

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM**

**2010 – 2013**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Tereza Výborná**

**Sociální deviace u dětí a mládeže v soudobé  
společnosti**

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: Prof. PhDr. Zdeněk Helus DrSc.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

BACHELOR FULL-TIME STUDIES

2010 - 2013

**BACHELOR THESIS**

**Tereza Výborná**

**Social deviances of children and youth in  
contemporary society**

Prague 2012

The Bachelor Thesis Work Supervisor:  
Prof. PhDr. Zdeněk Helus DrSc.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne .....

*Jméno autora/ky* .....

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucímu své práce panu Prof. PhDr. Zdeňku Helusovi DrSc. za podporu a podnětné připomínky v rámci konzultací i mimo nich.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá zkoumáním sociálních deviací u dětí a mládeže. Rozebírá různé teorie vzniku těchto deviací, zaměřuje se na důležitost socializačního procesu obzvláště v raném věku dítěte, zabývá se zátěžovými faktory, které mohou přispět ke vzniku deviací, a nastiňuje problematiku vybraných sociálních deviací. Praktická část se zabývá kvantitativním výzkumem uskutečněným ve školách a dále kazuistikou, která umožňuje vnitřní pohled do rodiny, která dítěti způsobovala traumata a socializace v ní probíhala dysfunkčně a dále ukazuje, co tyto faktory do budoucna mohou způsobit.

## **Klíčové pojmy**

Agresivita, bakalářské práce, deprivace, dotazníková šetření, kazuistiky, poruchy příjmu potravy, psychoaktivní látky, rozhovory, socializace, sociální deviace, suicidium, šikana.

## **Annotation**

This thesis concerns social deviances among youth and children. It describes various theories which explain the origin of such deviances, and focuses on the importance of the socialization process, particularly in early childhood. Furthermore, it provides overview of selected social deviances and concerns the stress factors which may contribute to their emergence. The practical part of this thesis deals with the conducted quantitative research which took place in selected schools, and casuistry which looks into the traumatizing inner life of a family that was unable to provide proper socialization to the interviewed child. The practical part then shows what all the described factors may cause in the future.

## **Keywords**

Aggression, bachelor theses, bullying, casuistries, deprivation, eating disorders, interviews, psychoactive substances, questionnaires, social deviances, socialization, suicidium.



# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ PATOLOGIE A SOCIÁLNÍ DEVIACE .....</b>	<b>10</b>
1.1 Normy, sociální kontrola a sankce .....	11
1.2 Teorie sociálních deviací .....	13
1.2.1 Biologické teorie .....	13
1.2.2 Psychologické teorie .....	14
1.2.3 Sociologické teorie .....	14
1.2.4 Chicagská škola .....	17
<b>2 SOCIALIZACE A ZÁTĚŽOVÉ SITUACE .....</b>	<b>19</b>
2.1 Socializační mechanismy .....	19
2.2 Socializující prostředí .....	20
2.3 Socializační procesy .....	21
2.4 Socializační činitelé .....	22
2.5 Zátěžové situace .....	22
<b>3 AGRESIVITA A NÁSILÍ .....</b>	<b>26</b>
3.1 Definice .....	26
3.2 Příčiny agresivního a násilného chování .....	28
3.3 Vandalismus .....	30
<b>4 ZÁVISLOST NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH .....</b>	<b>31</b>
4.1 Definice .....	31
4.2 Příčiny vzniku závislostního chování .....	32
4.3 Rizikové faktory .....	34
4.4 Důsledky užívání psychoaktivních látek .....	35
<b>5 SUICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ .....</b>	<b>38</b>
5.1 Definice .....	38
5.2 Způsoby suicida .....	39
5.3 Motivy k volbě suicida a rizikové faktory .....	40
5.4 Sebepoškozování .....	42
<b>6 ŠIKANA .....</b>	<b>43</b>
6.1 Definice .....	43
6.2 Závislost .....	44
6.3 Porucha vztahů ve skupině .....	45
6.4 Kyberšikana; .....	47
6.5 Úskalí řešení šikany .....	47
6.6 Důsledky šikany .....	48
<b>7 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....</b>	<b>50</b>
7.1 Definice .....	50
7.2 Příčiny vzniku .....	51
<b>8 PREVENCE .....</b>	<b>55</b>



8.1 MŠMT .....	55
8.2 Prevence ve školách .....	56
8.3 Prevence závislostního chování na psychoaktivních látkách .....	56
8.4 Prevence suicidálního jednání .....	57
8.5 Prevence agresivního a násilného chování .....	58
8.6 Prevence poruch příjmu potravy .....	59
8.7 Prevence šikany .....	59
<b>9 VÝZKUM .....</b>	<b>61</b>
9.1 Vymezení výzkumu a jeho cíle .....	61
9.2 Konkrétní cíle a hypotézy .....	62
9.3 Vyhodnocení výzkumu .....	62
9.4 Interpretace a diskuze výsledků .....	68
<b>10 KAZUISTIKA .....</b>	<b>69</b>
10.1 Strukturovaná kazuistika .....	69
10.1.1 Současný stav .....	69
10.1.2 Zdravotní stav .....	69
10.1.3 Životní prostředí .....	69
10.1.4 Psychická traumata .....	69
10.1.5 Rodinná anamnéza .....	70
10.1.6 Osobní anamnéza .....	70
10.2 Kazuistika z rozhovoru .....	70
10.3 Závěr .....	74
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>76</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>78</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ .....</b>	<b>80</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>81</b>

## ÚVOD

Tato práce s názvem Sociální deviace u dětí a mládeže v soudobé společnosti se zabývá sociálně patologickými jevy v dnešní společnosti a sociálními deviacemi, které vznikají u dětí a mládeže. Některé části práce týkající se této problematiky jsou nastíněny obecně, nikoliv pouze ve vztahu dětí a mládeže.

Pro jasnější definování skupiny dětí a mládeže, o kterých tato bakalářská práce pojednává, je potřeba uvést věk, který tuto skupinu zahrnuje. Protože hranice věku dětí a mládeže je daná podle toho, jaká disciplína se touto skupinou zabývá, je podle názoru autorky nutné zdůraznit, že MŠMT považuje za děti a mládež věkovou skupinu od narození po dosažení 26 roku. Práce se však orientuje na skupinu dětí a mládeže do 19 let, neboť ve výzkumné části se mládež do tohoto věku stala cílovou skupinou.

Cílem práce bylo postihnout zákonitosti sociálně patologických jevů s důrazem na možné důvody vzniku těchto deviací či patologií. Dále se práce zaměřila na vybrané sociální deviace, které jsou v soudobé společnosti aktuální. Výběr proběhl podle četnosti, s jakou se tyto jevy vyskytovaly ve využitých publikacích, a zároveň z vlastního rozhodnutí autorky.

Struktura této práce začíná vysvětlením pojmů sociální patologie, sociální deviace a dalších, jež se týkají této problematiky. V práci je uvedeno několik teorií, které popisují vznik deviací z různých odborných pohledů a v různých časových obdobích. Následně se práce zaměřuje na vývoj jedince v rodině a na jeho proces socializace, který je důležitý nejen v rodinném, ale i školním prostředí. Práce se zabývá pojmem psychická deprivace, příčinou jejího vzniku a následky, jež si jedinec nese a které se mohou stát sociálně patologickými. Podrobněji se pak zaměřuje na sociální deviace závislosti na psychoaktivních látkách, agresivní a násilné jednání, šikanu, poruchy příjmu potravy a suicidální jednání. Kapitola Prevence byla zpracována podle toho, jak prevenci problematiky sociálně patologických jevů vnímá MŠMT a dále byly publikovány názory různých odborníků na prevenci konkrétních sociálních deviací. Internetové zdroje byly využity pouze v omezené míře a jen pro ověření pravdivosti teorií některých autorů; dále bylo čerpáno z portálu MŠMT.

Praktická část práce se skládá ze dvou částí – výzkumu a kazuistiky. K výzkumu byla využita kvantitativní metoda dotazníku a kazuistika byla zpracována na základě metody rozhovoru. Výzkum je strukturován tak, aby prakticky ukázal to, co je popsáno v teorii. Cílem výzkumu bylo zjištění stavu socializačních mechanismů na

středních školách u věkové skupiny 15 – 19 let. Oproti tomu kazuistika se zaměřila na nepříznivé rodinné prostředí a její důsledky vedoucí až k sociální deviaci.

Literatury k tématu této bakalářské práce bylo k dispozici velké množství, problém nastal spíše s výběrem vhodných, profesionálních autorů. S touto problematikou pomohl i vedoucí práce, který volbu některých publikací ulehčil svým doporučením. Práce vychází především z publikací Vágnerové, Orla, Fischera a Škody a Procházky. Další publikace byly zvoleny podle autorů a jejich znalosti příslušné problematiky. Některé z autorů publikace znala autorka již z přednášek, kde byli studentům doporučení, např. Kolář.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1 SOCIÁLNÍ PATOLOGIE A SOCIÁLNÍ DEVIACE

Procházka chápe pojem sociální patologie jako „*souhrn pro takové projevy chování, které společnost klasifikuje jako nežádoucí (sociálně patologické), protože podstatně porušují sociální, morální či právní normy společnosti.*“ (Procházka, 2012, str. 134). Sociálně patologické jevy popisuje jako „*jevy, které jednoznačně porušují historicky vybudované hodnoty a normy dané společnosti a narušují tak bezkonfliktní soužití společnosti.*“ (Procházka, 2012, str. 133)

Mühlprach definuje sociální patologii jako „*pojem pro nezdravé, nenormální, obecně nežádoucí společenské jevy, tzn. společnosti nebezpečné, negativně sankciované formy deviantního chování, ale hlavně označení pro studium příčin jejich vzniku.*“ (Mühlprach, 2002, str.6) Sociální deviaci definuje jako „*nepřízpůsobení se dané normě nebo sadě norem, které jsou významným množstvím lidí akceptovány v určité komunitě nebo společnosti.*“ (Mühlprach, 2002, str. 6) Dále podotýká, že deviace se vyskytuje v každé společnosti nebo kultuře. Procházka rovněž upozorňuje na to, že „*každá norma deviaci předpokládá*“ (Procházka, 2012, str. 136). Procházka vychází z tvrzení, že „*tam, kde chybí norma, je zároveň postrádána deviace, a to i v opačném směru pohledu.*“ (Jedlička, Kořa, 1998, str. 100)

Fischer a Škoda považují za sociální patologii „*souhrnné označení nezdravých, abnormálních a obecně nežádoucích společenských jevů.*“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 13) Vycházejíce z publikace Hrčky Sociální deviace (2002), tyto autoři dále podotýkají, že „*sociální patologie se tedy zabývá zákonitostmi takových projevů chování, které společnost hodnotí jako nežádoucí, protože porušují její sociální, morální či právní normy.*“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 14) Durkheim sociální patologii „*považuje za vědu o chorobách a nepříznivých skutečnostech v rámci dané společnosti, které se stávají její organickou součástí.*“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 14)

Rozdíl mezi sociální patologií a sociální deviací je v tom, že sociální deviace nemusí být vždy negativní neboli patologické, oproti tomu sociálně patologické jevy jsou pro společnost negativní vždy. Fischer a Škoda definují sociální deviace jako „*způsob jednání, které není konformní vůči společenské normě, jež je akceptována většinou populací. Za sociální deviaci je považováno narušení jakékoliv sociální normy.*“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 14)

Existuje řada pohledů, které z různých hledisek posuzují deviaci. Fischer a Škoda mluví o pohledu absolutistickém, moralizujícím, medicínském, statistickém a relativistickém. Pohled absolutistický je extrémní, neboť předpokládá, že sociální normy jsou zcela jednoznačné a srozumitelné. Za deviantní chování se považuje jakékoliv odchýlení od normy. Pohled moralizující rozděluje společnost na skupinu morálních nedevariantů a nemorálních deviantů. Morální nedevarianti se vždy řídí pravidly společnosti a u nemorálních deviantů předpokládá vrozenou dispozici, kterou je nemorálnost. Medicínský pohled považuje deviantní chování za příznak nemoci společnosti. Statistický pohled vnímá deviantní jevy jako jevy mimo statistickou normu neboli vzdálenost od průměru. Relativistický pohled je pohledem současným, klade důraz na pochopení jevů pouze v kontextu dané kultury a společnosti. Deviaci lze tedy posuzovat pouze z hlediska sociokulturního prostředí, v níž k ní došlo, a tedy to, co je považováno v jedné kultuře za deviantní, v odlišné kultuře být deviantní nemusí. (Fischer, Škoda, 2009)

Ondrejkovič charakterizuje 3 podoby sociálního chování – normokonformní, nonkonformní a deviantní. Lidé, kteří se chovají normokonformně, jednají v souladu s normami společnosti. Nonkonformní chování je chováním nápadným, ne zcela obvyklým, avšak v rámci tolerančního limitu. Deviantní chování dále rozlišuje na disociální, asociální a antisociální, delikventní a kriminální. (Ondrejkovič, 2009)

### **1.1 Normy, sociální kontrola a sankce**

V dávnověku se jedinec nacházel ve stavu, kdy nebyla určena žádná pravidla, měl pouze práva, ale nikoliv povinnosti - mohl tedy dělat vše, co chtěl, a proto se jeho chování nedalo považovat za konformní ani za deviantní. Až se vznikem společenství, která si stanovovala určitá pravidla, a to jak zákonem či společensky daná, vzniká chování, která se vůči těmto zákonům dá hodnotit jako konformní anebo deviantní. Aby společnost přinutila jedince dodržovat normy, uděluje mu určité sankce. Mühlprach rozděluje sankce na pozitivní a negativní a dále na sankce formální a neformální. Se sankcemi úzce souvisí pojem sociální kontrola. Mühlprach rozděluje sociální kontrolu na vnitřní a vnější kontrolu. V rámci vnitřní kontroly jedinec kontroluje sám sebe. Vnější kontrola je naopak vykonávána okolím daného jedince, a to jak rodinou či vrstevníky, tak institucemi, jejichž cílem je dohlížení na konformitu chování (policie, soudy, vězení apod.). (Mühlprach, 2002)

Ve společnosti existují dva druhy norem – normy právní a normy etické. Právní normy jsou stanoveny zákonem a za jejich nedodržení následuje sankce. U nedodržení etických norem může dojít k vyloučení jedince ze společenství. (Procházka, 2012)

Hranice mezi normalitou a abnormalitou se bude měnit v závislosti na čase, na aktuálním kulturním, hodnotovém a kognitivním vývoji společnosti, na situaci, na postavení jednotlivce ve společnosti a na posuzovateli. To znamená, že chování, které dnešní společnost považuje za deviantní, v minulosti takto posuzováno být nemuselo a budoucí generace na tuto problematiku budou také nahlížet odlišně. Stejně jako se liší kultury různých společenství, tak se liší i jejich náhled na to, co považují za konformní či deviantní chování – např. kultura západní a východní. (Procházka, 2012)

Existuje několik teoretických východisek, která se zaměřují na výklad pojmu normalita. Statistické pojetí normality vychází z četnosti nebo intenzity posuzovaných projevů. Statistický způsob lze použít u jevů, které lze kvantifikovat. (Fischer, Škoda, 2009)

Sociokulturní pojetí normality je přístup, v němž je normální to, co je v dané společnosti a kultuře obvyklé. Vliv na hodnocení má tradice. Společnost někdy může hodnotit jevy, se kterými ještě nemá dostatek zkušeností, stereotypně a k lidem, kteří jsou nějakým způsobem odlišní a nesplňují běžná očekávání, zaujímat negativní postoj. Odlišné jevy a jedince má potom společnost tendence etiketizovat. Rovněž média zde hrají podstatnou, ne vždy pozitivní, roli. (Fischer, Škoda, 2009)

Hodnocení normality se může lišit přístupem různých společenských skupin, proto je dalším teoretickým východiskem norma skupiny. Normy, které jsou pro určitou skupinu stanoveny (vymezeny mohou být generačně, profesně, etnicky, náboženstvím, zdravotním postižením apod.), se nazývají dílčí, skupinové normy. Jsou specifické pro určitou část populace nebo společenské skupiny. (Fischer, Škoda, 2009)

Mediální norma je často idealizovanou realitou, neboť jako normu prezentuje určitý symbol, který však není v běžném životě standardem. Funkční pojetí normality pokládá za normu vše, díky čemuž může jedinec uspokojovat své potřeby a zájmy, a to bez ohledu na způsob dosažení cíle a použité prostředky. (Fischer, Škoda, 2009)

Sociální kontrola existuje všude, kde existuje sociální norma. Stanovením určité sociální normy vždy dojde ke vzniku sociální deviace. Procházka o sociální kontrole říká: „*sociální kontrola kontroluje dodržování pravidel a sociálních norem, tzn. dodržování a fungování konformity se sociálními normami.*“ (Procházka, 2012, str. 139)

V každé společnosti existuje toleranční limit. *„Toleranční limit bychom mohli vymezit jako míru variability snášenlivosti k chování a dodržování norem druhými jednotlivci.“* (Fischer, Škoda, 2009, str. 15)

Sociální kontrola existuje všude, kde existuje sociální norma. Stanovením určité sociální normy vždy dojde ke vzniku sociální deviace. Procházka o sociální kontrole říká: *„sociální kontrola kontroluje dodržování pravidel a sociálních norem, tzn. dodržování a fungování konformity se sociálními normami.“* (Procházka, 2012, str. 139)

## **1.2 Teorie sociálních deviací**

Teorií vzniku deviací existuje mnoho, pro účely této práce pak byly využity teorie, kterými se zabývají Giddens a Munková. Teorie sociálních deviací lze rozdělit na tři základní teoretické proudy – biologické, psychologické a sociologické. Giddens však upozorňuje na ne zcela přesvědčivé vysvětlení vzniku sociálních deviací z hlediska každé teorie zvlášť, avšak dohromady tvoří alespoň základní představu o vzniku těchto jevů. (Giddens, 1999) Munková rozdělila teorie deviantního chování na teorie vycházející z tradice chicagské školy, teorie anomie, teorie kultur a subkultur, teorie sociální kontroly, etiketizační teorie, fenomenologické teorie a etnometodologie, feministické teorie a teorie radikální kriminologie. (Urban, Dubský, Bajura, 2012)

### **1.2.1 Biologické teorie**

První z těchto teorií jsou biologické teorie zločinu a deviace. Průkopníci biologických teorií zločinu a deviace, teorií dnes již ne zcela aktuálních, jsou především Paul Broca a Cesare Lombroso. Broca tvrdil, že mozky a lebky zločinců se liší od mozků a lebek občanů zákonů dbalých. Lombroso (1911) zastával názor, že předpoklady ke kriminalitě jsou biologicky dané a že člověk se v podstatě jako kriminálník již rodí. Podle jeho názoru šlo rozlišit kriminální typy podle tvaru lebky. Richard Dugdale (1877) zkoumal vlivy dědičnosti na kriminální sklony a to pomocí studia rodokmenů. Avšak ani zkoumání rodokmenů nelze hodnotit jako průkazné z hlediska dědičnosti kriminality, neboť tato metoda nedokáže oddělit vlivy okolí. William A. Sheldon (1949) rozdělil tři typy lidí podle stavby jejich těla. Jeden z těchto typů určil jako spojený s delikvencí. Jednalo se o typy meziformní, ektomorformní a endomorformní. Meziformní typy jsou lidé s atletičtější a svalnatější stavbou těla a tato skupina je podle něj náchylnější ke kriminalitě. Problémem této teorie však je, že

nevyovídá o vlivu dědičnosti. Další výzkumy se zabývaly chromozómy v genetické výbavě. Objevila se teorie, že mezi delikventy je výrazný podíl mužů s nadbytečným chromozomem Y. Avšak další badatelé v této oblasti měli nejednoznačné výsledky a ukázalo se, že rozdíly jsou způsobeny malým počtem zkoumaných vzorků. Tato teorie byla vyvrácena zkoumáním většího množství reprezentativního vzorku populace. (Giddens, 1999) *„Nadále nelze vyloučit, že existuje souvislost mezi biologickými faktory a určitými typy zločinů. Nemáme však žádné přesvědčivé důkazy, že by takové osobnostní rysy byly dědičné, a i kdyby byly, jejich vztah ke kriminalitě by byl přinejlepším velmi vzdálený.“* (Giddens, 1999, str. 191)

### 1.2.2 Psychologické teorie

Psychologické teorie rovněž hledají souvislost mezi kriminalitou a typem osobnosti. *„Podle Freuda má náš smysl pro morálku do značné míry původ v sebeomezích, která si malé děti vštěpují v oidipovské fázi vývoje. Vzhledem k povaze svého vztahu k rodičům si některé děti toto omezení nikdy nevytvoří, takže jim základní smysl pro morálku chybí. Tito psychopaté jsou považováni za uzavřené, bezcitné jedince, kteří mají potěšení ze samoučelného násilí.“* (Giddens, 1999, str. 191) Avšak Giddens dále dodává, že všechny výzkumy týkající se údajných psychopatických jedinců a jejich sklonů ke kriminální činnosti byly provedeny na věznicích, a proto kdybychom vlastnosti takového člověka brali jako pozitivní, není důvod, proč by měly být předpoklady ke zločinnému chování. Giddens dochází k závěru, že nelze jednoznačně říct, zda nějaký typ osobnosti je předurčen ke kriminálnímu jednání. (Giddens, 1999)

