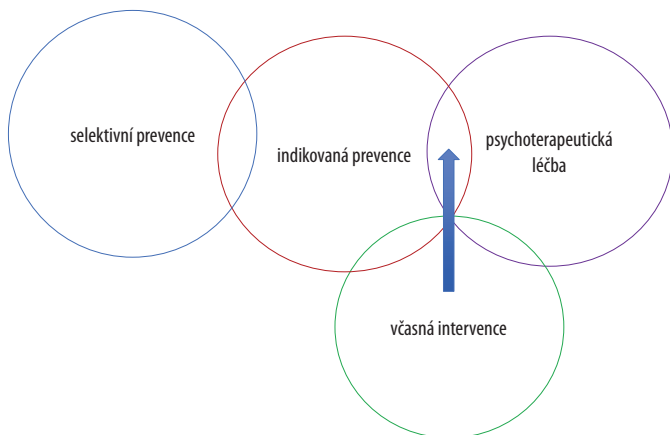
4 Možnosti prevence u vulnerabilních dívek

V preventivních ambulantních a pobytových nebo léčebných programech speciálního školství existují intervence orientované prakticky podporující rozvoj vzdělávání, psychosociálních, rodičovských dovedností u vulnerabilních adolescentních dívek. Dobrá praxe musí splňovat standardy kvality a být orientovaná na specifické individuální potřeby dívek. K praxi by měl být vytvářen takový program, který bude založen na ověřených poznatcích, nikoli tedy jen dobré praxi. A samozřejmě musí být, že by takový program měl být pravidelně evaluován.

Programy pro vulnerabilní dívky by měly být orientovány na indikovanou prevenci, psychoterapii a léčbu. Vždy je třeba vyhodnotit míru potřeb a závažnosti rizik a rozsah vulnerability dle více spektra faktorů. V prevenci je třeba se orientovat na vývojové potřeby jedince a neustále přizpůsobovat intervenci. Vhodná se v praxi osvědčuje včasná intervence, která tvoří přesah mezi indikovanou prevencí a léčbou nebo psychotherapeutickými intervencemi. V indikovaných případech se jedná o komplexní léčbu a střednědobou nebo dlouhodobou psychoterapii, viz schéma 1.

Schéma 1

Schéma intervencí rámce selektivní a indikované prevence, včasné intervence, psycho-
terapie a léčby podle (EMCDDA, 2009).



Závěr

Na základě poznatků a současného vymezení vulnerability je namísto usilovat o posun perspektivy pohlížení na vulnerabilní dívky ve smyslu zohlednění jejich specifických potřeb. Dívky v institucionální výchovné péči jsou stigmatizovány například už tím, že v klasické rétorice je spíše kladen důraz na jejich rizikovost a poruchové chování (tedy na důsledky) než na jejich zranitelnost a jejich vývojové potřeby (a příčiny vulnerability). Zohledníme-li specifické potřeby těchto dívek, nahlédneme, že běžné speciálně-pedagogické intervence nedostačují a že je třeba využívat celý komplex odborných přístupů (psychologie, psychiatrie, adiktologie). Vzhledem k vysoké prevalenci užívání drog a rizikovému chování mezi vulnerabilními adolescentními dívkami i chlapci může systémové zavedení profese adiktologa do preventivních a pobytových programů institucionální výchovy vést ke zvýšení kvality intervencí.

Uvedení adiktologa do systému preventivních a pobytových programů institucionální výchovy by překlenulo mezeru v limitujícím odborném vybavení profesí psychologa a speciálního pedagoga (etopeda), tedy těch profesí, které jsou v současnosti na rozdíl od profese adiktologa do systému institucionální výchovy legislativně začleněny. Právě profese adiktologa odpovídá potřebám klientů, neboť adiktolog je odborně schopen reagovat na komplexní potřeby vulnerabilních jedinců, a to především díky jeho širokospektrálnímu vzdělání, jež je uplatnitelné ve zdravotnictví, školství a sociálních službách.

Z našeho pohledu se zdá být neudržitelné rigidní rozlišování mezi rámcem pedagogickým, respektive speciálně-pedagogickým a rámcem zdravotním, resp. adiktologickým, psychotherapeutickým a psychiatrickým. Právě rigidita systému, jež se projevuje často nezdůvodněným lpěním na kategoriích *školsství – zdravotnictví – sociální problematika*, nereaguje flexibilně na potřeby klientů. V současné době v oblasti praxe pozorujeme snahu o transformaci odborného přístupu k vulnerabilním jedincům, jež pravděpodobně povedou k postupné změně myšlení nejen odborné, ale též laické veřejnosti.