### 1.2.3 Sociologické teorie

*„Jedním z nejvýznamnějších aspektů sociologického pojetí zločinu je důraz na souvislosti mezi konformitou a deviací v různých sociálních kontextech.“* (Giddens, 1999, str. 192) Edwin H. Sutherland (1949) zkoumal diferenciatní asociace v souvislosti se zločinem. Základní myšlenkou diferenciatní asociace je, že podle toho, v jakém sociálním prostředí se pohybujeme a s jakými lidmi se stýkáme, především pokud jde o nositele kriminálních norem, se stáváme delikventy či zločinci. Kriminální jednání je podle Sutherlanda především naučené v primárních skupinách, největší vliv na nás podle jeho názoru mají vrstevnické skupiny. (Giddens, 1999) Robert K. Merton (1957) přispěl do sociologických teorií deviantního a kriminálního chování svou teorií anomie



jako příčinou zločinu. Vycházel z pojmu anomie, tento pojem do sociologie zavedl Durkheim, který anomii popsal jako stav, jenž „vzniká tam, kde chybějí jasné normy, jimiž by se chování v určité oblasti společenského života řídilo. Za takových okolností se lidé podle Durkheima cítí dezorientovaní a nejistí. Proto představuje anomie jeden ze sociálních faktorů, jež ovlivňují sklony k sebevraždě. V Mertonově pojetí se termínem anomie rozumí napětí, kterému je chování jedince vystaveno v důsledku konfliktu mezi akceptovanými normami a sociální realitou.“ (Giddens, 1999, str. 193)

V dnešní kapitalistické společnosti se klade důraz na úspěch v materiální sféře. Často je možné se setkat s názorem, že nezáleží, z jaké vrstvy člověk pochází, ale tvrdou prací a sebekázní lze dosáhnout úspěchu. Toto tvrzení není úplně pravdivé, neboť pomyslná startovní čára hraje v životě člověka podstatou rolu. Jedinci, kteří v materiální sféře neuspějí, jsou často odsuzováni. Společnost tak na jedince vytváří tlak, který může vést k tomu, že se jedinec bude chtít prosadit prostředky, které mohou být i nelegitimní. Giddens uvádí, že „Merton rozlišuje pět možných reakcí na konflikt mezi hodnotami, které společnost hlásá, a omezenými prostředky k jejich dosažení.“ (Giddens, 1999, str. 194) Většina populace jsou konformisté – přijímají a řídí se hodnotami společnosti, které jsou všeobecně sdílené, a k dosahování těchto hodnot používají běžné postupy. Menší skupinou populace jsou inovátoři, kteří přijímají všeobecně sdílené hodnoty společnosti, ale postupy k jejich dosahování jsou nelegitimní nebo protiprávní. Ritualisté dodržují pravidla jen proto, že existují, ale nehraje přitom roli, jaké mají mít pravidla smysl. Jedná se např. o osoby, které se věnují nudné práci, přestože v této práci není šance se nějakým způsobem prosadit a odměna za práci není náležitě vysoká. Odpadlíci již zcela opustili soutěživý přístup, který společnost zastává, tudíž odmítli i dnešní hodnoty a způsoby k jejich dosažení. Rebelové odmítají aktuální existující hodnoty a normy společnosti a snaží se je nahradit jinými. (Giddens, 1999)

Pozdější autoři spojili teorie Sutherlanda a Mertona a doplnili tak mezery v jejich výkladech. Cloward a Ohlin (1960) sledovali party mladistvých delikventů a došli k názoru, že vznik těchto part je typický v subkulturních komunitách, přičemž šance členů těchto komunit dosáhnout úspěchu legitimním způsobem je velice malá.

Cohen (1955) přišel s teorií, že členové gangů nepáchají trestnou činnost krádeže kvůli hmotnému majetku, ale protože se tento akt stává odmítnutím hodnot většinové společnosti, stejně je tomu tak i u rvaček a vandalismu. Cohen došel k názoru, že takovéto subkultury vznikají, protože „nenalézají řešení v rámci společnosti jako celku. Společná interakce mnoha aktérů s podobnými problémy je tedy zdrojem

vzniku subkultur a zdrojem výběru odlišných řešení problémů.” (Munková, 2001, str. 49) Subkulturu gangu charakterizoval neutilitárním jednáním, zlomyslností, negativismem, hédonismem, proměnlivostí a skupinovou autonomií. Cohen považuje za počátek odchýlení se od konformního chování a začátek chování deviantního chování vstup do školy, neboť ve škole se jedinec poprvé setkává s autoritou, která je v podstatě zosobněním střední třídy a jejich hodnot. Ve škole si jedinec poprvé uvědomuje své postavení a v případě, že dojde ke školní neúspěšnosti, je trvale zařazen do skupiny neúspěšných. (Munková, 2001) *„Záškoláctví tedy může být reakcí na pocíťovaný neúspěch a může být v tomto kontextu interpretováno jako negace hodnoty vzdělání.”* (Munková, 2001, str. 50) Hodnoty gangů jsou odlišné od hodnot sdílených většinou společností, protože si členové těchto gangů uvědomují své vlastní nízké postavení ve společnosti. Dosahování úspěchu skrze nelegitimní způsoby se však netýká pouze nejslabších vrstev společnosti, ale např. i skupin lidí pod názvem tzv. bílé límečky (zpronevěra, podvody, daňové úniky). (Giddens, 1999)

Zastánci etiketizační teorie *„nevnímají deviaci jako soubor charakteristických rysů jednotlivců či skupin, ale jako proces interakce mezi deviantní a nedevariantní částí populace. Podle nich musíme zjistit, proč někteří lidé dostávají etiketu deviantů, chceme-li pochopit povahu deviace jako takové.“* (Giddens, 1999, str. 195) Pokud dospívající jedinec dostane nálepkou delikventa, toto stigma kriminálního mu již zůstane. Lennert (1972) rozlišuje primární a sekundární deviaci. Primární deviací označuje první prohřešek, sekundární deviací stav, kdy jedinec přijme etiketu, která mu byla dána, a začne sám sebe posuzovat podle této nálepky, neboli vnímá se jako deviantní. Etiketu dostávají většinou příslušníci slabších vrstev či z rodin, které okolí nepovažuje za zcela spořádané. (Giddens, 1999) Giddens dodává, že *„proces ‚učení se deviací‘ bývá umocňován právě těmi institucemi, jejichž údajným smyslem je deviantní chování napravovat - polepšovnamí, vězeními, psychiatrickými léčebnami. Význam etiketizační teorie spočívá v tom, že vychází z představy, podle které žádné jednání není kriminální samo o sobě. Co je kriminální, to definují nositelé moci prostřednictvím zákonů a tím, jak je interpretují policie, soudy a nápravná zařízení.“* (Giddens, 1999, str. 196)

Cornish a Clarke (1986) se pokusili interpretovat kriminalitu jako racionální volbu. Jedinec se sám rozhodne, že kriminální čin spáchá. Většinou k této volbě, obzvláště u méně závažných činů, dochází na základě situačního rozhodnutí, jedinec využije šance, pokud se mu naskytne. (Giddens, 1999)

#### 1.2.4 Chicagská škola

Ve 20. a 30. letech 20. století na univerzitě v Chicagu vznikla sociologická škola, která se zabývala výzkumem sociálně deviantních jevů. Představitelé této školy kromě teoretických východisek pracovali na empirických výzkumech a sociologických metodách. (Urban, Dubský, Bajura, 2012)

William Isaac Thomas již v roce 1909 nesouhlasil s tehdy aktuální teorií rasových příčin, která předpokládala rozdílné duševní schopnosti u různých příslušníků ras. (Urban, Dubský, Bajura, 2012) Do sociologie zavedl pojem sociální dezorganizace, který označuje „*proces rozkladu sociálního pořádku i jeho výsledek.*“ (Urban, Dubský, Bajura, 2012, str. 108) „*Pojem sociální dezorganizace byl poprvé použit na začátku 20. let 20. století. Dezorganizace představuje společně s reorganizací v teoriích chicagské školy jednu z přirozených reakcí společnosti na probíhající (a od podstaty přirozené) změny – zejména v oblasti normativní struktury daného společenství – iniciované procesy industrializace a urbanizace. Dezorganizací se rozumí snížená schopnost zavedených sociálních institucí kontrolovat chování jedinců, řešit závažné a sdílené problémy. Dále se jedná o úpadek sociálních organizací, skupin a s tím související absenci smyslu společenství. To vše se projevuje úpadkem vlivu existujících sociálních pravidel, neschopností skupiny realizovat sociální činnosti společné hodnoty a zajistit vlastní seberegulaci.*“ (Urban, Dubský, Bajura, 2012, str. 92 – 93) Deviaci poté W. I. Thomas vnímá jako „*důsledek oslabení sociální kontroly, nikoliv jako příčinu úpadku komunity.*“ (Urban, Dubský, Bajura, 2012, str. 93) Teorie sociální dezorganizace nevidí příčinu deviantního chování v jednotlivcích a jejich vlastnostech, ale chápou ji jako reakci na abnormální sociální podmínky.

Představitelé chicagské školy se dále zabývali ekologickými studii sociálních deviací. Tyto teorie dávaly do souvislosti ekologii města a sociální deviace. Hlavními představiteli této teorie jsou Robert E. Park a Ernest W. Burgess, kteří ve svých teoriích vychází z Durkheimovy teorie anomie. Burgess je autorem teorie koncentrických zón. Tato teorie se zabývala výskytem kriminality v městských oblastech, které byly určitým způsobem specifické. Toto prostředí Burgess nazýval přirozenou oblastí kriminality, které díky „*dysfunkčním sociálním institucím (rodina, škola aj.), procesu sociální dezorganizace a oslabené sociální kontrole podporují delikventní životní dráhy obyvatel.*“ (Urban, Dubský, Bajura, 2012, str. 94)

Jednou z novějších teorií vzniku sociálních deviací je teorie rozbitých oken, jejíž autoři jsou James Q. Wilson a George Kelling. „*Její základním předpokladem je tvrzení, že činnost (delikvence, společenský nepořádek) je nevyhnutelným důsledkem*

*zanedbanosti a fyzického chátrání životního (veřejného) prostoru. Lidé mají údajně tendenci chovat se adekvátně k povaze (stavu) svého okolí.“ (Urban, Dubský, Bajura, 2012)*

## 2 SOCIALIZACE A ZÁTEŽOVÉ SITUACE

Helus definuje socializaci jako „proces utváření osobnosti jejím začleňováním do společnosti pro život v této společnosti.“ (Helus, 2003, str. 93) To znamená, že „jedinec přijímá za své určité zásady, hodnoty, způsoby chování, názory, postoje apod., které jsou v dané společnosti náležité, správné, nutné.“ (Helus, 2003, str. 93) Socializace probíhá po celý život jedince, velice důležitá je obzvláště v dětství a dospívání.

Cílové aspekty socializace jsou „individualizační autonomizování a sociální integrování socializovaného jedince.“ (Helus, 2007, str. 83) V rámci socializace by mělo docházet k rozvoji individuality jedince, nároky společnosti by neměli jeho individualitu tlumit, ale měly by být pro něj výzvou. Současně s rozvojem osobnosti daného jedince by mělo docházet k rozvoji společnosti, a aby se jedinec podílel na společenských procesech. V případě interiorizace hodnot a norem společnosti se jedinec chová i bez kontroly tak, jako by kontrolován byl. V případě, že je socializace funkční, hovoříme o personalizaci.

Socializace může probíhat funkčním anebo nefunkčním způsobem. Helus považuje za funkční socializaci, když si jedinec „přisvojuje hodnoty (životní cíle, to, oč mu jde) a normy (pravidla jednání), zabezpečující sounáležitost vzájemně se respektujících lidí, napomáhajících si v individuální personalizaci a dbalých věcí společného zájmu.“ (Helus, 2007, str. 93) Oproti tomu za nefunkční socializaci považuje, když „jedinec je ovládán hodnotami a normami, které jej orientují k životu proti druhým lidem, či na jejich úkor, anebo paralyzují potenciality jeho růstu/rozvoje tak, že je socializačně mrzačen.“ (Helus, 2007, str. 94) Dysfunkční socializace se podílí na vzniku sociálních deviací.

### 2.1 Socializační mechanismy

Socializační mechanismy jsou „všechny druhy učení, které jsou aktualizovány konkrétními okolnostmi začlenění dotyčného jedince – do rodiny, školy, party, dění ulice.“ (Helus, 2003, str. 93) Tato forma učení se nazývá socializační učení. Socializace probíhá dvěma způsoby – nezáměrně a bezděčně anebo záměrně řízena okolím. Cílem socializace je rozvinutí druhových vlastností jedince, znaků jeho příslušnosti, individuálních zvláštností a začleňování do společnosti. (Helus, 2003)

Jinými slovy lze říci, že socializace probíhá ve třech úrovních transformace osobnosti - antropogeneze, utváření a vývoj modální osoby a individuální biografie. (Helus, 2007)

Procesem socializace se stáváme plnohodnotnými lidskými bytostmi. J. Itard ve svých spisech (1801, 1807) popisuje chlapce Viktora, který socializací neprošel. Viktora našli a odchytili v lese, kde žil mimo společnost a choval se jako zvíře. Z vesnice, kam jej zavedli, brzy poté utekl do skal. Chlapec byl špinavý, živil se potravou, kterou našel v přírodě, trpěl tiky, kýval se ze strany na stranu a byl agresivní k lidem, kteří se o něj snažili pečovat. Po znovudochycení byl předán do státního ústavu pro hluchoněmé. Odborníci jej popisovali jako tvora s velice vysokou mírou tuposti, očima bez fixního pohledu, s nevyvinutým sluchovým orgánem, bez lidského hlasu, s tendencí otírat si výkaly o místo, kde spí, bez schopnosti napodobování, koncentrace pozornosti, schopnosti zapamatování si apod. V ústavu jej diagnostikovali jako idiota odloženého svými rodiči. Chlapec byl předán doktoru Itardovi, který vyvrátil tvrzení, že Viktor je idiot. Argumentoval tím, že idiot by nedokázal přežít odloučen od lidí a odkázán jen sám na sebe.

Naopak, Itard dokonce poukázal na až skoro nadprůměrné Viktorovy schopnosti, vzhledem k jeho schopnosti přežít takovým způsobem v přírodním prostředí. Jen způsob, jakým tyto schopnosti realizuje, jsou pro naši společnost nepochopitelné, avšak Viktor neměl možnost se naučit způsobům naší civilizace. Itard měl za cíl Viktora socializovat a polidštit. Jeho cíl se alespoň částečně naplnil, o posledních letech Viktora života není příliš mnoho zpráv, známo však je, že zemřel předčasně. (Helus, 2003) Helus dále uvádí několik důvodů, proč se Itardovi jeho polidšťování zcela nezdařilo. Viktor byl již od dětství velice citově deprivován, protože si neměl možnost vytvořit silné citové pouto s pečující osobou. Během procesu polidšťování Viktor nezažil vztahy, které by byly založeny na rovnosti, ale spíše v nich figuroval jako objekt experimentu. (Helus, 2007)

## **2.2 Socializující prostředí**

*„Socializace se tedy odehrává v různých prostředích a tato různá prostředí jsou v různých vztazích vůči sobě navzájem i vůči celku společnosti.“* (Helus, 2007, str. 88) Tato prostředí Helus nazývá mikroprostředím, mezoprostředím, exoprostředím a makroprostředím. (Helus, 2007)

Mikroprostředí tvoří na počátku života jedince jeho symbiotický vztah s matkou, poté zbytek rodiny. V tomto prostředí se jedinec orientuje, zažívá zde pocit jistoty a bezpečí, toto místo je jedinci útočištěm. Mezoprostředí je tvořeno různými

mikroprostředími. Tato mikroprostředí by měla sdílet společný zájem a s narůstajícím věkem jedince narůstá i množství těchto mikroprostředí. Jedná se např. o školu, pracoviště, sportovní oddíl apod. Růst těchto prostředí je nutný k tomu, aby jedinec objevoval další mezilidské vztahy, různé činnosti, reagoval na rozdílné nároky apod. Důležité jsou rovněž transkontextuální sociální vazby – něco známého přechází s jedincem do nového prostředí, dochází tak k předcházení adaptační krize. Pro úspěch socializace je rovněž důležitá transkontextuální činnost, kdy jedinec může propojit své znalosti, které získal v jednom prostředí, do druhého. (Helus, 2007)

Exoprostředí je „prostředí, s nímž jedinec není v bezprostředním kontaktu, ale o kterém si přesto činí představu, ke kterému má vztah a o které se zajímá. Děje se tak skrze lidi, které dobře zná, kteří jsou mu blízcí, se kterými se ztotožňuje.“ (Helus, 2007, str. 91) Makroprostředí je „prostředí, které jedince začleňuje do velkých společensko-kulturních celků.“ (Helus, 2007, str. 91)

### 2.3 Socializační procesy

Helus uvádí čtyři významné socializační procesy. Jsou jimi raná symbiotická vazba, zvnitřňování na základě identifikace, učení zpevňováním a kognitivně sociální učení. (Helus, 2007)

Ranou symbiotickou vazbu si na začátku života jedince vytváří dítě s matkou. Tato symbiotická vazba je založena důvěrném a láskyplném vztahu, díky němuž se dítě může cítit v bezpečí, i přes své nerozvinuté orientační schopnosti. Skrze matku si dítě může uspokojit své základní potřeby. Na toto téma se orientoval R. Spitz, který zkoumal děti v ústavní péči, které symbiotickou vazbu neprodělaly. Projevoval se u nich deprivace syndrom. Spitz totiž uvádí, že po oddělení dítěte fyzicky s tělem matky, je potřeba psychickou spojení mezi matkou a dítětem. Bez této psychické fúze s matkou je dítě zmatené a traumatizované. J. Bowlby označuje potřebu dítěte být psychicky blízko pečující osobě jako připoutání. (Helus, 2007) Po zdravém procesu připoutání následuje pomalý nástup svébytnosti. V případě nezdárného procesu připoutání dochází u dítěte k fixaci – dítě si potřebuje uspokojit potřebu bezpečí a lásky, kterou během tohoto procesu nedostalo. Mahlerová nazývá proces zdravého odpoutávání se fází separace – individuace.

Helus definuje proces interiorizace jako „přetvoření nějakého příkazu (požadavku, postoje, cíle) vyjadřovaného/zastávaného někým druhým v příkaz, který si ukládám já sám.“ (Helus, 2007, str. 112) Specifickou variantou je zvnitřňování na základě identifikace. Identifikaci lze definovat jako proces, kdy dítě „přejímá za své

*určité postoje druhého člověka (matky, otce) tím, že se jakoby tímto člověkem samo stává.“ (Helus, 2007, str. 113)*

Učení zpevňováním může probíhat kladným způsobem na základě odměny anebo negativním způsobem formami trestu. Učení zpevňováním má dva druhy – učení emocionálně vegetativní a instrumentální. V rámci učení emocionálně vegetativního se jedinec učí *„spojovat s určitými podněty (osobami, událostmi, situacemi) vegetativní reakce (např. pocení, nevolnost, nespavost) a emoce (např. radost, úzkost, napjaté očekávání.“ (Helus, 2007, str. 115)* V rámci učení instrumentálního se učíme používat určité vzorce chování k dosažení cílů. A. Bandura zavedl pojem observační učení. Jedná se o učení zástupné (jedinec sleduje zpevňovaný model), kognitivní (důležitou roli zde hrají kognitivní procesy) a sociální (vstup druhých osob). (Helus, 2007)

## **2.4 Socializační činitelé**

*„Socializačními činiteli jsou instituce (zařízení, sociální útvary) a osoby, které socializačně působí. Pokud jde o instituce, jimiž jsme ovlivňováni, jde na prvním místě o rodinu, dále o školu a další výchovná zařízení, i o různé sociální skupiny.“ (Helus, 2003, str. 96)*

Během socializace v rodině by si dítě mělo uspokojit potřeby akceptace, lásky, identifikace a vciťování se, vzájemnosti apod. Funkční rodina je schopna tyto potřeby uspokojit, přestože samozřejmě může procházet v rámci svého fungování krizemi. Oproti socializačnímu prostředí rodiny, která je intimním svazkem, je socializační prostředí školy prostředím veřejným. Helus uvádí pět rovin socializačního působení školy. Je jimi rovina poznávacích aktivit, rovina zadávání úkolů, vytyčování požadavků a plnění povinností, rovina hodnocení, rovina sebe prezentace a rovina spolužákovské vzájemnosti. Význam socializace vztahů mezi vrstevníky narůstá v období adolescence a vrstevnické vztahy je možné rozdělit do tří skupin – hromadné pospolitosti, malé skupiny a důvěrná přátelství. (Helus, 2003)

## **2.5 Zátěžové situace**

Vágnerová definuje frustraci jako situaci, kdy *„je člověku znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak bude.“ (Vágnerová, 2012, str. 48)* Překonat frustraci lze *„odložením*



*uspokojení, posílením vytrvalosti a úsilí, změnou motivu či rezignací.“ (Vágnerová, 2012, str. 49)*

Konflikt se stává patogenním, pokud je *„skutečné závažný, trvá příliš dlouho, zahrnuje osobně důležitou oblast a pokud jej člověk neumí řešit.“ (Vágnerová, 2012, str. 49)* Vnitřní konflikty se odehrávají ve vědomí a Vágnerová jimi označuje *„střetnutí dvou vzájemně neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí.“ (Vágnerová, 2012, str. 49)*

Frustrace a konflikty se dají označit jako daily hassles neboli denní mrzutosti a nepatří mezi závažnější zátěžové faktory. Zátěžovými faktory by se mohly stát v případech jejich nahromadění. (Vágnerová, 2012)

Stres lze definovat jako *„stav nadměrného zatížení či ohrožení.“ (Vágnerová, 2012, str. 50)* Stres není pouze negativním faktorem, některá varianta jedince stimuluje a řada lidí jej dokonce vyhledává kvůli pocitům, jež způsobuje vyplavení endorfinů do mozku. Negativně prožívané stresové situace mají charakteristické znaky, kterými jsou pocit neovlivnitelnosti situace, pocit nepředvídatelnosti vzniku stresové situace, pocit nezvládnutelnosti situace a nepříjemný tlak okolností vyžadujících příliš mnoho změn. Při prožívání stresu dochází ke změnám v emočním prožívání (úzkost, obavy, hněv apod.), ke změnám kognitivních funkcí (pesimističtější uvažování, zhoršení koncentrace, vtíravé myšlenky apod.) a aktivizují se psychické obranné reakce. (Vágnerová, 2012)

Vágnerová definuje trauma jako *„náhle vzniklou situaci, která má pro jedince výrazně negativní význam, vede k určitému poškození nebo ztrátě.“ (Vágnerová, 2012, str. 52)* Při traumatu dochází k potížím v emoční oblasti, konkrétně ke ztrátě pocitů jistoty a bezpečí, úzkosti, smutku apod. Uvažování jedince může být charakteristické nekritičností a bude se snažit uniknout před další traumatizací. (Vágnerová, 2012)

Helus uvádí, že trauma může u jedince vést ke vzniku deviace. Dochází k tomu tak, že *„jedinec prožije trauma, ústící v krizi nepříznivě poznamenávající jeho další socializaci. Hovoříme o tzv. traumatické krizi, vyvolané nějakou náhlou, otřesnou událostí, vrhající jedince do psychicky/prožitkově nezvládnutelného šoku.“ (Helus, 2007, str. 97)* Traumatická krize osoby, se kterou se děti a dospívající identifikují, může vést k tomu, že ji děti sami prožívají.

Vágnerová definuje krizi jako *„narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhrocení situace, dlouhodobé kumulace či situačního nárůstu problémů. Jejím typickým znakem je selhání adaptačních mechanismů.“ (Vágnerová, 2012, str. 53)* Může docházet k vývojovým krizím, které se objevují při přechodu z jednoho

vývojového stádia do ďalšieho. Krizi doprovádza negatívne emócie, ztráta pocitu jistoty a bezpečí, bezradnosť, zkratkovité jednaní a zmena jednaní. (Vágnerová, 2012)

Vágnerová definuje depriváciu ako „stav, kedy niektorá z objektívne významných potrieb, biologických či psychických, není uspokojovaná v dostatečnej miere, primeraným spôsobom a po dostatečne dlhú dobu.“ (Vágnerová, 2012, str. 53) Deprivácia má vliv na psychický stav jedinca i jeho psychický vývoj. Existujú určité „fázy zvýšenej citlivosti k určitému typu deprivácie“ (Vágnerová, 2012, str. 53), a to napríklad v ranom veku, kedy citová deprivácia môže mať ďaleko závažnejšie následky než ve veku pozdnejším. Existujú rôzne typy deprivácie; jsou jimi deprivácia biologických potrieb, podnetová deprivácia (stimulácia jedinca), kognitívna deprivácia (oblasť potreby učení), citová deprivácia (citový vzťah) a sociálna deprivácia (kontakty s ľuďmi). (Vágnerová, 2012)

Helus uvádza, že citová deprivácia u detí môže byť jednou z príčin pozdnejšieho vzniku deviacie. V prípade, že nedojde k ranému pripoutaniu k pečujúcej osobe, dieťa trpí depriváčnym syndromom. Depriváčny syndrom znamená, že „jedinca ztráca spôsobilosť vnímať lásku druhých ľudí k sebe a projevovať ji vŕči nim; nedokáže se vcítovať do druhých a očakávať vcítění druhých vŕči sebe; nedokáže rozpoznávať city druhých osob a komunikovať své vlastní citové stavy.“ (Helus, 2007, str. 95) Deprivanty lze rozdeliť do dvoch skupín na ofenzívnu (agresivita, deštrukcia) a defenzívnu (úzkosť, nejistota).

Zátěžové situácie rieši jedinca rôznymi spôsobmi – obrannými reakciami. Medzi obranné reakcie patrí útok, únik a coping. Útok je obrannou reakciou aktívnu, jedinca se rozhodne se situáciou bojovať. Útok je veden na zdroj ohrozenia alebo na náhradný objekt, môže dojsť i k autoagresii. Útok môže byť veden i socializovanou formou agrezie, a to asertivitou. K úniku dochádza v situáciách, kedy si jedinca neví rady, a preto se snaží ze situácie, ktorá se mu zdá neřešitelná, utéci. Oproti tomu coping je „vedomou voľbou určitej stratégie.“ (Vágnerová, 2012, str. 57)

Jedinca v záťažových situáciách prožíva i obranné reakcie, ktoré nejsou zcela uvědomované. Patří mezi ně popření (popření negatívnych informácií), potlačení a vytěsňení (zbavení se subjektivně nepřijatelných pocitů a myšlenek), fantazie (nahrazení nereálných uspokojujících zážitků), racionalizace (logické přehodnocení situácie), sublimace (uspokojení způsobem dostupným, který nahradí způsob nedostupný), regrese (odmítnutí samostatnosti), identifikace (ztotožnění s někým jiným, koho lze obdivovat), substituce (náhrada uspokojení nedosažitelného za

uspokojení jiné), projekce (promítání svých obav do jednání jiných lidí) a rezignace (jedinec se předem vzdává). (Vágnerová, 2012)

## 3 AGRESIVITA A NÁSILÍ

### 3.1 Definice

Agresivita má různé významy dle toho, jaký autor a v jakém období o tomto tématu hovoří. K. Lorenz tvrdí, že agresivita je způsobena pudy a nepotřebuje tedy podnět z vnějšího prostředí. (Lorenz, 2003) Naopak behavioristé začali hledat příčiny agresivity v okolí, J. Dollard zastává názor, že agresivita je reakcí na frustraci. (Nakonečný, 1996) Volavka uvádí, že *„agresivitou a násilím se rozumí manifestní, pozorovatelné chování, vedené úmyslem poškodit jiný organismus (zvíře či člověk) nebo předmět neživotný.“* (Fischer, Škoda, 2009, str. 46)

Vágnerová definuje agresivní chování jako *„porušení sociálních norem, omezující práva a poškozující živé bytosti či neživé objekty.“* Jako agresivitu označuje *„tendenci, pohotovost k násilnému způsobu reagování“* a pojem agrese charakterizuje jako *„reálný projev takového chování, který má charakter násilí.“* (Vágnerová, 2012, str. 757)

Fromm definuje agresi jako *„jednání, které působí nebo má za cíl působit škodu.“* (Vágnerová, 2012, str. 762) Ve své teorii rozděluje agresi na benigní a maligní. Benigní agrese je chápána jako obranný mechanismus, pomáhá člověku k přežití, neboť v případě ohrožení odstraňuje zdroj tohoto ohrožení. Maligní agrese znamená, že agrese sama je cílem. Agresivní chování, a s ním spojená krutost, jedince uspokojuje a vyhledává ji. Fromm dále klade důraz na láskyplné a lidské prostředí, v němž jedinec vyrůstá, protože toto prostředí je podmínkou k pozitivnímu vztahu ke světu. (Vágnerová, 2012)

Výklad agrese Freuda *„vychází z jeho pojetí pudu smrti, který chápe jako vrozenou tendenci člověka k agresi, jejímž cílem je destrukce. Agresivní pud není podle Freuda spojen s určitou tělesnou oblastí, ale je obecnější silou ovlivňující různé projevy živého organismu.“* (Vágnerová, 2012, str. 762) Bandura klade důraz na učení nápodobou, v případě, že dítě vyrůstá v prostředí, kde je agresivní jednání akceptováno a považováno za řešení problémů, jedinec toto chování přijme za své. Bandura a Walters v roce 1973 provedli na toto téma výzkum. Dětem z mateřských škol promítli film, ve kterém si různým způsobem jiné osoby hrály s panenkou. Děti, které viděly film, v němž si osoby hrály s panenkou agresivně, kopaly a ubližovaly ji, se poté chovaly k panence stejně. V případech, kdy byla osoba ve filmu odměněna za své chování, se děti k panence chovaly ještě agresivněji. (Vágnerová, 2012)

Z hlediska sociální patologie je agresivním chováním porušení sociálních norem, chování omezující práva a narušující sociální okolí. Toto chování se zpravidla objevuje v epizodách a četnost těchto epizod může být jakákoliv. Zvýšená četnost a intenzita agresivního chování se předpokládá u osob trpících zejména psychotickými poruchami a poruchami osobnosti.

Pojem násilí se užívá výhradně pro chování a jednání lidí, proto je nutné jej s pojmem agresivita nezaměňovat. Pojmem hostilita je označován nepřátelský postoj vůči sobě a okolí s agresivními projevy chování. Zdravá míra agresivity je asertivita. Jedná se o společensky přijatelný způsob zdravého sociálního prosazování. (Fischer, Škoda, 2009)

Druhy agresivity podle Nakonečného (Nakonečný, 1996, str. 204):

a) Zlostná agresivita

Jedná se o reaktivní formu agresivního chování. Jde spíše o impulzivní výraz afektu s minimální nebezpečností. V případě odplaty jde o jednání společensky nebezpečné. Patří sem projevy zášti a nenávisti, cílené způsobování bolesti, které přináší vnitřní uspokojení.

b) Instrumentální agresivita

Jedná se o prostředek k dosažení cíle. Agresivní chování nemusí být hodnoceno jako sociálně patologické v případech, že se jedná o odvrácení škod a nebezpečí – cílem tedy může být vlastní ochrana nebo ochrana blízkých. Negativně je hodnoceno chování, kdy se jedná o aktivní jednání zaměřené na uspokojování potřeb.

c) Spontánní agresivita

Spontánní agresivitou je agresivní chování, při kterém bolest druhých přináší jedinci emocionální uspokojení a uspokojení potřeb. Tyto potřeby mohou být i abnormální a patologické.

Volavka dále uvádí agresivitu predátorní a agresivitu ideologickou. Při agresivitě predátorní bývá primární motivací hmotný zisk. Při zhoršení sociálních podmínek dochází k vyšší četnosti agresivního jednání. Toto chování je typické pro profesionální vrahy a lupiče. Při agresivitě ideologické jde zejména o uspokojování potřeb bezpečí, jistoty nebo seberealizace společensky negativním způsobem. (Volavka, 2002)

### 3.2 Příčiny agresivního a násilného chování

Příčiny agresivity a násilí jsou vrozené (biologické) a získané (sociální). Vrozené dispozice k agresivnímu chování má každý jedinec a jsou individuální. (Nakonečný, 1999) Na biologický předpoklad u mužů má vliv hladina testosteronu. Jedním z dalších biologických předpokladů je změna ve struktuře nebo funkci centrální nervové soustavy. Rovněž úraz nebo onemocnění zde hrají podstatou roli, vyšší tendence k agresivnímu jednání je pozorovatelná u osob s poruchami psychického vývoje a hyperkinetickými poruchami. U sociokulturních dispozic se tendence k agresivnímu jednání rozvíjí především sociálním učením. Podstatný vliv na tento aspekt má rodina a jiné sociální skupiny (např. vrstevnické skupiny). Společnost obecně významně ovlivňuje agresivní chování – svým vlivem politickým, ideologickým, vlivy médií apod. (Fischer, Škoda, 2009)

Atkinson zastává názor, že agrese není pudovou či instinktivní záležitostí, ale že k ní dochází prostřednictvím pozorování a nápodobou. Lidé si vybírají vzorce chování, kterými mohou dosáhnout úspěchu, a jedním z těchto vzorců může být i agresivní jednání. Čím častěji tímto způsobem dosáhne jedinec úspěchu, tím častěji se toto chování bude opakovat. (Atkinson, 2003)

Významný výzkum, který poukazuje na agresi a vrůstání role do osobnosti, provedl Zimbardo. V uměle vytvořeném prostředí byly co nejpřesněji napodobeny vězeňské podmínky. Vysokoškolští studenti se dobrovolně do tohoto výzkumu přihlašovali. Pomocí testů se zjišťovalo, zda jedinci v minulosti nevykazovali antisociální chování. Poté proběhlo náhodné zařazení do skupin "vězňů" a do skupin "dozorců". Pobyt byl plánován na 14 dní, účastníci experimentu byli upozorněni na možnosti omezení jejich práv a svobod. Podmínky vězení byly ztvárněny co možná nejpřesněji – ubytování, stravování, oděv s přidělenými identifikačními čísly apod. Režim dne byl rovněž napodobením běžného dne ve vězení. Experiment musel být po 6 dnech ukončen, neboť agresivita a další patologické jevy u účastníků experimentu byly již neúnosné. U účastníků, kteří zastávali roli vězňů, se vyvinul tzv. syndrom vězně. U účastníků, kteří byli v roli dozorců, se vyvinul tzv. syndrom využívání moci. (Helus, 2011)

*„Relativně nejvíce tolerovanou je agrese, k jejímuž vzniku dochází z důvodu obrany. Dalším důvodem pro vznik agrese je pomsta. Zde je již tolerance nižší, neboť k agresivnímu chování a násilí nevede přímá reakce. Čin je plánován. Odlišným motivem je užití agrese a násilí jako alternativní formy uspokojování některých potřeb. Většinou potřeb materiálních, potřeb seberealizace, ale také citové akceptace formou*

*vydírání. V souvislosti s různými psychosociálními aspekty skupin a davů se může jednat i o způsoby vedoucí k ovládnutí většiny.*“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 53)

Studie Singera D. a Singera J. prokázaly, že častější agresivní jednání u dětí je spojeno se sledováním filmů obsahujících násilí. Avšak tyto studie nemohly postihnout důvody, které děti ke sledování těchto filmů vedly. Je totiž možné, že děti, které mají předpoklady k agresi, např. vrozenými dispozicemi, častěji vyhledávají pořady s agresivní tematikou. Studie Wooda došla k závěru, že u dětí, které často a dlouho sledovaly násilí, byla zjištěna vyšší agresivita i po 10 letech. Zajímavé je, že tyto fenomény se objevovaly pouze u mužského pohlaví. U děvčat se nepodařilo prokázat vliv sledování násilí na jejich agresivní chování. Eron ve své studii říká, že násilné chování si dítě osvojuje od nejranějšího věku, a to především v kritickém období 6 – 8 let. Násilné postoje a názory, jež dítě v tomto věku získá, s největší pravděpodobností v dospělosti nedokáže změnit. Huesmann uvádí, že násilné chování v dospělosti se pojí s internalizací vnitřních norem a tyto normy se od 8 let věku dítěte zásadně nemění. Vliv působení násilí v médiích na děti lze ovlivnit tím, že bude rodič přítomen u takových programů a dítěti vysvětlí důsledky daného jednání, rovněž minimalizace sledování pořadů s agresivitou a násilím je více než vhodná. (Fischer, Škoda, 2009)

K agresivnímu chování dochází velice často ve skupině. Je to způsobeno řadou faktorů. Jedinec ve skupině ztrácí svou vlastní identitu, která se stává identitou skupinovou. Jeho individualita a pocit odpovědnosti za sebe samého je redukována. Jedinec je v davu anonymizován. Chování, které by pro něj jako pro jedince bylo nepřijatelné, se stává ve skupině či davu možným. Ztrácí sebekritičnost, racionální uvažování je potlačeno, své chování nedokáže regulovat. Tato tendence se nazývá deindividuace. Objektem agrese skupiny bývá nejčastěji příslušník jiné sociální skupiny nebo jedinec, který je jiného společenského postavení než pachatelé agresivního jednání. (Vágnerová, 2012) Vágnerová uvádí, že *„již v dětském věku se symbolicky zmenšuje společenská závažnost jakéhokoliv nežádoucího činu, jestliže ho spáchala skupina. Dítě má pocit, že se tolik neprovinilo, když se stejným způsobem chovali i ostatní.“* (Vágnerová, 2012, str. 772 – 773)

Ve skupině rovněž mnohdy dochází k identifikaci s osobností vůdce. Jeho chování se stává normou pro ostatní účastníky skupiny, jeho chování je napodobováno. Vůdce je autoritou, vzorem, ideálem. Riziko identifikace s osobností vůdce je vysoké v období adolescence, neboť adolescent se nachází ve fázi života, kdy si není jistý svým životem a není sám se sebou vyrovnaný. Pro uznání a tím i zvýšení své vlastní hodnoty se chová tak jako členové skupiny, přejímá normy skupiny,

i kdyby tyto normy byly zásadně odlišné od norem společnosti. Avšak rizikovou skupinou nejsou pouze adolescenti, ale všichni lidé, kteří jsou méně úspěšní a nevyrovnaní. Potřebují uspokojit svou potřebu ocenění a uznání, a to za každou cenu. (Vágnerová, 2012)

### **3.3 Vandalismus**

Vandalismus je specifický typ agresivního chování a lze jej hodnotit jako delikventní, neboť toto chování bývá trestné. Jedná se o poškozování a ničení veřejného i soukromého majetku, které se logicky nedá zdůvodnit a pachateli nepřináší hmotný zisk. Důvodem, proč se jedinci dopouštějí vandalizmu, bývá pocit, že pachatel sám kontroluje svoji moc. Tento akt mu přináší potěšení anebo je ventilem k odreagování se. Tento jev se často pojí k dalším sociálně patologickým jevům, např. alkoholu a drogám. (Fischer, Škoda, 2009)

Hlavním znakem vandalizmu je iracionalita. Důležité je se zaměřit na motivaci pachatele k ničení majetku, neboť motivace je to, co odlišuje vandalizmus od jiných projevů násilí. U instrumentálního násilí není ničení majetku cílem, ale jen doprovodným jevem. Jednou z dalších motivací k vandalizmu je nuda a prázdnota. Potřeba lásky a seberealizace souvisí s potřebou zasáhnout do světa, dát o sobě vědět, nějakým způsobem vyrýt svou značku. Jde v podstatě o formu seberealizace, jedinci nejsou schopni normální seberealizace. Dalším možným důvodem, proč jedinci začnou s vandalizmem, je potřeba stát se členem party nebo postoupit v její hierarchii. (Fischer, Škoda, 2009)



## 4 ZÁVISLOST NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH

### 4.1 Definice

Vágnerová označuje za psychoaktivní látky „*látky, které mohou měnit psychický stav, obvykle subjektivně žádoucím způsobem.*“ (Vágnerová, 2012, str. 548) Důsledek jejich užívání je akutní intoxikace, zneužívání (abúzus), které lze označit rovněž za sebepoškozující chování, a závislost na užívání dané látky, jež je onemocněním jedince. (Vágnerová, 2012)

Fischer a Škoda za psychoaktivní látku považují „*každou látku, která ovlivňuje psychickou činnost. Některé psychoaktivní látky vyvolávají závislost.*“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 88) Za návykové látky považují „*každou chemickou látku, která mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost.*“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 88) Závislost dělí na fyzickou (somatickou) a psychickou. Za fyzickou závislost označují „*rozvoj nepříjemných tělesných příznaků (např. třesu, pocení, křečí, průjmů) po vysazení nebo prudkém snížení pravidelné dávky návykové látky.*“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 88) Za psychickou závislost označují „*touhu po opětovném navození příjemných duševních stavů.*“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 88) Dodávají, že často se jedná o psychosomatickou závislost, neboť soubor příznaků je komplexnější. Pojem droga definují jako „*nelegálně šířená a zneužívaná psychoaktivní látka vyvolávající závislost.*“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 88)

WHO uvedla kategorii stavů, které jsou vymezeny v rámci kategorie Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. Jsou jimi akutní intoxikace, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotická porucha, amnestický syndrom, reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem, jiné duševní poruchy a poruchy chování a neurčené duševní poruchy a poruchy chování. (Orel a kol., 2012) Orel definuje akutní intoxikaci jako „*přechodný stav podmíněný přímým účinkem psychoaktivní látky.*“ (Orel a kol., 2012, str. 107) Oproti tomu škodlivé užívání neboli abúzus je „*záležitost opakujícího se nadužívání psychoaktivní látky, v jehož důsledku dochází k tělesnému nebo psychickému poškození.*“ (Orel a kol., 2012, str. 108) Syndrom závislosti Vágnerová definuje jako „*soubor psychických (emočních, kognitivních i behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného*

*zneužívání psychoaktivní látky.*“ (Vágnerová, 2012, str. 548). Syndrom závislosti se projevuje bažením (cravingem), neschopností kontrolovat užívání látky, růstem tolerance, abstinenčním syndromem, omezením jiných zájmů – droga je hlavní náplní života jedince, užívání látky i přes uvědomování si jejích škodlivých vlivů. (Vágnerová, 2012)

Odvýkací stav je způsoben odnětím psychoaktivní látky, kterou jedinec užíval dlouhodobě. Projevuje se somaticky (např. nevolnost, zvracení, bolest hlavy, třes apod.) a psychicky (neklid, tenze, nespavost, agresivita apod.). Při odvykacím stavu u závislosti na alkoholu s deliriem se tento jev nazývá delirium tremens. Psychotická porucha v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek se nazývá toxická psychóza a je typická bludy, halucinacemi, paranoiou, poruchou emocí a poruchou psychomotoriky. Amnestický syndrom je stav, kdy se zhoršuje paměť, a to natolik, že se jedinec nedokáže naučit nové věci a vzpomenout si na minulé zážitky. Tento syndrom vzniká v důsledku dlouhodobého užívání psychoaktivních látek. Rovněž může dojít k demenci, poruchám osobnosti a chování, reziduálním afektivním poruchám a psychotickým poruchám. (Orel a kol., 2012)

Vágnerová uvádí dva typy závislosti – somatickou a psychickou. Somatickou závislost definuje jako *„stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou psychoaktivní látku, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí. Projevuje se při vysazení drogy abstinenčním syndromem.“* (Vágnerová, 2012, str. 549) Psychická závislost se projevuje *„obtěžně přemožitelnou touhou vzít svou dávku drogy, potřebou užívat ji opakovaně a přesvědčením, že pokud by to neudělal, bude se cítit špatně. Úzkost a podrážděnost vyvolává i pouhá představa, že by svou dávku neměl.“* (Vágnerová, 2012, str. 549)

## **4.2 Příčiny vzniku závislostního chování**

Příčiny vzniku závislosti jsou multifaktoriální. Vágnerová uvádí jako nejpodstatnější faktory složení psychoaktivní látky, genetické dispozice, biologický základ, psychické faktory a sociální faktory.