Literatura

- Arora, S., K.; Shah, D.; Chaturvedi, S., & Gupta, P. (2015). Defining and measuring vulnerability in young people. *Indian Journal of Community Medicine*, 40(3): 193–197. DOI: 10.4103/0970-0218.158868.
- Avuvika, E.; Masese, L., N.; Wanje, G.; Wanyonyi, J.; Nyaribo, B.; Omoni, G., et al. (2017). Barriers and Facilitators of Screening for Sexually Transmitted Infections in Adolescent Girls and Young Women in Mombasa, Kenya: A Qualitative Study. *PLoS ONE* 12(1): e0169388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169388>.
- Barn, R., Mantovani, N. (2007). Young Mothers and the Care System: Contextualizing Risk and Vulnerability. *The British Journal of Social Work*, 37(2): 225–243, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl002>.
- Birdthistle, I., J.; Floyd, S.; Machingura, A.; Mudziwapasi, N.; Gregson, S. & Glynn, J., R. (2008). From affected to infected? Orphanhood and HIV risk among female adolescents in urban Zimbabwe. *AIDS*, 22(6): 759–66. doi: 10.1097/QAD.0b013e3282f4cac7.
- Carney, T.; Browne, F., A.; Myers, B.; Kline, T., L.; Howard, B. & Wechsberg, W., M. (2018). Adolescent female school dropouts who use drugs and engage in risky sex: effects of a brief pilot intervention in Cape Town, South Africa. *AIDS Care*, 31(1): 77–84, DOI: 10.1080/09540121.2018.1500008.
- Contractor, A., A., Layne, C., M., Steinberg, A., M., Ostrowski S., A., Ford, J., D., & Elhai, J., D. (2013). Do gender and age moderate the symptom structure of PTSD? Findings from a national clinical sample of children and adolescents. *Psychiatry Research*, 210(3): 1056–1064.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009), Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg. Dostupné na: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>.
- Flores, E.; Tschann, J., M.; Dimas J., M.; Pasch, L., A., & de Groat, C., L. (2010). Perceived racial/ethnic discrimination, posttraumatic stress symptoms, and health risk behaviors among Mexican American adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, 57(3): 264–273.
- Goodburn E., A., & Ross, D., A. (2000). Young people's health in developing countries: A neglected problem and opportunity. *Health Policy and Planning*, 15(2): 137–144, <https://doi.org/10.1093/heapol/15.2.137>
- Granot, M.; Yovell, Y.; Somer, E.; Beny, A.; Sadger, R.; Uliel-Mirkin, R., & Zisman-Ilani, Y. (2018): Trauma, attachment style, and somatization: a study of women with dyspareunia and women survivors of sexual abuse. *BMC Womens Health*. 18(1):29. DOI: 10.1186/s12905-018-0523-2.
- Institute of Medicine. (2001). *Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter?* Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10028>.

- Johnson, S. L. et al. (2012): Creativity and bipolar disorder: Touched by fire or burning with questions? *Clinical Psychology Review*, 32(1): 1–12.
- Klassen, A. F.; Miller, A.; & Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114(5): e541–547.
- Krch, F., D., & Csémy, L. (2006). Rodinné koreláty depresivity v adolescenci. *Čes. a slov. Psychiat*, 102(3): 130–136.
- Maccoby, E., E. (2004). Aggression in the Context of Gender Development. In Puttallaz, M. & Berman, K., L. *Aggression, Antisocial Behavior, and Violence among Girls. A Developmental Perspective*. New York: The Guilford Press.
- Reisz, S.; Duschinsky, R., & Siegel, D., J. (2018). Disorganized attachment and defense: exploring John Bowlby's unpublished reflections. *Attachment & Human Development*, 20(2): 107–134.
- Reynolds, M. et al. (2005): Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug Alcohol Dependence*, 77(3): 251–258.
- Fernández, Rodríguez M., A., Moreno, S., D., & Gómez, Y., F. (2018). The influence of gender roles in alcohol consumption: a qualitative study of adolescents and young adults in Asturias. *Adicciones*, XX(X).
- Scorgie, F. et al. (2017). From fear to resilience: adolescents' experiences of violence in inner-city Johannesburg, South Africa. *BMC Public Health*, 17(3): 51–64.
- Solis, J. M.; Shadur, J. M.; Burns, A. R., & Hussong, A. M. (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Current Drug Abuse Reviews*, 5(2): 135–147.
- UN, Gender Focus. (2017). *Women and girls "far more vulnerable" in humanitarian crises*. [online] [29. 5. 2018] Dostupné z: <https://news.un.org/en/audio/2017/01/621432>.
- Verdejo-García, A.; Lawrence, A., J., & Clark, L. (2008) Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(4): 777–810.
- Weiss, N., H.; Forkus, S., R.; Contractor, A., A., & Schick, M., R. (2018). Difficulties regulating positive emotions and alcohol and drug misuse: A path analysis. *Addictive Behaviors*, 84, 45–52.
- World Bank. (2006). *Ensuring education access for orphans and vulnerable children: a planners' handbook (English)*. Ensuring Education Access for OVCS. Washington, DC: World Bank. [online] [8. 7. 2018] <http://documents.worldbank.org/curated/en/124021468333940631/Ensuring-education-access-for-orphans-and-vulnerable-children-a-planners-handbook>

Kontakt:

PhDr. Pavla Doležalová, Ph.D.

Centrum epidemiologického a klinického výzkumu závislostí

Národní ústav duševního zdraví

Topolová 748, 250 67 Klecany

E-mail: polezalova1@gmail.com

PhDr. Pavla Doležalová, Ph.D. absolvovala odbornou praxi v těchto institucích: Národní ústav duševního zdraví, 1. Klinikum Adiktologie 1. LF UK, International training center-Erasmus plus. Vzdělání a praxe: EMCDDA v Lisabonu, Léčba a prevence závislostí (Department Mental Health, Johns Hopkins University-USA, Centrum Addicted Pregnancy-JHU, Maryland, Treatment Research Institute-Pennsylvania, Real Life Recovery-Florida), speciální pedagogika (MU Brno). Vybrané výcviky: PBS, Biosyntéza, arteterapie, integrativní psychoterapie, imaginativní techniky. Zkušenosti v leadership a manažerské praxi. Publikáční, výzkumná a lektorská činnost v ČR a v zahraničí.