Chemické složení psychoaktivní látky působí na každého různě, avšak existují látky, které vyvolají závislost téměř u kohokoliv a to neohledně na biologické a psychické vlastnosti jedince. (Vágnerová, 2012) Existence genetických informací, které vedou ke vzniku závislosti, nejsou jednoznačně určeny. Fischer a Škoda však dodávají, že existuje gen, který *„v mozku kontroluje receptory pro příjemný pocit. Alkohol je jedním*

*z nejsilnějších stimulantů těchto receptorů, který známe. Alkohol způsobuje pocit radosti. Většina lidí, kteří mají potíže s alkoholizmem, se vyznačuje defektní formou tohoto genu. Díky tomu mají méně receptorů pro radost, a proto musí mít více a může u nich vzniknout návyk. Jedinci z rodin alkoholiků mají dále pravděpodobně sníženou produkci endorfinu, který zlepšuje nálady a zjasňuje náš pohled na svět.“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 96)*

*„Biologickým základem vzniku závislosti na psychoaktivní látce je určitý způsob jejího zpracování v organismu. Na zpracování této látky v mozku se, bez ohledu na chemické složení, podílí mezolimbokortikální systém.“ (Vágnerová, 2012, str. 551)* Neurotransmitéry se podílí na pozitivní zpětné vazbě užití psychoaktivní látky, při užití se člověk např. zbaví úzkosti, má vyšší sebevědomí apod. Jedná se především o neurotransmitéry dopamin, serotonin a GABA. *„Riziko užívání některých látek, např. alkoholu, mohou ovlivnit určité fyziologické reakce, průběh jejího metabolického zpracování, resp. kvalita a intenzita příznaků akutní intoxikace (např. nevolnost, zvracení). Charakter reakce ovlivňují enzymy označované jako alkoholová dehydrogenáza, které jsou především v játrech, ale i v žaludku.“ (Vágnerová, 2012, str. 551)* Jedinec, jehož metabolismus zpracovává psychoaktivní látky bez negativních důsledků, je bude požívat pravděpodobně častěji nebo ve větším množství. (Vágnerová, 2012)

Psychickými faktory, které vedou k užívání psychoaktivních látek, jsou obvykle potřeby úniku od negativního, zisk něčeho pozitivního a potřeba sociální konformity. (Vágnerová, 2012) *„Tendence k určitému způsobu prožívání, uvažování a reagování zvyšuje pravděpodobnost užití nějaké psychoaktivní látky.“ (Vágnerová, 2012, str. 552)* Emoční prožívání je typické vnitřní nepohodou, dráždivostí a labilitou, úzkostmi, depresi, prožívání častého psychického napětí, pocitu neuspokojení. Motivy vedoucí k užívání psychoaktivní látky mohou být nezvládnutí emočních stavů a touha po vzrušení, resp. naplnění života něčím zajímavým. (Vágnerová, 2012) *„K řešení problémů pomocí psychoaktivních látek mají sklon lidé, kteří se obtížně orientují v situaci, nejsou schopni adekvátně posoudit sebe sama ani okolní realitu.“ (Vágnerová, 2012, str. 552)*

Tito jedinci mívají nepřiměřené sebehodnocení a nízkou sebedůvěru. Snaží se popírat rizika, která jim užívání psychoaktivní látky přináší, a racionalizují své jednání. Když je užívání psychoaktivních látek pozitivně posilováno, snadněji se upevňuje, tzn. v případě, že nám látka přináší uspokojení, častěji ji poté vyhledáváme. Závislí lidé často nejsou schopni odložit uspokojení svých aktuálních potřeb, proto jsou dospívající

a adolescenti ohroženou skupinou, neboť mají silnější tendenci ke zkratkovým a rizikovým reakcím. Schopnost sebeovládání patří k faktorům omezujícím riziko vytvoření návyku. Lidé, kteří se často dostávají do stresu, jsou rizikovou skupinou, neboť psychoaktivní látka může sloužit jako řešení k uvolnění napětí. (Vágnerová, 2012) *„Důležitým rizikovým faktorem je existence jiné psychické poruchy či choroby, např. schizofrenie, deprese, úzkostné poruchy nebo poruchy osobnosti, které výrazně zvyšují generalizované pocity nepohody a zároveň eliminují mechanismy autoregulace.“* (Vágnerová, 2012, str. 553)

Mühlprach uvádí řadu motivací, které jedince vede k abúzu drog. Jsou jimi například motivace interpersonální (uznání vrstevníků, snadnější komunikace, vzdor vůči autoritám), sociální (identifikace, únik z prostředí, kde se necítí dobře, sociální frustrace), fyzická (uvolnění a uspokojení tělesna, zisk energie), senzomotorická (stimulace smyslů), emocionální (únik od negativních emocí, snaha o snížení úzkostí nebo psychické bolesti) apod. (Mühlprach, 2002)

Mühlprach stejně jako Vágnerová vidí souvislost mezi dysfunkcí rodiny a užíváním psychoaktivních látek u dětí a mladistvých. *„Dysfunkční rodina je vedle patologické komunikace a hledání sociální identity jedna z nejdůležitějších příčin vzniku abúzu drog.“* (Mühlprach, 2002, str. 18)

### **4.3 Rizikové faktory**

Za rizikové faktory užívání psychoaktivních látek Vágnerová považuje společnost, protože se v ní návykové látky stávají čím dál dostupnějšími; městské prostředí, neboť v něm je větší nabídka návykových látek, anonymita a menší kontrola; dysfunkční rodinu; sociální skupinu, konkrétně především party nebo subkultury s odlišnými hodnotami a normami oproti většinové společnosti; nižší úroveň vzdělání z důvodu školské neúspěšnosti a sociální deprivaci. (Vágnerová, 2012)

*„Riziko vzniku závislosti na drogách je nejvyšší v období dospívání, kdy má značný význam přítomnost, výstrahy, které se týkají možného ohrožení v budoucnosti, nemají velkou přesvědčivost. Navíc se obecně zvyšuje tendence experimentovat s rizikem, mladistvým chybí zkušenost a náhled na vlastní zranitelnost.“* (Vágnerová, 2012, str. 560) Dalším z důvodů užívání drog mladistvými může být atraktivita něčeho zakázaného, snaha jít proti společensky přijatelným způsobům chování. Zároveň v tomto období dochází k vytváření vlastní identity a jedinec si užíváním drog může snažit pomoci dodat sebedůvěru a vyhnout se negativním emocím, které toto období přináší. (Vágnerová, 2012) *„Drogová závislost vzniká mnohem rychleji než závislost na*

*alkoholu. To je dalším z důvodů, proč je věkový průměr drogově závislých podstatně nižší, se všemi negativními sociálními důsledky. V období dospívání mohou být důsledky závažnější, protože dojde i k narušení osobnostního rozvoje, autoregulačních mechanismů, osvojování sociálních dovedností a s tím souvisejícího osamostatňování; psychosociální vývoj se přerušuje a z toho důvodu je obtížnější i náprava.“ (Vágnerová, 2012, str. 561)*

Nešpor uvádí, že rizikovou skupinou jsou především děti a mládež, ale i mezi nimi existují ještě další rizikové skupiny se zvýšeným nebezpečím vzniku závislosti – například děti a mládež se sklonem k násilí, zanedbané děti s nedostatečně uspokojenými citovými potřebami apod. (Nešpor, 1995)

Hajný ve své publikaci pojmenovává jevy, které zvyšují riziko užívání návykových látek u dětí a mládeže. Za tyto jevy považuje svobodu, a to jak přílišnou, tak příliš omezenou, nadměrné nebo naopak nedostatečné nároky kladené na děti, neschopnost rodiny řešit vnitřní konflikty, neschopnost zaujetí pevného výchovného postoje, manipulativní chování ze strany rodičů, podpora či akceptace negativních stereotypů, stresové události, přílišné ambice a touhy naplňované prostřednictvím dítěte atd. (Hajný, 2001)

#### **4.4 Důsledky užívání psychoaktivních látek**

*„Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek může vést až ke vzniku tzv. organického psychosyndromu, tj. psychických změn, které jsou vyvolány poškozením mozku.“ (Vágnerová, 2012, str. 564) Změny psychiky užíváním drog se mohou odrazit v emočním prožívání, které je typické pro nepřiměřené reakce, extrémními citovými reakcemi, poruchami citového ladění, úzkostmi, depresemi apod. Dochází ke změnám v kognitivních procesech, schopnost koncentrace se zhoršuje, stejně jako paměť a dochází ke změnám způsobu myšlení. Jeho hierarchie hodnot se mění, jedinci chybí sebeovládání, soustředí se pouze na přítomnost a na budoucnost nemyslí a ani nechce myslet. (Vágnerová, 2012) „Užívání psychoaktivních látek mění aktivizační úroveň. Pod vlivem drogy může být člověk buď extrémně aktivizován (např. po užití pervitinu) anebo je naopak v útlumu, neschopen jakékoliv aktivity (po užití heroinu, toluenu apod.).“ (Vágnerová, 2012, str. 564) S užíváním drog se pojí i změna životního stylu, neboť život se stává stereotypním, všechna aktivita se pojí s psychoaktivní látkou. Rovněž osobnostní vlastnosti jedince se mění, dochází k úpadku. (Vágnerová, 2012)*

Sociální důsledky závislosti na alkoholu a závislosti na jiných psychoaktivních látkách jsou trochu odlišné. Vágnerová to zdůvodňuje tím, že *„drogově závislí bývají mladí lidé, kteří nestačili získat žádnou profesní kvalifikaci a jejichž sociální zázemí tvoří původní rodina, svým jednáním devastují především rodiče a sourozence.“* (Vágnerová, 2012, str. 569) Oproti tomu alkoholici bývají starší lidé, kteří profesi a rodinu již mají anebo měli. Konzumace alkoholu je v dnešní společnosti velmi tolerována, dokonce konzumace alkoholu plní určitou sociální funkci. Dítě matky, která požívala velké množství alkoholu během těhotenství, může trpět fetálním alkoholovým syndromem (FAS) nebo fetálním alkoholovým efektem (FAE). Děti rodičů alkoholiků si některé problémy nesou až do dospělosti. Z dětství může být již narušen vztah k sobě i okolnímu světu, nízké sebehodnocení, mohou přetrvávat pocity nejistoty a strachu z opuštění apod. (Vágnerová, 2012) *„Jejich postoj k alkoholu bývá častěji více vyhraněný, buď sami začnou pít, nebo k němu mají značný odpor. Mohou se identifikovat s rodičem – alkoholikem, stát se stejně nezodpovědnými a bezohlednými. Jindy mohou přijmout komplementární roli zvýšeně odpovědného a loajálního partnera, který se nechá využívat a nedovede se proti tomu bránit.“* (Vágnerová, 2012, str. 572)

Konzumace drog je společností více odsuzována než konzumace alkoholu. Často dochází ke stigmatizaci a sociální izolaci jedinců užívajících drogy. (Vágnerová, 2012) *„Závislý jedinec přestává respektovat příslušné normy, neplní své povinnosti, přestává chodit do zaměstnání nebo do školy.“* (Vágnerová, 2012, str. 574) Postupně dochází ke ztrátě sociálních rolí z důvodu neschopnosti plnit požadavky a jediné, co zůstane, je *„stigmatizující role drogově závislého“* (Vágnerová, 2012, str. 574) Sociální důsledky se rovněž promítají i do vztahů, neboť *„schopnost navázat a udržet jakýkoliv citový vztah závislost na psychoaktivní látce ničí. Droga má větší subjektivní hodnotu než všechno ostatní.“* (Vágnerová, 2012, str. 575) Drogově závislí jedinci se často nakonec dopouští trestné činnosti z důvodu nedostatku financí, změny osobnosti a změny hierarchie hodnot. (Vágnerová, 2012)

Procházka obecně uvádí, že *„sociálně patologické jevy se v současné škole dotýkají stále mladších žáků a frekvence výskytu jevů se zvyšuje.“* (Procházka, 2012, str. 140) Dokládá to například situací v Jihočeském kraji, přičemž čerpal ze zprávy protidrogové koordinátorky, kde *„z celkového počtu zhruba 625 tisíc obyvatel našeho kraje je evidováno 1 550 závislých na tvrdých drogách. Každoročně jejich počet vzroste zhruba o dvě stě. Enormní je nárůst počtu dětí, které po požití alkoholu skončí v nemocničním ošetření.“* (Procházka, 2012, str. 141) Fischer a Škoda uvádějí, že

*„celosvětově platí, že téměř 9% všech onemocnění vzniká v důsledku zneužívání psychoaktivních látek.“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 87)*

Procházka dále říká, že *„nelegálním drogám propadají lidé, jejichž věkový průměr je 23,8 let, tzv. lehkým a tanečním drogám jako je extáze a marihuana, mládež ve věku od patnácti do devatenácti let.“ (Procházka, 2012, str. 142)* „Ještě na počátku roku 1996 byl v celostátním průměru věk první nabídky drog (zkoumaný u skupiny mladistvých ve věku patnáct až šestnáct let) 13,5 roku. V současné době se tato hranice posunula mezi dvanáctý a třináctý rok. (Procházka, 2012, str. 142) Tento fakt je velice alarmující, neboť Sak uvádí, že významnou příčinou závislosti jedince na drogách je nízký věk nabídnutí drogy. (Sak, 2000)

Nešpor uvádí, že alkohol, tabák i marihuana jsou „průchozí drogy“. *„Znamená to, že část dětí z nich přechází k látkám ještě nebezpečnějším. Podle jednoho amerického výzkumu je riziko škodlivého užívání drog vyšší u dětí, které začaly pít alkohol nebo kouřit v mladším věku.“ (Nešpor, 1995, str. 59)* Mühlprach říká, že na užívání nealkoholových drog má největší vliv vrstevnická skupina, oproti tomu užívání alkoholu má kořeny v životním stylu rodiny a vztahu rodičů k alkoholu. (Mühlprach, 2002)

## 5. SUCIDÁLNÍ CHOVÁNÍ

### 5.1 Definice

Fischer a Škoda definují sebevraždu jako „úmyslné ukončení vlastního života. Širším pojmem je suicidální chování, zahrnujících vedle dokonaných suicidií i suicidální pokusy, záměry, myšlenky a fantazie. Suicidální jednání pak zahrnuje behaviorální projevy, které aktivně směřují k sebevražednému činu.“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 62)

Vágnerová definuje sebevraždu jako „násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život, jako autoagresivní projev. V definici je kladen důraz na vlastní rozhodnutí takto konat. (...) Sebevražedné jednání lze hodnotit jako poruchu pudu sebezáchovy. Jedinec, který se rozhodne, že se zabije, sice může aktuálně uvažovat, prožívat i reagovat nestandardně, ale jeho psychika nemusí být patologicky změněna. Pokud by tomu tak bylo, lze často mluvit o sebezabití než o sebevraždě. Sebezabití je zničení vlastního života, kterému chyběl vědomý úmysl zemřít.“ (Vágnerová, 2012, str. 489)

Frankl nepovažuje sebevraždu za řešení problémů, neboť problémy může jedinec řešit pouze, pokud zůstane živý. Pomocí vlastního utrpení naše osobnost zraje a roste. Frankl klade důraz na převzetí odpovědnosti za vlastní život a snahu o nalezení jejího smyslu. (Frankl, 1994)

Postoj společnosti vůči sebevraždě se v čase měnil. Antická společnost sebevraždu nepovažovala za čin, který je hodný mravního odsouzení, především stoici považovali sebevraždu za právo člověka v případě, že mu život přináší utrpení. Ve starověku bylo množství sebevražd vysoké, např. v Egyptě veřejnost propagovala sebevraždu veřejně a tento způsob smrti byl běžný. Avšak ve středověké Evropě sebevraždu pojímali odlišně, pravděpodobně vlivem křesťanství. Křesťanství působilo na věřící i jiným způsobem než udělováním sankcí, neboť dávalo lidem smysl života, v případě těžkostí se lidé vždy mohli obrátit k Bohu, před kterým si byli všichni rovni. Sankce za sebevraždu ve formě právních předpisů se v Evropě udržely až do 19. století. (Vágnerová, 2012) Dnešní společnost přijímá sebevraždu za oprávněnou v případě, že je jedinec těžce nemocný, a sebevraha považuje za psychicky nemocného. (Fischer, Škoda, 2009)

V roce 1897 E. Durkheim definoval sebevraždu jako „narušení vztahu člověka a společnosti: jeho vazeb a pozice, jakou jedinec v určité sociální skupině má.“ (Vágnerová, 2012, str. 489) Ve své práci rozlišuje tři druhy sebevraždy: Egoistickou sebevraždu, altruistickou sebevraždu a anomickou sebevraždu. Příčinou egoistické



sebevraždy je nedostatek sociální opory a společenských vazeb. Altruistická sebevražda je projevem selhání vůči požadavkům společnosti. Anomická sebevražda je způsobena nečekanou a náhlou změnou ve společenském postavení či mezilidském vztahu. (Vágnerová, 2012)

Fischer a Škoda, vycházející z publikace Praška Suicidální pacient a terapeutické intervence (2008), říkají, že *„sebevražda je osmou nejčastější příčinou smrti u dospělých a druhou nejčastější příčinou smrti ve věkovém období 15 – 24 let. U více než 90% osob s dokončenou sebevraždou je diagnostikováno závažné duševní onemocnění a u 50% je v době vraždy přítomna deprese. Téměř jedna třetina sebevražd je spojena s chronickým alkoholizmem, schizofrenií nebo úzkostnými poruchami. Pouze jen asi 5% dokončených sebevražd je spojeno se závažnou tělesnou nemocí.“* (Fischer, Škoda, 2009, str. 73). Od roku 1996 se ročně počet sebevražd pohybuje okolo 1 600 případů. Přičemž je obtížné zjistit, kolik z těchto případů byly sebevraždy demonstrativní a kolik z nich bylo skutečným sebevražedným jednáním, neboť zjistit motiv jedince je v praxi téměř nemožné. (Fischer, Škoda, 2009)

## 5.2 Způsoby suicida

Volba způsobu suicida se rozlišuje na měkčí a tvrdší. Měkčím způsobem je např. požití léků. Tento způsob volí nejčastěji adolescentní dívky a ženy. Důvodem je, že tělo po smrti je esteticky neporušené. Tvrdším způsobem suicida je oběšení, užití střelné zbraně, skok z výšky apod. (Fischer, Škoda, 2009) Suicidum se dále rozlišuje na sebevraždu biickou a sebevraždu patickou. Sebevražda biická nebývá spojena s psychickou poruchou a její motiv vychází z reality. Naopak u sebevraždy patické vychází motiv z psychické poruchy. Psychickými poruchami, které mohou vést k sebevraždě, jsou například deprese, schizofrenie, porucha osobnosti, těžký odvykací syndrom atd. (Kocourková, Koutek, 2004)

*„Způsoby či metody provedení suicida jsou často ovlivněny kulturními faktory a dostupností jednotlivých prostředků. Mohou, ale také nemusí odrážet vážnost sebevražedného záměru. Některé metody, jako např. skok z výškové budovy, prakticky vylučují možnost přežití suicidálního pokusu. Takové metody obvykle nebývají voleny v případě demonstrativních sebevražd. Naproti tomu lékové či drogové intoxikace skýtají poměrně vysokou šanci na záchranu. Nicméně je třeba zdůraznit, že i v případě, kdy osoba k suicidálnímu pokusu použije metodu, která nemusí být fatální, záměr sebevraždy může být stejně závažný jako u osob, které fatální metody použijí.“*

*Mezinárodní klasifikace nemocí udává celkem 25 způsobů provedení sebevraždy. Jednoznačně nejrozšířenějším způsobem provedení sebevraždy je trvale oběšení (uškrcení, zadušení), a to jak u mužů, tak u žen.“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 67-68)*

### **5.3 Motivy k volbě suicida a rizikové faktory**

Motivy k sebevražednému chování jsou různé. Nejčastěji jde o únik ze situace, která se zdá být bezvýchodnou, jedinec nedokáže najít jiný způsob řešení své situace. Dochází ke ztrátě smyslu života. K sebevražednému jednání rovněž může dojít z důvodu, že na sebe jedinec potřebuje upozornit. Dochází k tomu především proto, že nejsou uspokojovány některé z jeho potřeb. Většinou jde o potřebu lásky a sounáležitosti. Jedná se tedy spíše o formu autoagrese, neboť jde o pouhou demonstraci, jedinec doopravdy netouží po tom, aby zemřel. Pokud tedy posuzujeme sebevraždu z hlediska motivace jedince, nedá se za ní považovat sebeobětování se, neboť v tomto případě je život obětován za hodnotu, která má větší význam než jeho život jako takový. Jde zde opět o akt upoutání pozornosti, určité demonstrace. (Fischer, Škoda, 2009)

Mechanismus učení může ovlivnit postoj k suicidálnímu jednání. Jedinec může formou nápodoby zvolit řešení své tíživé situace. Napodobit takové chování lze od rodinných příslušníků, vrstevníků, uznávané autoritou nebo může dojít k identifikaci s mediálně známým příběhem. Napodobení takového činu se nazývá copy-cat suicide nebo Wertherův efekt a vliv má především na děti a dospívající jedince. (Vágnerová, 2012)

V dětském věku stoupá četnost sebevražd až mezi 10. a 12. rokem, dříve je takovéto jednání velice vzácné. Motivem k sebevraždě v dětském věku je nejčastěji neúspěch ve škole a problémy v rodině. Během období adolescence četnost suicidálních pokusů stoupá, avšak tyto pokusy lze často interpretovat jako volání o pomoc. Jedinec v tomto období hledá svou vlastní identitu, situace kolem sebe prožívá velice emočně, může mít pocity zklamání a zoufalství. V tomto období pravděpodobně narazí na první závažný problém, který bude potřeba řešit, a je možné, že svou nezkušeností nebude vidět jiné východisko ze situace než sebevraždu. Racionální přístup je převýšen citovým hodnocením situace. (Vágnerová, 2012)

Rizikové faktory zvyšující riziko suicidálního chování jsou podle Fischera a Škody (2009) následující:

a) Faktory obecně medicínské

Jedná se především o tělesné onemocnění, konkrétně stádium diagnostiky a terminální stádium nemoci. Tyto faktory, ovlivňující vznik suicidálního chování, jsou nejčastěji pozorovatelné u starších osob.

b) Faktory psychické

*„Riziko je vysoké zejména u deprese, psychóz, těžkých úzkostných poruch, hypochondrických poruch a posttraumatických stresových poruch. Mezi rizikové psychické faktory patří především předchozí suicidální pokus nebo akty sebepoškození, suicidální jednání v blízkém okolí či v příbuzenstvu, depresivní porucha, abúzus sedativ, porucha příjmu potravy, bipolární porucha, obsedantně kompulzivní porucha, panická porucha, schizofrenie, abúzus alkoholu, velký životní stres u chronicky zranitelné osoby.“* (Fischer, Škoda, 2009, str. 74)

Jako Ringelův presuicidální syndrom se popisují symptomy, které lze pozorovat na počátku suicidálního chování. Jedná se o zúžení subjektivního prostoru (daná situace jedince ochromila, zavalila, neví si rady, cítí bezmoc, strach; vztahy i hodnoty, které má, jsou nezajímavé, bezcenné, k ničemu apod.), zablokování agresivity nebo naopak obrácení agresivity proti sobě a naléhavé sebevražedné fantazie (tyto fantazie přinášejí úlevu, zdají se být jediným možným řešením situace, fantazie nabírají reálných obrysů).

c) Faktory demografické

*Demografické faktory znamenají vyšší riziko suicidálního jednání v určitých segmentech společnosti. Z hlediska věku se jedná o období adolescence, mladší dospělosti a vyššího věku, z genderového hlediska jde o muže a obecně o osoby rozvedené nebo žijící osaměle. Pokud jde o souvislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a počtem sebevražd, lze konstatovat, že se vzrůstajícím vzděláním sebevražednost klesá.* (Fischer, Škoda, 2001, str. 76-77)

d) Faktory sociální

Mezi sociální faktory patří vztahy, ve kterých nedochází k uspokojování potřeb, dále se jedná o dysfunkční rodinu v průběhu socializace jedince, ztrátu sociálních vazeb a nezaměstnanost.

#### e) Biologické predispozice

Neurotransmitéry, především nedostatek GABA a serotoninu a nadbytek cholecystokininu na receptorech, mají vliv na rozvoj úzkostných a depresivních stavů. Výzkumem je potvrzeno, že u jedinců se sebevražednými sklony je nízká hladina serotoninu v mozkomíšním moku. Zvyšování serotoninu v mozku dnes pomáhají antidepresiva třetí generace ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které zvyšují množství serotoninu na spojích neuronu. Jejich výhodou je nenávykovost, neboť tyto antidepresiva učí mozek se serotoninem hospodařit.

Vágnerová považuje za rizikové faktory dědičnost, biologické příčiny, gender roli, sezonní a klimatické vlivy a sociálněpsychologické příčiny. Genetickou dispozici chápe v souvislosti s duševní poruchou, neboť genetická dispozice k sebevražednému chování obecně nebyla prokázána. Biologické příčiny sebevražedného jednání vnímá jako *„reakci na nepřijatelnost těžkého somatického onemocnění nebo trvalou invalidizaci, která zatěžuje nebo znehodnocuje život člověka“* (Vágnerová, 2012, str. 492) Důraz klade rovněž na obsah neurotransmitérů v mozku. Faktorem pohlaví neboli gender rolí upozorňuje na různé reakce při zátěžových životních situacích u žen a u mužů. Rovněž způsob suicida se liší. Sezonní a klimatické vlivy mají vliv na suicidální jednání z důvodu nedostatku světla, které vyvolává pocity beznaděje a negativismu. Za sociálněpsychologické faktory považuje především ztrátu zaměstnání a tím i ztrátu profesního a sociálního postavení, nedostatek uspokojivých mezilidských vztahů, působení dysfunkční rodiny a ztrátu sociálních vazeb. (Vágnerová, 2012)

#### 5.4 Sebepoškozování

*„Sebepoškozování (automutilace) je podobně jako suicidální jednání aktem autoagrese. Sebepoškozování představuje chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity, znamená závažnou patologii zvláště ve věku adolescence, kdy se nejčastěji objevuje. Bývá pozorováno převážně u dívek.“* (Fischer, Škoda, 2001, str. 84)

Sklony k sebepoškozování mají především osoby, které byly pohlavně zneužité či týrané. Je to z důvodu, že je narušen vztah k jejich vlastnímu tělu, neboť si připadají poskvrněné nebo nečisté. Akt sebepoškození je projevem trestu vůči vlastnímu tělu. Dále tyto sklony mají osoby ženského pohlaví obecně, mladí lidé, kteří ještě neumějí řešit své problémy, a osoby trpící duševní poruchou.

## 6. ŠIKANA

### 6.1 Definice

Říčan považuje šikanu za nemoc a za „*patologii celé skupiny*.“ (Říčan, Janošová, 2010, str. 14) Šikanu definuje jako „*ublížování někomu, kdo se nemůže nebo nedovede bránit*.“ (Říčan, Janošová, 2010, str. 21) Jako nejčastější formu šikany označuje vnitrotřídní šikanu.

Podle Koláře je šikana typická vztahem, kdy „*mocnější zneužívá slabšího a pošlapává jeho práva*“ a jedná se podle něj o „*chorobu skupinové demokracie*.“ (Kolář, 2011, str. 17) Dále šikanu popisuje jako „*rozbujelelou sociální nemoc ve společnosti, jejímž důsledkem je poškozování zdraví jednotlivce, skupin, včetně rodiny a společnosti vůbec*“ (Kolář, 2011, str. 18) a nazývá šikanu „*protipólem demokracie*.“ (Kolář, 2011, str. 20) Pro šikanu je typický „*nepoměr sil*“ a „*samoučelnost převahy agresora nad obětí*.“ (Kolář, 2011, str. 36) Při rozpoznávání co je a co není šikana je potřeba se zaměřit na to, zda je cílem agrese jako taková anebo zda by jedinec při řešení situace a dosahování svých cílů použil i jiných prostředků. Projevy šikany Kolář rozděluje na šikanování přímé a nepřímé, šikanování fyzické a verbální a šikanování aktivní a pasivní. Kombinací všech těchto dimenzí vzniká 8 druhů šikany. (Kolář, 2011)

Z výzkumů vyplývá, že mezi 11 a 41% žáků na školách je zasaženo šikanou. Těmito výzkumy se zabývali Říčan (1994) v rámci dílčích šetření, Rážová, Csémy, Provazníková a Sovinová (1991) v rámci mezinárodních studií a Havlíková, Kolář (2001) v rámci celonárodních studií. Kolář dále uvádí, že tyto procenta počtu obětí nejsou zcela směrodatná, neboť kritéria, která si výzkumníci zadali, se mohou lišit např. závažností šikany apod. Avšak při nastavení přísnější metody zkoumání se Kolář domnívá, že se jedná o přibližně 20% obětí šikany na základních a středních školách. Výsledky výzkumů na toto téma v zahraničí dopadly velice podobně jako v České republice, tudíž problém šikany je problémem globálním. (Kolář, 2011)

Kolář popisuje vnější rysy šikany takto: „*Jeden nebo více žáků úmyslně, většinou opakovaně týrá a zotročuje spolužáka či spolužáky a používá k tomu agresi a manipulaci*.“ (Kolář, 2001, str. 32) Jedná se o např. o fyzickou agresi a používání zbraní (škracení, svazování, bití, kopání apod.), verbální agresi a zastrašování zbraní (vyhrožování násilím, mučením, urážením, vysmíváním apod.), krádeže, ničení a manipulace s věcmi (krádeže peněz, ničení oblečení, krádež legitimace apod.), násilné a manipulativní příkazy (donucení k masturbaci, k placení za agresory, k úklidu za

agresory apod.), zraňování izolací nebo oklikou (ignorace, pomluvy, nemravné kresby oběti apod.). (Kolář, 2011)

Nejčastější vznik šikany v kolektivu třídy popisuje Říčan tak, že se sejdou tři faktory v jednom kolektivu. Jedná se o agresivního jedince, který má tendence šikanovat, spolu s dítětem, které je z hlediska šikany rizikovou obětí, a zároveň se oba pohybují v kolektivu třídy, kde chybí „*pozitivní silný jedinec nebo skupina dětí dobře vychovaných, které by byly pro nevyhraněný zbytek třídy autoritou.*“ (Říčan, Janošová, 2010, str. 14) Zároveň učitelům chybí „*účinná, pedagogicko-psychologicky kvalifikovaná etická výchova.*“ (Říčan, Janošová, 2010, str. 14)

Říčan vychází z výzkumů probíhajících od devadesátých let, z nichž plyne, že šikany na školách přibývá a agresivní chování se týká čím dál mladších dětí. Příčin tohoto fenoménu je jistě více, avšak Říčan považuje za jeden z hlavních důvodů „*zřejmý úpadek školní kázně a autority učitelů, který trvá dodnes.*“ (Říčan, Janošová, 2010, str. 16) V této souvislosti dále spatřuje „*zeslabení smyslu pro dobro a zlo, pro řád a solidaritu mezi lidmi.*“ (Říčan, Janošová, 2010, str. 16) Jako další důvody ovlivňující růst šikany ve školách uvádí „*nadměrná feminizace učitelstva, mezery ve vzdělání pedagogů, oslabený vliv rodiny, počítačové hry s brutálním obsahem, prezentace násilí v médiích, spojená často s oslavou těch, kteří se ho dopouštějí, ideologie „ostrých loktů“ a nedostatek etické výchovy ve školách.*“ (Říčan, Janošová, 2010, str. 17) Šikanu dále rozděluje na přímou a nepřímou. Přímou šikanou je myšleno násilí ve smyslu působení fyzické bolesti (kopání, bodání apod.), ponižující akty (obnažování, sněžení výkalů apod.), poškozování osobních věcí a jejich odebrání ve smyslu loupeže, verbální napadání, zotročování apod. Nepřímá šikana znamená „*sociální izolaci*“ (Říčan, Janošová, 2010, str. 22). Často dochází ke kombinaci obou druhů šikany.

## 6.2 Závislost

Mezi aktéry šikany figuruje závislost, ať oboustranná, anebo jednostranná. Důležitým aspektem je „*skrýt vlastní strach a využít strachu druhého.*“ (Kolář, 2011, str. 38) Projevy jsou takové, že na jedné straně jsou jedinci anebo skupina, kteří svůj strach skrývají tak, že jej vyvolají v druhých. Na druhé straně je skupina či jedinci, kteří jsou strachem tak paralyzováni, že ukážou své slabosti, jež chtěli zakrýt. Pokud nedojde k podchycení šikany v počátečním stádiu a přeroste ve stádium pokročilé, stává se pro agresory šikana slabších závislostí, protože u ní pociťují slast. Tato

závislost je podobná závislosti na psychoaktivních látkách, protože jedinec slast, kterou mu šikana přináší, potřebuje, dávky slasti je potřeba zvyšovat, závislost na oběti se prohlubuje. (Kolář, 2011)

U oběti tento proces začíná tak, že se snaží vyhovět požadavkům agresora, ale postupem času je fyzická či psychická bolest tak silná, že oběť pociťuje bezmoc, vinu a obviňuje sám sebe. Někdy může dojít i k identifikaci s osobou agresora, která se může stát pseudostockholmským syndromem. Proto je důležité, aby se učitel či rodič nenechal oklamat tím, že agresor a oběť spolu tráví mnoho času a působí jako kamarádi, situace může být naprosto opačná. I při vyšetřování šikany může oběť svého agresora obhajovat a je důležité, aby nedošlo k přímé konfrontaci agresora s obětí. (Kolář, 2011)

### 6.3 Porucha vztahů ve skupině

Kolář o šikaně mluví jako o „*onemocnění celé skupiny*“ a podle něj se vždy odehrává „*v kontextu vztahů nějaké konkrétní skupiny. V tomto smyslu je šikanování vždy těžkou poruchou vztahů skupinového organismu, který podlehl infekci.*“ (Kolář, 2011, str. 45)

Kolář popsal pět stádií šikany neboli pět stádií onemocnění skupinové demokracie. Prvním stádiem je Zrod ostrakismu, který je typický „*identifikací a vyčleněním okrajových členů*“ (Kolář, 2011, str. 46). Šikana může vzniknout v jakémkoliv třídní kolektivu. V kolektivu se nachází jedinec, který je nejméně oblíbený, tzv. černá ovce nebo outsider. Ostrakismus znamená „*mírné, převážně psychické formy ubližování, kdy se okrajový člen necítí dobře – je neoblíben a neuznáván. Ostatní ho více či méně odmítají, nebaví se s ním, dělají si na jeho účet „drobné legrácky“ apod.*“ (Kolář, 2011, str. 47)

Druhé stádium nazývá Přitvrzování manipulace a výskyt fyzické agrese, toto stádium je typické tím, že „*rozptýlený negativní proces ubližování slabším pokračuje*“ a nejčastěji vzniká „*z důvodu krize ve skupině.*“ (Kolář, 2011, str. 47) Kolář uvádí, že ve skupině se v tomto stádiu začne problém řešit destruktivně ve formě tzv. scapegoating, kdy dojde k „*upevnění soudržnosti skupiny na účet vnitřního nepřítele – obětního beránka.*“ (Kolář, 2011, str. 47) Ve skupině, kde stoupá napětí, začnou slabší ostrakizování žáci sloužit jako ventil, spolužáci si na nich ventilují své negativní emoce. V podstatě si ostatní na těchto žácích vylepšují svou náladu. V kolektivu třídy se objevuje jemná fyzická agrese. Někteří agresori, kteří v sobě mají od počátku agresivní

a manipulativní sklony, si na svých obětech uspokojují své potřeby. V tomto stádiu pokus o šikanu neuspěje v kolektivu, kde panují přátelské a pozitivní vztahy a spolužáci mají vůči šikaně vyhraněné názory ve formě, kdy násilí vůči slabším odsuzují a odmítají se na něm podílet. Kolář uvádí, že je důležité, aby se pedagog podílel na tvorbě takovéto pozitivní skupiny, protože většina skupin k tomuto postoji sama nedojde, snaží se skrýt vlastní strach a šikanu slabšího spolužáka neodsoudí, jsou k ní lhostejní a ve skupině postupem času dojde k rozvoji dalšího stádia. (Kolář, 2011)

Třetí stádium Kolář nazývá Klíčový moment – vytvoření jádra agresorů a jedná se o to, že „*parazitní novotvar šikany začíná bujet a programově směřuje k ovládnutí skupiny.*“ (Kolář, 2011, str. 51) „Úderné jádro“ skupiny agresorů přitvrzuje ve své šikaně nejslabších žáků a toto stádium je rozhodující, zda se šikana spolužáka stane ze stádia počátečního stádiem pokročilým. V případě, že se nezformuje pozitivní a morální skupina žáků, kteří se skupině agresorům postaví, šikana přeroste do čtvrtého stádia. (Kolář, 2011)

Čtvrté stádium Kolář nazývá Většina přijímá normy agresorů a jedná se o to, že „*rakovinný nádor šikanování vyřazuje imunitní systém a ujímá se vlády ve skupině*“ (Kolář, 2011, str. 51) Pokud chybí pozitivní skupina v kolektivu anebo není tak silná, „*normy agresorů jsou přijaty většinou a stanou se nepsaným zákonem.*“ (Kolář, 2011, str. 51) Všichni žáci se podílejí na šikaně slabších a i ti, kdo působí mírně a ukázněně, při ubližování pociťují uspokojení. (Kolář, 2011)

Pátým stádiem je Totalita neboli dokonalá šikana, kde „*rakovina šikany vítězí v nemocné skupině na celé čáře, někdy dochází k prorůstání parastruktury násilí s oficiální školní strukturou.*“ (Kolář, 2011, str. 52) Normy agresorů přijímají všichni anebo téměř všichni žáci a dojde k rozdělení, které Kolář pracovníčně nazývá na „otrokáře“ a „otroky“. Toto stádium se opravdu podobá totalitním režimům, otrokáři si s otroky mohou dělat úplně vše, považují je za méněcenné, podlidi a sebe jako krále nebo nadlidi. Brutalita se stupňuje, poslední zbytky zábran jsou pryč. Zbytek skupiny je čím dál víc konformnější v chování vůči agresorům, sami se podílí na šikaně i ti, kteří byli neutrální anebo s tímto chováním tiše nesouhlasili. Kolář za absolutní vítězství šikany považuje stav, kdy se násilí dostane do oficiální školní struktury. Většinou se tak stane, když je agresorem jedinec, který ve škole vyniká, pedagogové ho mají rádi, plně mu důvěřují a podporují jej apod. (Kolář, 2011)

V případě psychických šikan, které se objevují převážně v dívčích šikanách anebo šikanách tělesně postižených, prochází tato šikana rovněž podobnými pěti stádii, od prozkoumávání terénu až po totalitu, přestože se u ní neobjevují až tak



brutální fyzické akty. Psychická šikana mnohdy může způsobovat větší traumata po zbytek života než fyzické útoky. (Kolář, 2011)

#### **6.4 Kyberšikana**

Kolář definuje kyberšikanu (cyberbullying) jako „jednu z forem psychické šikany. Je to záměrné násilné chování prostřednictvím moderních komunikačních prostředků, především internetu a mobilu.“ (Kolář, 2011, str. 83) Často je spojena dohromady šikana ve školním prostředí a šikana v kyberprostoru, agresori svou oběť psychicky týrají nejen osobně, ale i touto formou. (Kolář, 2011)

Psychická šikana a kyberšikana mají společné rysy, ale rozdíl je v tom, že kyberšikana se odehrává v kyberprostoru, tudíž agresori na svou oběť můžou v jakémkoliv prostředí, kde se právě nachází, např. doma. Oproti tomu psychická šikana se odehrává jen tváří v tvář. Internet a mobil jsou dnes účinnější zbraně, než byly dopisy a telefony. A proto jsou dopady kyberšikany velice drtivé. (Kolář, 2011)

Oběť může být šikanována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Její utrpení nekončí odchodem domů ze školy. Internet umožňuje, aby se na trýznění oběti mohla dívat celá třída nebo i celý svět. Agresori si mohou nasadit masku anonymů nebo falešné identity, oběť tedy neví, před kým se má bránit. Oběť si zážitky, které jí způsobili agresori, může připomínat stále dokola, neboť fotografie i sms zprávy zůstávají. Publikováním ponižujících fotografií anebo videí oběti na internetu se může chopit v podstatě kdokoliv a dále je sdílet, oběť nemá absolutně ve své moci, co se s danou fotografií či videem bude dále dít. Formy kyberšikany jsou např. sprosté sms zprávy, nahrávání pornografických fotografií na internet s tváří oběti, nahrávání videí, kde je oběť týrána apod. (Kolář, 2011)

#### **6.5 Úskalí řešení šikany**

Problémů, se kterými se setkáme během odkrývání šikany a jejího řešení, je několik. Oběť, které se šikana týká, nechce o daném problému mluvit, je obtížné od ní získat objektivní a podrobnější informace. Někdy může podlehnout nátlaku skupiny ohledně mlčenlivosti. Obecně se jí těžko mluví o traumatech, jež prodělala, anebo prožívá strach, že pokud by pachatele prozradila a o šikaně mluvila, bude následovat krutá pomsta. Přítomen může být i strach ze zabití. Někdy může traumatické zážitky

tak vytěsňovat, že si na ně nedokáže vzpomenout. Důležitým faktorem je již zmíněná identifikace s agresorem. (Kolář, 2011)

*„Agresoři často úporně a vynalézavě lžou, používají falešné svědky a nutí oběti ke lhaní či odvolávání výpovědi.“* (Kolář, 2011, str. 100) V případě, že lži agresora podporuje zbytek skupiny, je těžké jeho lži odhalit a prokázat pravdu. Dalším problémem ve vyšetřování šikany je, když se členové skupiny bojí vypovídat, protože nechtějí „bonzovat“. Proto je při vyšetřování šikany potřeba ptát se žáků jednotlivě a ne skupinově např. ve třídě. Rovněž výše zmíněná přímá konfrontace oběti s agresorem je naprosto nežádoucí. (Kolář, 2011)

Problémem ve vyšetřování mohou být rovněž rodiče, kteří chrání své dítě za každou cenu. Nedokážou přijmout, že by jejich dítě bylo agresorem. Celou situaci bagatelizují a nedokážou se vcítit do pocitů oběti anebo dokonce svalují vinu na oběť. Na druhou stranu rodiče obětí mohou mít někdy problém spolupracovat na řešení šikany a to z důvodu svého vlastního strachu o své dítě. Jediné, co si přejí, je, aby jejich dítě odešlo v poklidu na jinou školu. Proto je potřeba ze strany vyšetřovatelů již na začátku zajistit ochranu dítěte. (Kolář, 2011)

Někdy se překážkou pro vyšetřování šikany stane sám pedagog, neboť chrání vůdce a nevědomě tak vyšetřování brání. Tento aspekt se většinou objevuje u pokročilejších stádií šikany. *„Jestliže vnímáme žáka celkově příznivě, máme sklon hodnotit veškeré dílčí a jednotlivé vlastnosti kladně.“* (Kolář, 2011, str. 108)

## **6.6 Důsledky šikany**

Šikana způsobuje oběti psychické a fyzické utrpení, traumata z těchto zážitků si může nést až celý život a její psychické i fyzické zdraví může být doživotně poškozeno. U pokročilých stádií šikan může dojít ke ztrátě identity do konce života, oběti se mohou pokusit spáchat sebevraždu anebo je jejich čin dokonán. Oběti mohou propadnout panikám, strachům, trpět nočními můrami, psychosomatickými obtížemi, dochází k poruše sebehodnocení. Mohou trpět fobiemi, úzkostně panickou poruchou, posttraumatickou stresovou poruchou, obsedantně-kompulzivní poruchou apod.

U agresorů dochází k prohloubení *„deficitu v duchovním a mravním vývoji“* a dochází k *„povážlivému upevnění antisociálního postoje a celkové připravenosti pro trestnou činnost. Agresor neměl možnost pocítit sílu společnosti ve vynucování obecných pravidel správného chování vůči bližním.“* (Kolář, 2011, str. 155) Tuto tezi podporují i výsledky výzkumů, neboť *„žáci, kteří na ZŠ šikanují, se v dospělosti čtyřikrát*

*více dopouštějí násilné trestné činnosti a 60% z nich poruší v dospělosti trestní zákon.“*  
(Kolář, 2011, str. 155)

Ostatní členové skupiny mohou ztratit iluze o společnosti. Společnost by měla chránit slabší, autorita by měla v tomto případě zasáhnout, avšak nestalo se tak. Agresoři porušují mravní i zákonné normy a nenásleduje za to žádný trest. Navíc dochází ke ztrátě výchovné funkce, která by na školách neměla chybět.

## 7. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

### 7.1 Definice

*„V dějinách se po staletí vyskytují ojedinělé případy světců nebo mystiků, kteří se rozhodli dobrovolně hladovět. Vždy tomu bylo z náboženských důvodů a navíc šlo téměř výlučně o muže. Dnešní mentální anorexie se však objevuje převážně u žen a není spojena s žádným konkrétním náboženstvím.“ (Giddens, 1999, str. 136) „Mentální anorexie byla poprvé popsána jako porucha až v roce 1859 Marcéem a pojmenována v roce 1868 anglickým lékařem Gullem. Problematika mentální bulimie se stala aktuální mnohem později, v roce 1979 ji popsal Russell.“ (Vágnerová, 2012, str. 467)*

*Vágnerová definuje poruchy příjmu potravy jako „patologickou změnu postoje k vlastnímu tělu, neadekvátní hodnocení jeho proporcí a hmotností, a z toho vyplývající narušení vztahu k jídlu a alimentačnímu chování.“ (Vágnerová, 2012, str. 463)*

*Helus řadí mentální anorexii do kategorie nemocí psycho-sociogenních. „Psychogenní je v tom smyslu, že její bezprostřední příčina tkví v psychice; v daném případě se odvozuje od určité představy (tedy není vyvolána infekcí, růstovou poruchou, fyziologickou či anatomickou deformací...). Tou představou je, že držení přísné a stále se zpřísňující diety vyřeší mé základní životní problémy, které jinak přesahují mé síly a znehodnocují můj život. Sociogenní je tato nemoc proto, že uvedená představa je v jedinci navozena sociálně – určitou sdílenou hodnotou těla určitého vzhledu; tato hodnota je různými prostředky uplatňována, je záležitostí nejenom individuální psychiky, ale sdíleného postoje lidí určitého okruhu, do kterého jedinec přináleží a se kterým se konfrontuje.“ (Helus, 2011, str. 46)*

*Orel a kolektiv definují mentální anorexii jako „vědomé a úmyslné snižování váhy a udržování výrazné podváhy (snížení váhy je o více než 15% proti normálu). Daného cíle je dosahováno dietami, navozováním zvracení, užíváním projímadel aj. léků a také zvýšenou fyzickou aktivitou a cvičením. Typické je tajení a skrývání poruchy, které je někdy letité. (Orel a kol., 2012, str. 152 – 153) Za mentální bulimii považují „záchvaty neodolatelné touhy po jídle spojené s konzumací vysoce nadměrného množství potravy během krátké doby. Zároveň se objevuje potřeba kontroly tělesné váhy, která je realizována následným vyprovokovaným zvracením, fyzickým cvičením, užíváním projímadel aj. léků.“ (Orel a kol., 2012, str. 153)*

*Jedinci trpící poruchou příjmu potravy se nadměrně zajímají o jídlo a vše s ním související. Vztah k tělu je narušen, jedinci většinou své tělo vnímají negativně nebo ambivalentně. Proporce svého těla vidí zkresleně. (Vágnerová, 2012)*

Mentální anorexie vzniká především u dospívajících dívek a mladých žen, u chlapců je vzácnější. Mentální bulimie rovněž zasahuje především dívky a mladé ženy. Mentální anorexie většinou nevzniká po 30. roce, oproti tomu mentální bulimie postihuje většinou ženy do 40 let. Pravděpodobný výskyt poruchy příjmu potravy v ženské populaci je 2 – 6%, avšak přesné hodnoty nejsou známy, neboť ženy své potíže často tají. (Vágnerová, 2012)

*„Vážné problémy s přijímáním potravy dnes ve svém životě prodělá asi 20 procent britských žen. Ještě vyšší procento zažívá období občasné bulimie. Šedesát procent třináctiletých dívek už má zkušenosti s držením diety; u osmnáctiletých stoupá tento počet na více než 80 procent.“* (Giddens, 1999, str. 138) Vyléčení mentální anorexie není zcela úspěšné. 30% pacientek s mentální anorexií se vyléčí, 20% zůstává touto nemocí zcela postiženo, asi 5% končí úmrtím a zbytek jedinců trpících touto poruchou má celý život kolísající potíže s částečným zlepšením. (Graham a kol., 1999)

*„Samostatná mentální bulimie má příznivější prognózu, než když je kombinovaná s anorexií. Výhodou je pozitivní motivace bulimiků k léčbě. Bulimie bývá častěji spojena i s jinými problémy v oblasti sebekontroly, např. užíváním alkoholu, léků či drog.“* (Vágnerová, 2012, str. 477)

Vágnerová definuje mentální bulimii jako *„strach z tloušťky spojený s neschopností kontrolovat příjem jídla, což se projevuje záchvaty opakovaného přejídání. Pro mentální bulimii je typický chorobný strach z tloušťky a nepřiměřené hodnocení vlastního těla spojené s nadhodnocováním jeho hmotnosti či proporcí, resp. přeceňování jeho významu pro získání žádoucí sociální pozice.“* (Vágnerová, 2012, str. 474) Projevuje se nutkavou touhou po jídle, kterou nelze vůlí ovlivnit. Na jídle se může vytvořit až závislost. Nasycení vyvolává pocity uvolněné tlaku, ale zároveň pocity viny a odpor k sobě samému. Proto je součástí záchvatu přejídání i nutková tendence rychle se zbavit potravy, kterou jedinec právě požil. Osobnost dívek trpících mentální bulimií je velice podobná jako u dívek s mentální anorexií, avšak typickým rysem je impulzivita a neschopnost se ovládat. Jejich přejídání a následné zbavení se potravy v nich vyvolává pocity viny, znechucení ze sebe sama, depresi a úzkost. (Vágnerová, 2012)

## 7.2 Příčiny vzniku

To, jak hodnotíme vlastní tělo, souvisí s naším sebepojetím. Tělové schéma je psychický obraz vlastního těla a může být zkresleno. Zkreslit jej mohou naše emoce, obavy a přání, své tělo vidíme takové, jaké se obáváme nebo si přejeme, že je.

Důležité období tělového schématu je dospívání, jedinec se učí přijmout svou novou identitu a vypořádat se s pocitem ztráty jistoty. (Vágnerová, 2012) *„Důležitou vlastností sebepojetí, to znamená i tělového schématu, je jeho rigidita. Jakákoliv změna je subjektivně citlivě prožívána, a to i tehdy, když neznamená zhoršení, ale jen změnu.“* (Vágnerová, 2012, str. 464)

V soudobé společnosti je tělesná atraktivita sociální hodnotou. Společnost si vytvořila určitý estetický ideál, kterému se chce většina populace přiblížit. A proto negativní reakce okolí na změnu těla v dospívání mohou přinášet riziko patologického vztahu k vlastnímu tělu. *„Pocitem nespokojenosti se svým zevnějškem trpí častěji dívky. Jedním z důvodů je sociokulturní stereotyp zdůrazňující význam ženské krásy. Současným ideálem je štíhlost, která je chápána jako nezbytný předpoklad atraktivity. Silnější postava je posuzována jako sociální stigma, jako faktor, z něhož vyplývá celkové osobní znehodnocení.“* (Vágnerová, 2012, str. 465)

Vágnerová uvádí dva důvody, které vedou k poruše vztahu k jídlu. Prvním z nich je, že jídlo je zdrojem slasti, jedná se o určitou odměnu anebo naopak odpírání jídla je formou trestu. Při pocitech frustrace a stresu se jídlo může stát náhradou za slast, která je pro nás aktuálně nedosažitelná. Druhým důvodem je, že jídlo ovlivňuje tělesnou hmotnost, může se s ním tedy zacházet jako s prostředkem. Vztah k sobě lze vyjádřit i regulací potravy, neboť můžeme své tělo v rámci možností měnit. Tím, že ovládneme svůj pud – tělesné potřeby, se nám může zvýšit sebeúcta, neboť nejsme otroky tohoto pudu, naše vůle je silnější. (Vágnerová, 2012)

Příčiny mentální anorexie a mentální bulimie jsou multifaktoriální. Svou roli zde hrají genetické dispozice, biologické dispozice, vývojově podmíněné specifické zátěže, odmítání ženské role, dysfunkční rodinné vztahy a sociokulturní faktory.

Studie prokázaly vazbu mezi mentální anorexií a afektivními poruchami. Sestry anorektických pacientek jsou častěji postiženy stejnou chorobou než zbytek populace, avšak kromě genetických faktorů zde může hrát významnou roli podobný životní styl či mezilidské vztahy v rodině apod. Za biologické dispozice se považují poruchy funkce hypotalamu. Hypotalamus je část mezimozku, který se mimo jiné podílí na regulaci příjmu potravy. Změny této funkce se projeví až při nějaké zátěžové, stresové situaci. Rovněž narušení neurohumorálních a neurotransmitérových systémů může být jeden z faktorů ovlivňující poruchy příjmu potravy. Například nedostatek serotoninu je možným předpokladem ke vzniku mentální bulimie. Vývojově podmíněné specifické zátěže jsou biologické, psychické a sociální změny. Obzvláště období dospívání je specifické pro vznik poruch příjmu potravy, neboť kromě tělesných změn dochází u

jedince i ke změnám psychickým a sociálním, dochází k rozvoji vlastní identity, přijetí ženské role, změně ve vztahu k rodině apod. (Vágnerová, 2012) Pro anorektické dívky je typické odmítání ženské role i sexuality s ní spojené. Záměrným hubnutím postupem času dojde ke ztrátě sekundárních pohlavních znaků, dívky mohou docílit toho, že jejich tělo bude vypadat jako před nástupem do puberty. (Kocourková, 1997)

Dlouhodobě dysfunkční rodinné vztahy mohou být jednou z příčin poruch příjmu potravy. Vágnerová uvádí, že *„v těchto rodinách bývají příliš rigidní vztahy mezi jednotlivými členy, s tendencí k hyperprotektivité a vzájemné manipulaci, bez možnosti jasného vymezení pozice každého jedince. Typická je neschopnost řešit konflikty, věčně komunikovat a přijímat rozhodnutí. Převažuje strategie popírání problémů a potlačování emocí. Taková rodina se bojí jakékoli změny, potřebuje udržet daný stav, který představuje určitou rovnováhu a navenek se prezentovat jako bezproblémová. Aby tohoto cíle dosáhla, musí regulovat život všech svých členů, zejména těch, kteří jsou nejvíce závislí. Často jde o rodiny silně zaměřené na výkon a úspěch, který vyžadují i od dětí.“* (Vágnerová, 2012, str. 469) Mentální anorexie se tak stane určitým projevem vzpoury, neboť dospívající jedinec v takové rodině nemá možnost se osamostatnit, protože by tím narušil rodinnou rovnováhu. Při vzniku zejména mentální anorexie se klade důraz na význam vztahu mezi matkou a dcerou, kdy matky dcery omezují, jsou hyperprotektivní, vyžadují výkon, samy si sebou nejsou jisté. Dívky se poté dostávají do situace, kdy cítí potřebu nezávislosti, ale zároveň se bojí ztráty opory. (Vágnerová, 2012)

Sociokulturní faktory jsou podle teorie učení *„považovány za nepřiměřenou reakci na aktuální sociokulturní normu.“* (Vágnerová, 2012, str. 470) Svůj vliv zde uplatňují média a jejich vzor ideální ženy či společensky zastávaný názor, že hmotnost svého těla lze libovolně měnit a nadváha je tudíž chybou daného jedince, přičemž není bráno v potaz, že sklony k nadváze mohou být genetické. Dalším faktorem ovlivňujícím vznik poruch příjmu potravy může být to, že jedinci omezující přísun potravy se stali příslušníky určité společenské vrstvy. (Vágnerová, 2012)

Klinické projevy mentální anorexie popisuje Vágnerová jako *„patologický strach ze ztloustnutí spojený se zásadní redukcí příjmu potravy.“* (Vágnerová, 2012, str. 470) Ze studií např. Davisona a Neale (1986), Sohlberga a Strobera (1994), Thompsona (1996) a Štěpánkové a Macka (1997) lze definovat určité znaky osobnosti anorektických dívek, přičemž nelze zcela odlišit, které osobnostní rysy se rozvinuly jako důsledek nemoci a které z nich jsou primárními osobnostními rysy. Stručně lze říci, že anorektické dívky mají odlišné emoční prožívání, většinou se jedná o senzitivitu, časté

negativní emoce a hlubší citové prožívání. Emoce se snaží kontrolovat a potlačovat. Dívky se cítí nejisté, své tělo hodnotí neadekvátně, snaží se vyhnout neúspěchu. Nedokáží se samy ocenit, potřebují pozitivní hodnocení od svého okolí, důraz je kladen na výkon. Nevybočují z řady, striktně dodržují normy a pravidla společnosti, nechtějí na sebe upozorňovat, potřebují splnit očekávání ostatních. Ke své osobě jsou sebekritické, neumí efektivně řešit problémy, a tak se jim snaží vyhýbat. Velice často mají pocity viny a některé z nich jsou autoagresivní. Vzhledem ke svým osobnostním rysům, nízkému sebevědomí a sebeúctě mívají málo přátel, partnerským vztahům se spíše vyhýbají. (Vágnerová, 2012)



## 8 PREVENCE

### 8.1 MŠMT

MŠMT definuje primární prevenci jako „*veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům spojeným se rizikovými projevy chování, případně minimalizovat jejich dopad a zamezit jejich rozšíření.*“ (MŠMT, 2009, str. 8) Důraz klade na specifickou primární prevenci, což je „*system aktivit a služeb, které se zaměřují na práci s populací, u níž lze v případě jejich absence předpokládat další negativní vývoj a který se snaží předcházet nebo omezovat nárůst jeho výskytu.*“ (MŠMT, 2009, str. 8) Specifická primární prevence může být trojího typu – selektivní, všeobecná a indikovaná. Selektivní prevence se zaměřuje přímo na skupinu, ve které je potřeba zamezit vzniku rizikového chování, všeobecná prevence je zaměřena na cílovou skupinu, která prozatím nejeví žádné znaky rizikového chování a princip indikované prevence je v individuální práci s klientem. (MŠMT, 2009)

Primární prevence je zaměřena na žáky a to z hlediska předcházení rizikových jevů záškoláctví, šikany, násilí, kriminality, extremistických postojů, rasismu a xenofobie, užívání návykových látek, onemocnění HIV/AIDS, poruch příjmu potravy, netolismu a gamblingu. Dále se v rámci strategie snaží užít včasné intervence v případech domácího násilí, syndromu CAN, ohrožování výchovy mládeže a poruch příjmu potravy. (MŠMT, 2009)

Klíčové kompetence, které by žáci měli ovládat při efektivním působení preventivních programů v rámci vytyčených cílů, jsou schopnost odpovědnosti za své činy, osvojení si zdravých vzorců chování, schopnost spolupráce ve skupině a umění komunikace, znalost zásad zdravého životního stylu a pochopení jeho vhodnosti pro jedince i pro společnost, uvědomění si rizika, která s sebou přináší užívání psychoaktivních látek, pochopení potřeby tělesné aktivity i relaxace pro zdravý rozvoj jedince, schopnost diskutovat a respektovat ostatní bez ohledu na jejich příslušnost, zaujímání tolerantního postoje, orientace ve světě médií, znalost lidských a dětských práv, znalost organizací či jiných pracovníků, kteří mohou poskytnout odbornou pomoc apod. (Procházka, 2012)

Program 21 je „*dlouhodobý program pro zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR.*“ (Pešek, Nečesaná, 2009, str. 11) V rámci tohoto programu je MŠMT hlavním garantem v oblasti prevence násilí a šikany a dále se zaměřuje na snížení počtu mladých lidí konzumujících alkohol, tabák a drogy. (Pešek, Nečesaná, 2009) Zkušenosti z projektu Zdraví 21 vedly k realizaci Minimálního preventivního programu

pro školy. Na realizaci programu se podílejí ředitel, metodik prevence, třídní učitelé, žáci i rodiče. Jejich cílem je vliv na výchovu a vzdělávání ve školách, vliv na pozitivní klima, motivace žáků i pedagogů a změna vyučovacích metod a organizace. V rámci tohoto programu je škola zodpovědná za další vzdělávání pedagogů a metodiků prevence, jehož součástí je znalost interaktivních technik, metod vytváření pozitivních vztahů apod. (Procházka, 2012)

## **8.2 Prevence ve školách**

Princip preventivních programů ve školách je v tom, že se stanou celoškolskou strategií a jasně vyjádří svůj postoj k nežádoucím či problémovým jevům. Úkolem školy je v tomto procesu zaangažovat všechny učitele, studenty i jejich rodiče. Žádoucí výuka v rámci prevence (a rovněž mimo ní) je projektová výuka, integrované tematické vyučování a kooperativní vyučování. Naopak neosvědčila se autoritativní výuka, která je zaměřena pouze na výkon, nikoliv na rozvoj samostatného myšlení žáků a schopnosti řešit problémy, sociální dovednosti či kreativitu. (Procházka, 2012)

Procházka uvádí klíčové oblasti výuky, do kterých lze v rámci vyučování zařadit i preventivní faktory. Jsou jimi např. oblast zdravého životního stylu, oblast společenskovední, oblast přírodovědná, rodinná a občanská výchova, oblast sociálněprávní. Dále jsou v rámci prevence důležité mezipředmětové vztahy a zakomponování této tematiky i do mimoškolních aktivit. (Procházka, 2012)

## **8.3 Prevence závislostního chování na psychoaktivních látkách**

Pešek a Nečesaná v rámci prevence kouření u dětí a mládeže doporučují postupy, kdy je nutné dbát na vlastní zodpovědnost dítěte, nikoliv jen poučovat o škodlivosti kouření. Je potřeba seznámit děti a mládež s fakty týkající se kouření, ale nezaujímat autoritativní a direktivní přístup. Dále je důležité naučit děti sociálním dovednostem týkající se odmítnutí cigarety nebo jiné návykové látky, stejně jako v nich budovat zdravý přístup k životu. Rovněž zvýšení daně z tabákových výrobků je možná cesta k omezení dostupnosti tabákových výrobků pro mladé lidi, vzhledem k finanční náročnosti by si již cigarety nemohli dovolit anebo by alespoň omezili jejich spotřebu. Je potřeba kontrolovat prodej tabákových výrobků lidem starším 18 let a k prevenci by také přispělo omezení reklamy na tabákové výrobky. (Pešek, Nečesaná, 2009)

Pešek a Nečesaná ve své publikaci uvádějí, že „v ČR neexistují dlouhodobé systematické a specifické primární preventivní programy, včetně programů včasné intervence (indikovaná prevence) zaměřené konkrétně na problematiku užívání alkoholu mezi mladými lidmi.“ (Pešek, Nečesaná, 2009, str. 25) V rámci prevence rovněž doporučují, stejně jako u tabákových výrobků, důslednou kontrolu prodeje alkoholických nápojů osobám starším 18 let.

Vágnerová uvádí, že v rámci primární prevence v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek je důležité šířit informace o faktech týkajících se škodlivosti a nepříznivých účinků užívání. Sekundární prevence se zaměřuje na vyhledávání jedinců, kteří jsou již na psychoaktivních látkách závislí, a jejich léčbu. V této fázi hrají důležitou roli kontaktní centra. Terciární prevence je obvykle úkolem terénních pracovníků s drogově závislými. Ti se snaží snížit rizika a negativní důsledky užívání návykových látek a to např. výměnou stříkaček, čímž předchází vzniku žloutenky, šíření viru HIV apod. (Vágnerová, 2012)

#### **8.4 Prevence suicidálního jednání**

*Primární prevence se zaměřuje na snížení výskytu poruch v populaci, eliminaci rizikových faktorů. Orientuje se na osoby, u kterých ještě nedochází k přímým projevům sebevražedného chování. Sekundární prevence je orientována na včasné zachycení a zahájení léčby klinických projevů. Zaměřuje se na rizikové skupiny osob. Terciární prevence se snaží zmírnit následky klinické poruchy a zabránit jejímu opakování.* (Fischer, Škoda, 2001, str. 80)

Důležitou roli zde mají Linky důvěry, neboť pracovníci těchto linek mohou jedince vyslechnout, projevit mu pochopení a navodit u něj pocit, že na své problémy není sám a existuje pro něj naděje na řešení jeho situace. Tato procedura se nazývá krizová intervence. (Fischer, Škoda, 2009)

Vágnerová rovněž uvádí, že v rámci prevence je důležité se zaměřit na schopnost poskytnout naději jedinci, který má sklony k suicidalitě, neboť u většiny osob je touha žít a potřeba naděje silnější než snaha zemřít. Mnoho jedinců, kteří uvažují o suicidu, jsou opuštění a cítí se být osamělými, proto je nutné poskytnout jim dostatečnou podporu a pocit, že někomu na nich záleží. I Vágnerová uvádí důležitou funkci linek důvěry a krizových center, neboť ty mohou zprostředkovat první kontakt s dalšími pracovníky odborné pomoci a zároveň tyto osoby podpořit, nabídnout jim pomoc, vyjádřit pochopení, hledat společná řešení. V případě, že se jedinec o

sebevraždu pokusil, je potřeba dále řešit jeho problémy psychiatrickým vyšetřením, neboť zde existuje riziko, že svůj čin zopakuje. Zároveň je potřeba se zaměřit na problémy, které ho do této situace přivedly, a začít je nějakým způsobem řešit. (Vágnerová, 2012)

## 8.5 Prevence agresivního a násilného chování

*„Prevenčí agresivního chování je změna postojů společností, neboť ta určuje míru tolerance. Důležitý je aspekt vzorů a autorit. K eliminaci agresivity se dá využít psychoterapie. Metodou, která se jeví jako účinná, je trénink zvládnání vlastní agresivity. Bývá realizován formou kognitivně behaviorální terapie. Kognitivně behaviorální terapie vychází z teorie, že příčinou psychických obtíží (a tedy následně i agresivních reakcí) jsou chybné způsoby chování a myšlení. Ty jsou naučené a udržované vnějšími a vnitřními faktory, které lze rozpoznat. V rámci tohoto terapeutického přístupu může jedinec chybné způsoby myšlení a chování racionálně pochopit, odnaučit se jim a přeučit se nebo naučit nové způsoby řešení pro něho hůře zvladatelných situací.“* (Fischer, Škoda, 2009, str. 57)

Vágnerová, stejně jako Fischer a Škoda, se domnívá, že v rámci prevence je nutné snížit míru tolerance k agresivnímu jednání. Formou, kterou lze tuto hranici posunout, je zčásti mediální působení. Různé instituce a společenské skupiny mohou tento jev ovlivnit, obzvláště pak svým chováním, které by mělo být vzorem. Dále uvádí, že jako prevence agresivního jednání je diskutabilní funkce trestu. Vágnerová se domnívá, že trest je spíše neefektivní formou, neboť jedinec s agresivními sklony bude pravděpodobně považovat trest za nespravedlivý, zároveň trest je v podstatě aktem násilným, který agresora nutí k přijetí, tudíž se jedná o boj agrese proti agresi, což není dobrým vzorovým chováním a pravděpodobně ani efektivním řešením. (Vágnerová, 2012)

Jako možnosti řešení tohoto jevu Vágnerová uvádí farmakologickou léčbu a psychoterapii. V rámci prevence je podstatná role socioterapie, která slouží *„k resocializaci jedinců, jejichž zafixované způsoby chování, v tomto případě agresivního, nejsou obecně přijatelné a brání jejich zařazení do společnosti.“* (Vágnerová, 2012, str. 778) V rámci socioterapie se klienti učí správné vzorce chování, možnosti řešení svých problémů, dochází ke změně sociálního prostředí apod. Kromě socioterapie vidí

Vágnerová jako preventivní opatření úpravu prostředí, které na jedince může působit zátěžově, a eliminaci míry rušivých podnětů, které se v tomto prostředí vyskytují.

## **8.6 Prevence poruch příjmu potravy**

Občanské sdružení Anabell uvádí, že primární prevence by měla probíhat v rodině a to formou pozitivní komunikace, dobrých vztahů, zdravých postojů k jídlu a správných stravovacích návyků. Avšak i škola může přispět k preventivním opatřením vzniku poruch příjmu potravy. Je k tomu potřeba, aby měli pedagogové a metodici prevence dostatek znalostí o poruchách příjmu potravy, nezastrašovali žáky, ale podali jim pravdivé a objektivní informace, připravili žáky na změny v psychických i tělesných oblastech v období dospívání, seznámili je s různými typy tělesných staveb a zdůraznili respektující přístup k odlišnostem, zároveň žáky seznámili se zdravými stravovacími návyky, vytvářeli pozitivní klima ve třídě i ve škole, umožnili žákům osobnostní růst a sebepoznávání, naučili žáky reagovat na stres a zároveň je vedli k umění komunikace a asertivity. (Anabell, 2010)

V případě, kdy dojde k uzdravení neboli dosažení změn ve fyzické, psychické i sociální rovině, udržení zdravé váhy a rozvoj zdravých postojů ve stravování, může dojít k opětovnému projevu příznaků. Tomuto jevu se říká relaps a u jedinců s poruchou příjmu potravy je častý. (Anabell, 2007)

Prevencí relapsu je nárůst hmotnosti a její optimální udržení, pravidelný stravovací režim, přiměřený pohyb, přijetí vlastního těla a zpracování emocí k němu se vztahujících, naučení se mít své tělo rád, přijetí realistického očekávání v léčbě a nepropadání pocitům beznaděje v případě, že se vše nedaří tak, jak by jedinec očekával, naučení se pracovat se stresem a zvládat jej. Protože stres je rizikovým faktorem ve vztahu k relapsu, je potřeba jeho prevence. V rámci prevence stresu dochází k poznání sebe sama a přijetí svých vlastností, kladných i záporných stránek své osobnosti, umění komunikace a schopnosti mluvit o svých problémech a pocitech, pravidelnému odpočinku, dodržování stravovacího režimu a zdravému pohybovému režimu. (Anabell, 2007)

## **8.7 Prevence šikany**

Říčan uvádí, že základem dobré prevence na školách jsou pozitivní vztahy mezi pedagogy a vedoucími institucí, možnost s nimi otevřeně o problémech mluvit a hledat

společná řešení. Významným preventivním opatřením na školách je velké množství dozoru na chodbách o přestávkách, díky němuž lze předcházet šikaně, a nutné je navštěvovat i místa, kde děti mají zakázaný vstup nebo je těžké se na tato místa dostat. (Říčan, Janošová, 2010)

V rámci prevence šikany ve školách je potřeba zakomponovat jasný přístup k násilí a ubližování do školního řádu, tato část nemusí být nazvána šikanou, ale měla by obsahovat všechny aspekty, které šikana obsahuje. Žáci by měli být ovlivněni etickou výchovou, která není pouze studijním předmětem, ale zahrnuje především chování učitelů, jež by měli být pro žáky vzorem, a ukázkou, jak vypadá dodržování hodnot a norem. Etická výchova by se měla promítat do celého vyučování i pobytu žáků ve škole. Rovněž hodnota „pomáhat slabším“ by měla být vyzdvihována, a to více, než hodnoty konzumu a měřitelného úspěchu. (Říčan, Janošová, 2010)

V rámci prevence by měli být žáci informováni o šikaně, o jejích průběhu i důsledcích, potřeba je zdůraznit, že škola takovéto chování odsuzuje a sankcionalizuje. S rodiči by škola měla tuto problematiku rovněž řešit a rozebírat. Žádoucí je pozitivní a důvěrný vztah mezi rodiči a pedagogy založený na respektu. (Říčan, Janošová, 2010)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 9 VÝZKUM

### 9.1 Vymezení výzkumu a jeho cíle

V teoretické části již bylo uvedeno, jak významnou roli hraje proces socializace v životě, a to obzvláště u dětí a adolescentů. Praktická část je rozdělena na dvě další části, a to na socializace a vlivy v rodině a socializace a vlivy ve škole. V první části týkající se školy byl využit kvantitativní výzkum, konkrétně metoda dotazníku. V druhé části týkající se rodiny pak byla použita metoda rozhovoru, ze které byla následně zpracována kazuistika.

Při tvorbě dotazníku posloužila jako základ definice posilujících socializačních a výchovných mechanismů školního prostředí, které Procházka definoval jako „význam pozitivních vrstevnických vztahů, jednoznačně definovaný postoj k negativním jevům ve škole, pozitivní sociální a komunikační klima třídy i školy, efektivní procesy spolupráce s rodiči a multikulturní aspekty výchovně vzdělávacího programu školy.“ (Procházka, 2012, str. 128)

Cílů kvantitativního výzkumu bylo několik - zjistit, zda žáci pociťují pozitivní klima ve třídě i ve škole obecně, zda je pro ně učitel vzorem a autoritou, zda se žáci s učiteli baví o sociálně patologických jevech a zda rodiče spolupracují se školou. Podmínkou k účasti na výzkumu bylo ze strany respondentů splnění dvou podmínek – nacházet se ve věkovém rozmezí mezi 15 a 19 lety a být studentem. Vzhledem k rozsahu mé práce byl zvolen menší počet respondentů, tudíž bez dalšího výzkumu s rozsáhlejším vzorkem nelze považovat získané informace za absolutně směrodatné.

Přesto se lze domnívat, že přínos tohoto výzkumu tkví v rozšíření povědomí o tom, jaká je situace na středních školách. Pokud budeme brát v potaz, jak důležité je pozitivní klima školy a třídy, lze z něj vyvodit, jaká je situace doopravdy.

Cílová skupina ve věku 15 – 19 let byla zvolena z toho důvodu, že jde o přelomové životní období. Adolescenti již neplní povinnou školní docházku. Záleží tedy pouze na nich, kolik úsilí vloží do svého studia natolik, aby školu dokončili. Zároveň se jedná o životní období, kdy studenti nejsou již bráni jako děti, ale zároveň je vyučující neberou jako zcela dospělé. V posledním ročníku střední školy si již musí zvolit svou další životní dráhu - zda budou pokračovat dále na vysokou školu nebo se zapojí do

pracovního procesu a tím převezmou plnou zodpovědnost za svůj život, nejen v oblasti majetku, do svých rukou.

## 9.2 Konkrétní cíle a hypotézy

1. cíl: Zjistit, zda ve škole i ve třídě působí pozitivní klima, zda jsou žáci spokojeni v kolektivu své třídy a se svým učitelským sborem.

2. cíl: V rámci prevence sociálně-patologických jevů je dobré nabídnout žákům i možnost trávení mimoškolního volného času. Dalším cílem výzkumu je zjistit, zda žáci mají možnost navštěvovat kroužky či jiné zájmové aktivity.

3. cíl: Zjistit, zda učitelé s žáky mluví o sociálně-patologických jevech a jejich profesním uplatnění do dalšího života.

4. cíl: Zjistit, zda rodiče mají zájem komunikovat se školou prostřednictvím svých návštěv ve škole.

5. cíl: Zjistit, zda je pro žáky jejich učitel autoritou a vzorem, neboť se lze domnívat, že i tato skutečnost souvisí s prevencí sociálně patologických jevů.

1. Hypotéza: Žáci se ve škole cítí dobře, ve třídě panuje atmosféra tolerance a přátelství. Učitel se svým vzdělávacím i výchovným stylem snaží pomoci žákům.

2. Hypotéza: Žáci mají možnost navštěvovat mimoškolní zájmové činnosti pod vedením školy.

3. Hypotéza: Ve škole učitelé s žáky mluví o sociálně-patologických jevech alespoň průměrně. Budoucí povolání je pro ně aktuálním tématem.

4. Hypotéza: Většina rodičů má zájem o komunikaci se školou a školu navštěvuje alespoň jednou za půl roku.

5. Hypotéza: Učitel je pro většinu žáků autoritou a vzorem.

## 9.3 Vyhodnocení výzkumu

Výzkumu se zúčastnilo 28 respondentů z různých krajů při splnění dvou podmínek – nacházeli se ve věkovém rozmezí mezi 15 a 19 lety a studovali na střední škole. Největší počet respondentů byl ve věku 19 let, tato skupina tvořila polovinu dotazovaných. 18% respondentů bylo 18 let, 14% respondentů bylo 15 let, 11% respondentů 17 let a nejmenší skupinu dotazovaných tvořili respondenti ve věku 16 let – 7%. V těchto věkových kategoriích většinu dotazovaných tvořily ženy (68%).



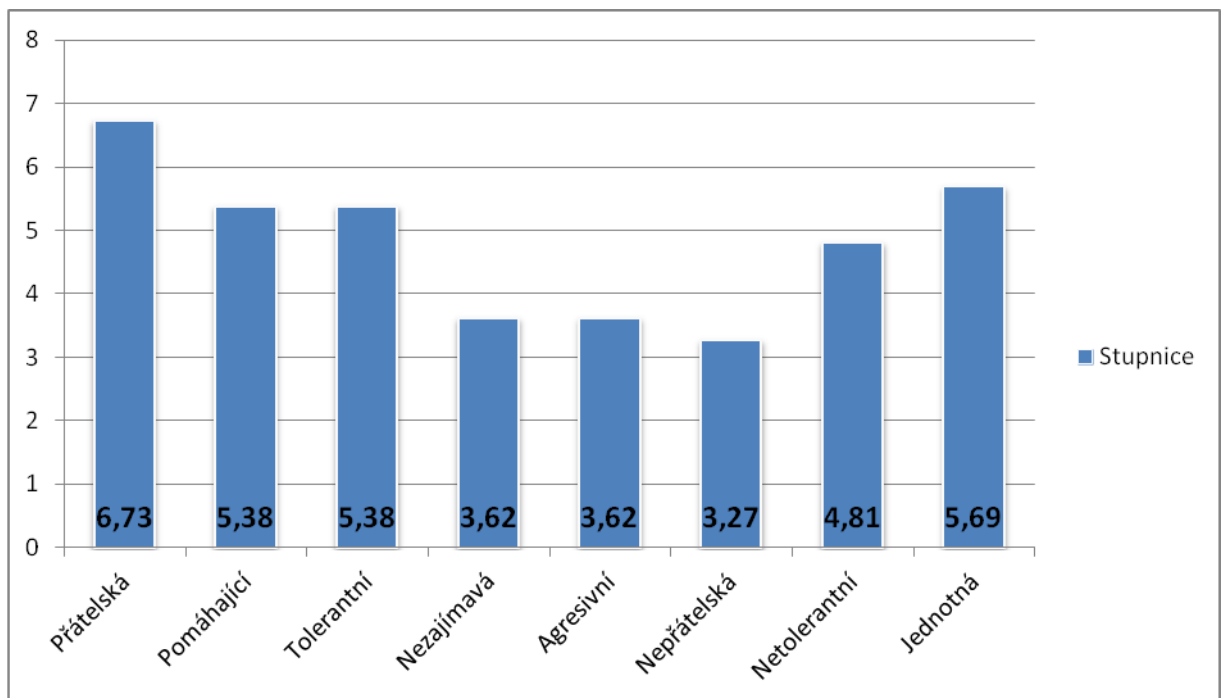
Největší počet respondentů studuje v Praze (21%). Druhým nejčastějším krajem, ve kterém respondenti studují, byl Moravskoslezský kraj (14%). Respondentů studujících v Jihomoravském kraji bylo 11%. V kraji Vysočina, Královéhradeckém, Pardubickém, Libereckém, Jihočeském a Středočeském studuje 7% respondentů. V kraji Ústeckém, Zlínském a Olomouckém 4% respondentů. Žádný respondent nestuduje v kraji Karlovarském a Plzeňském.

Většina respondentů jsou studenti gymnázia (64%), střední školu s maturitou studuje 32%, učiliště studuje 4% dotazovaných. Většina se ve v kolektivu své třídy cítí dobře anebo výborně, dobře se cítí 46% respondentů, výborně se cítí 25% respondentů. 14% dotazovaných se v kolektivu své třídy cítí nepříliš dobře, 11% špatně a 4% by rádo kolektiv opustilo.

Na stupnici od 1 do 10 žáci hodnotili vybrané přídavná jména podle toho, jak vnímají třídu, kterou navštěvují. Výsledky této otázky jsou následující:

- přátelská - modus 8, medián 7,5, průměr 6,73
- pomáhající - modus 6, medián 6, průměr 5,38
- tolerantní - modus 5, medián 5,5, průměr 5,38
- nezajímavá - modus 1, medián 3, průměr 3,62
- agresivní - modus 1, medián 2,5, průměr 3,62
- nepřátelská - modus 1, medián 2,5, průměr 3,27
- netolerantní - modus 5, medián 5, průměr 4,81
- jednotná - modus 8, medián 5,5, průměr 5,69.

Graf 1: Charakteristika třídy



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z hlediska průměrné hodnoty žáci nejlépe hodnotili svou třídu jako přátelskou. Druhé nejčastější pojmenování třídy je slovo jednotná a poté pomáhající a tolerantní. Nejmenší hodnotu má slovo nepřátelská.

Žáci dále vypisovali otázku, jaká další slova je napadají v souvislosti s jejich třídou. Odpovědi na tuto otázku jsou následující: divné existence, arogantnost, lhostejnost, skvělý kolektiv, šmejdí, naše třída je upřímná, se smyslem pro humor, spolupracující a otevřená, pomluvy, kamarádské prostředí, nepřejícnost.

Většině žáků pomáhá třídní učitel řešit konflikty ve třídě (54%). Žáci ve škole řeší nejčastěji konflikty týkající se financí, hluku, názorových neshod, vyrušování při hodinách, kouření na záchodech, „žalobníčky“ a ztráty třídní knihy.

Stejně tak většina žáků je spokojena s pedagogickým sborem na škole (64%). Jako důvody nespokojenosti s pedagogickým sborem na škole žáci uváděli: špatný výklad a nízké pedagogické schopnosti, neschopnost řešit problémy ve třídě, netolerantnost, příliš vysoké požadavky, lhostejnost, neochota.

Na otázku, kdyby měli respondenti nějaký problém, na koho ze školy by se obrátili, odpověděli shodně v 29% u tří odpovědí – na nikoho ze školy, na třídního učitele, na spolužáka. 11% dotazovaných by se v případě problémů obrátilo ve škole

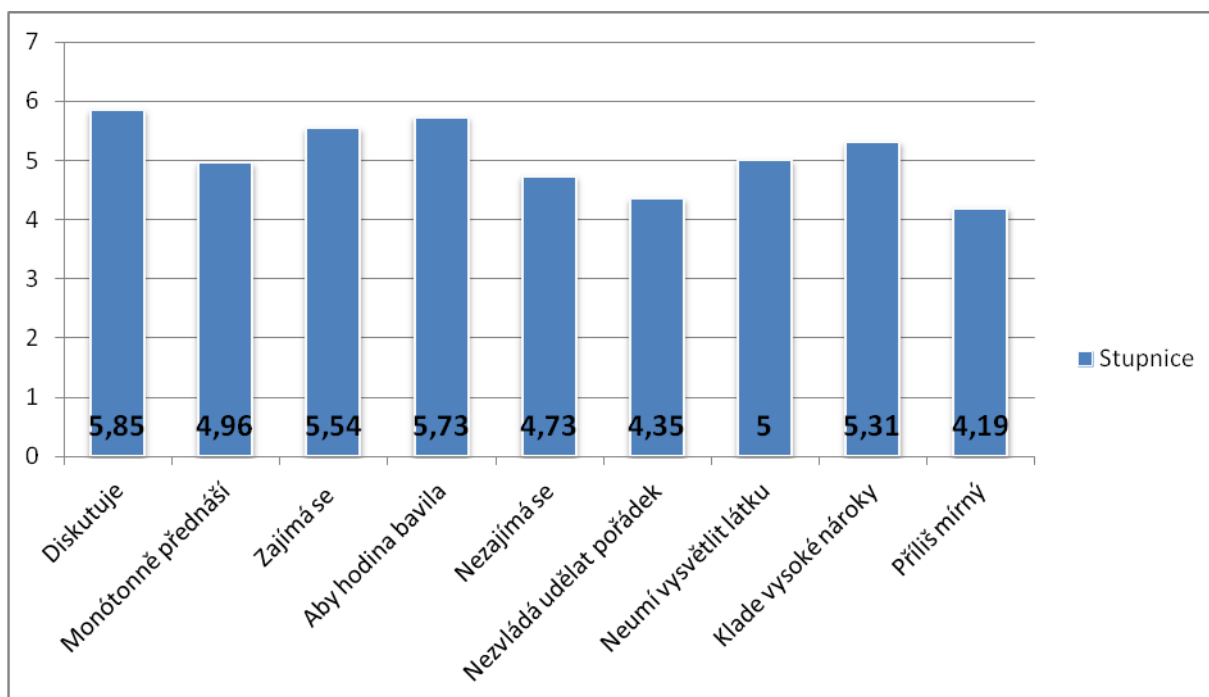
na jiného učitele, 4% na výchovného poradce. V případě problémů by se mimo školní instituci obrátili nejčastěji na kamaráda (39%) nebo na rodiče (39). 14% dotazovaných by se obrátilo na přítele nebo přítelkyni, 4% na sourozence a 4% na někoho úplně jiného. Většina žáků ví, kdo je na škole jejich výchovným poradcem (71%).

Většině žáků nabízí škola nějaké mimoškolní zájmové činnosti (68%). Žáci uváděli následující zájmové činnosti: výuka cizích jazyků a konverzace v cizích jazycích, hra na hudební nástroj, tělovýchovné aktivity (florbal, basketbal, fotbal atd.), sborový zpěv, základy ekologie a jiné přírodovědecké kroužky, střelecký kroužek, posilování, dramatická výchova, výtvarná výchova, keramika apod.

Na stupnici od 1 do 10 žáci hodnotili průběh většiny vyučujících hodin takto:

- pedagog s námi o tématech diskutuje - modus 3, medián 5,5, průměr 5,85
- pedagog jen monotónně přednáší látku - modus 4, medián 4, průměr 4,96
- pedagog se zajímá o náš názor - modus 7, medián 6, průměr 5,54
- pedagog se snaží, aby nás hodina bavila - modus 3, medián 6, průměr 5,73
- pedagog se nezajímá o náš názor - modus 3, medián 4, průměr 4,73
- pedagog si nezvládá zjednat pořádek - modus 3, medián 4, průměr 4,35
- pedagog neumí vysvětlit látku - modus 2, medián 5, průměr 5
- pedagog klade příliš vysoké nároky - modus 3, medián 5, průměr 5,31
- pedagog je příliš mírný - modus 5, medián 4, průměr 4,19

Graf 2: Průběh většiny vyučujících hodin



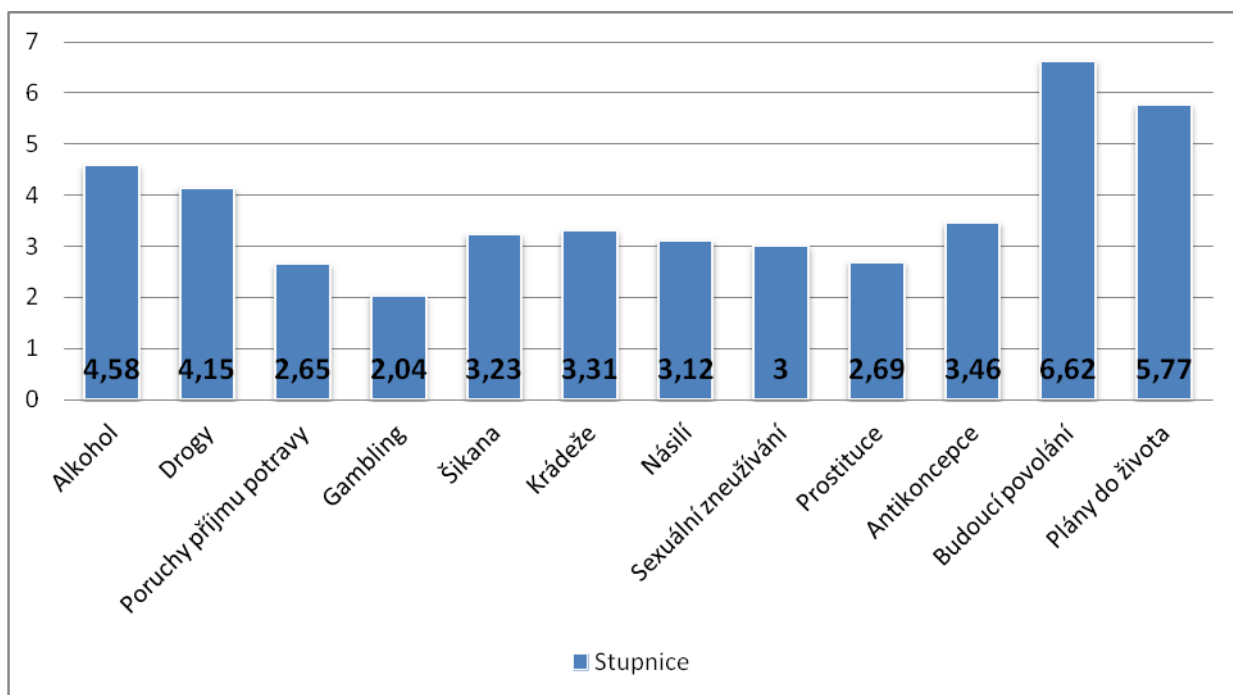
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z porovnání výsledků průměrných hodnot vychází, že žáci nejčastěji hodnotí průběh pedagogických hodin kladně, neboť podle jejich názorů s nimi pedagog diskutuje. Dále se snaží, aby je hodina bavila, a zajímá se o jejich názor. Nejnižší hodnotou je tvrzení, že pedagog je příliš mírný.

Na již zmiňované stupnici žáci rovněž přisuzovali hodnoty tématům, které ve škole probírají s pedagogy a to takto:

- alkohol – modus 3, medián 5, průměr 4,58
- drogy – modus 1, medián 3, průměr 4,15
- poruchy příjmu potravy – modus 1, medián 1, průměr 2,65
- gambling - modus 1, medián 1, průměr 2,04
- šikana - modus 1, medián 2, průměr 3,23
- krádeže - modus 1, medián 2, průměr 3,31
- násilí – modus 1, medián 2, průměr 3,12
- sexuální zneužívání – modus 1, medián 1, průměr 3
- prostituce – modus 1, medián 1, průměr 2,69
- antikoncepce – modus 1, medián 1, 5; průměr 3,46
- budoucí povolání – modus 10, medián 8, průměr 6,62
- plány do života – modus 10, medián 5, průměr 5,77

Graf 3: Ve škole probíraná témata



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z porovnání výsledků průměrných hodnot vychází, že žáci se ve škole s pedagogy nejčastěji baví o budoucím povolání a plánech do života, poté následuje alkohol. Nejméně často hovoří o gamblingu, poruchách příjmu potravy a prostituci.

Rodiče žáků navštěvují školu nejčastěji jednou za půl roku (57%). Druhou nejčastější odpovědí bylo, že rodiče nenavštěvují školu skoro nikdy (18%). 11% rodičů navštěvuje školu jednou za čtvrt roku nebo častěji a jednou za rok. 4% dotazovaných uvádí, že rodiče nenavštěvují školu nikdy. Většina škol (71%) pořádá přednášky či besedy s odborníky.

Pro většinu dotazovaných (79%) není třídní učitel vzorem. Na otázku, z jakého důvodu, byly obdrženy následující odpovědi: není mi sympatický, mám jiné vzory, nesnáším ji, namyšlený člověk, nemá autoritu a nepůsobí tak vzdělaně jako ostatní učitelé, jako typ osobnosti mě nezaujala, je to žena, nemám konkrétní vzor. Oproti tomu většina dotazovaných (61%) vnímá svého třídního učitele jako autoritu.

Většina dotazovaných (54%) uvedla, že ze školy znají organizace, na které se mohou v případě problémů obrátit. Jako příklad uvedli: Unicef, AIDS pomoc, Linka bezpečí, Prevent, Policie ČR, Pedagogicko-psychologická poradna, Armáda spásy.

#### 9.4 Interpretace a diskuze výsledků

Z výzkumu vyplývá, že většina žáků se ve své třídě cítí dobře a se spolužáky vychází výborně. Klima třídy je přátelské, jednotné, pomáhající a tolerantní. Pedagog se třídou diskutuje, zajímá se o jejich názor, snaží se žáky zaujmout. Avšak řada žáků se domnívá, že na ně klade příliš vysoké nároky. Pro většinu žáků je autoritou, avšak není pro ně vzorem. Přestože jsou i žáci, kteří nejsou spokojeni se svým třídním kolektivem nebo třídním učitelem, lze první hypotézu pokládat za potvrzenou.

Většina žáků má možnost navštěvovat mimoškolní zájmové kroužky, které organizuje škola. Výběr je pestrý, žáci si mohou z nabídky zvolit aktivitu, která je zajímavá. Zároveň školy, které mimoškolní zájmové kroužky pořádají, nabízejí k výběru více než jeden kroužek. Proto lze usuzovat, že druhá hypotéza je rovněž potvrzena.

Budoucí povolání a plány do života jsou nejčastěji diskutovaným tématem na školách. Pravděpodobně je to způsobeno i věkovou kategorií respondentů. Avšak o sociálně-patologických jevech se žáci na školách s učiteli baví velice málo, podprůměrně. Proto je třetí hypotéza zčásti vyvrácena.

Většina rodičů navštěvuje školu alespoň jednou za půl roku, avšak z výzkumu vyplývá existence značných rozdílů mezi přístupy ke komunikaci rodičů s učiteli. Velice častou hodnotou totiž bylo tvrzení, že rodiče školu skoro vůbec nenavštěvují. V tomto případě mezi nimi a pedagogy nemůže vzniknout důvěrný vztah, který by umožňoval spolupráci se školou např. na prevenci. Přesto je čtvrtá hypotéza potvrzena.

Výzkum ukázal, že klima ve škole i ve třídě je převážně výborné či uspokojivé. Avšak je zarážející, jak málo se s žáky ve škole diskutuje o sociálně-patologických jevech. Předpokládám, že tuto tematiku rozvíjí u dětí už v daleko mladším věku, přesto by obzvláště v období dospívání měla být diskuze týkající se těchto jevů vedena, v rámci prevence zapojena do celoškolního dění a to mezipředmětovým způsobem.

## 10. KAZUISTIKA

### 10.1 Strukturovaná kazuistika

#### 10.1.1 Současný stav

Diagnostikována úzkostně-panická porucha, příčiny jsou multifaktoriální – traumata z dětství a další vlivy okolí, dědičné dispozice (alkoholismus matky, úzkostnost babičky, dědeček i pradědeček spáchali sebevraždu), biologické dispozice (pravděpodobně nedostatek serotoninu). V současné době zkoumaná osoba pracuje na zvládnání svých panických atak a úzkostných stavů pod vedením terapeutky.

#### 10.1.2 Zdravotní stav

Zkoumaná osoba je v relativně dobrém zdravotním stavu. Měla období častého výskytu infekčních chorob močových cest, avšak z dnešního pohledu se mohlo pravděpodobně jednat o psychosomatické projevy špatně vyhodnocené ošetřujícím lékařem. Vlivem stresu má sníženou imunitu, což se projevuje častým nachlazením.

#### 10.1.3 Životní prostředí

Do 19 let žila v Moravskoslezském kraji, kde se vyskytuje vyšší dávka smogu v ovzduší. Zkoumaná osoba delší dobu kouří cigarety, jiné návykové látky neužívá. V dospívání pila často alkohol a vyzkoušela i marihuanu, ale dnes se alkoholu téměř vyhýbá a marihuanu neužívá. Stravovací preference byly v dětství velice dobré, matka dbala na zdravou výživu svých dětí. V pubertě měla problém přijmout své tělo a pokoušela se jídlo vyzvrátit. Dnes jsou její stravovací návyky dobré.

#### 10.1.4 Psychická traumata

Velkým psychickým traumatem je alkoholismus matky. Zkoumaná osoba v dětství neměla uspokojovány potřeby lásky, bezpečí a pozornosti. Otec je workoholik, který při potřebě uvolnění se od stresu užívá ve vyšší míře alkohol. Zkoumaná osoba celé své dětství a dospívání nezažila pozici dcery, pro svou matku i sestru zaujímala pozici rodiče

### **10.1.5 Rodinná anamnéza**

Rodinné prostředí, ve kterém zkoumaná osoba vyrůstala, nebylo příliš dobré. Alkoholismus matky a negativní chování otce vytvořilo pro zkoumanou osobu a její sestru prostředí, ve kterém nebyl růst jejich osobností a stabilita v životě podpořena. Komunikace v dětství a dospívání nebyla dobrá, o problémech se příliš nemluvilo, přestože zkoumaná osoba měla potřebu o těchto záležitostech hovořit, ze strany matky i otce tato potřeba nebyla uspokojena.

### **10.1.6 Osobní anamnéza**

Průběh mateřské školy byl v normě. Na základní škole prvního stupně bylo rovněž vše v pořádku, zkoumaná osoba měla průměrné známky a v kolektivu byla oblíbená. Na druhém stupni základní školy se situace změnila, zkoumaná osoba přestala do kolektivu zapadat, spolužáci jí verbálně ubližovali a podporu nenašla u žádného z učitelů. Na střední škole byla nadprůměrnou studentkou, měla výborný prospěch. V kolektivu opět nezapadala, ale našla si ve škole dobrou kamarádku, se kterou měla pocit sdílení. V současné době studuje vysokou školu, v kolektivu je oblíbená a její výsledky jsou průměrné až nadprůměrné.

## **10.2 Kazuistika z rozhovoru**

Lenka se narodila předčasně v 35. týdnu těhotenství a první měsíc strávila v inkubátoru. V té době nebyla s matkou v příliš častém kontaktu, prvních pět dní vůbec a zbytek jejího pobytu měla matka povoleno ji navštěvovat co 4 hodiny na krmení.

Lenka je prvorozené dítě, má sestru, která je o 3 roky mladší. Bydlela v rodinném domě, kde kromě otce a matky přebýval její pradědeček. Protože dům postavili její prarodiče, trávili v něm rovněž mnoho času. První tři roky jejího života probíhaly poklidně, matka se o ní starala láskyplně, starostlivě. Dalo by se říci, že starostlivost její matky byla někdy až přehnaná, protože byla prvorozeným dítětem a také z důvodu, že matce byla nesprávně diagnostikována neplodnost, takže se již smířovala s tím, že bude bezdětná, když se jí podařilo otěhotnět.

Ve třech letech se jí narodila sestra a začaly první strasti. Lenka potřebovala být středem pozornosti, avšak té se jí nedostávalo jako dříve, což je sice normální, vzhledem k narození sourozence, avšak Lenka tento fakt nesla těžce. Její otec začal v té době podnikat a jeho osobnost se radikálně změnila vlivem nabytého jmění a



změnou sociálního postavení. V průběhu času otec věnoval své rodině čím dál méně času, domů chodil opilý. Alkohol používal jako ventil, neboť bez něj měl problém myslet na jiné věci než práci. Matka se cítila osamocená, odstrčená, zavřená doma se dvěma dětmi. A tak začala užívat alkohol jako pomoc v nesnázích. Otec začal matku psychicky týrat, snažil se snížit její hodnotu, zahrnoval ji výčitkami. Místo pomoci ji tlačil ke dnu. Lenka toto období nesla velice těžce, v době, kdy situace takto gradovala, jí bylo 8 let. Bála se o život matky, když se otec vracel opilý domů, která čím dál častěji propadala alkoholovým epizodám. Když byla matka opilá, přišla na pomoc babička – z matčiny strany - která však byla dost citlivá a úzkostná. Lenka situaci často řešila sama, snažila se s matkou promluvit a starala se o mladší sestru. Mezi sestrami se vytvořilo pevné pouto, v němž Lenka zaujala pozici sestřiny matky, nikoliv sourozence. Rovněž ke své matce se chovala spíše jako rodič než dcera. Celý Lenčin život se točil okolo matky, neboť se snažila jí pomoci a jistým způsobem zachránit, středem pozornosti všech byla její matka.

Otec rodinu opustil, když jí bylo 10 let. Rozvod rodičů však následoval až 3 roky poté. V době mezi odchodem z rodiny a rozvodem byla pozice otce v rodině proměnlivá. Někdy svou rodinu bral na večeře a na návštěvy obchodních center, jindy na něj děti čekaly a on se neukázal. Vánoce trávil s nimi, po štědrovečerní večeři však odcházel do svého bytu. O tom, jak se vyvíjí situace doma s alkoholickými epizodami matka, nevěděl a ani vědět nechtěl. Matka si v té době udělala řidičský průkaz, což se pro Lenku stalo dalším stresovým podnětem, neboť se obávala, aby se matka nezranila, když bude řídit během alkoholové epizody.

S věkem dívky se situace příliš neměnila, matka měla nepravidelné alkoholové epizody, které ovlivňovaly celou rodinu, avšak především Lenku, která k matce chovala hluboké city a vážila si každého dne, kdy byla matka střízlivá. Domů však chodila každý den s obavami, zda se situace u nich doma nezměnila. Matka během 19 let, kdy Lenka bydlela s ní, prodělala tři léčebné pobyty v protialkoholní léčebně. Z jedné z nich utekla již po pár dnech, z druhé odešla o pár týdnů dříve a třetí prodělala kompletní. Nikdy však nedošlo k následné péči, neboť byla svěřena do rukou neprofesionálního a neodborného psychiatra, který ordinoval v místě jejího bydliště.

Během té doby žila s několika partnery, žádnému z nich však neřekla o svých potížích, a tak když se situace doma změnila a matka začala pít, bylo na Lence, aby vysvětlila partnerům její matky, co se děje. Lenka trpěla pocitem beznaděje a domnívala se, že tato situace nikdy neskončí a není z ní úniku. Její život se točil především okolo matky. Situace se začala pomalu měnit, když matka prodělala téměř smrtelný úraz pod

vlivem alkoholu a nebýt Lenky a její sestry, které ji hledaly a našly, pravděpodobně by umrzla v podchodu se zlomenou nohou. Tento úraz, kdy její matka padla až na pomyslné dno, dal potřebný impulz. Od té doby nastala jedna alkoholová epizoda, která neměla dlouhého trvání, a její matka dnes abstinuje a od poslední alkoholové epizody uběhly tři roky. Rovněž Lenka začala žít svůj život za sebe, navštěvovat terapie a dala matce více prostoru.

První psychické problémy u Lenky nastaly v 8 letech, kdy prodělala panickou ataku. V té době ještě nevěděla, co se jí stalo, a ani nikdo jiný jí to neřekl. Od této panické ataky usínala úzkostně s rukou na srdci, neboť se bála, že jí přestane bít srdce a ve spánku zemře. Tato představa u ní přetrvala do 15 let.

Další vážné psychické problémy se u ní začaly projevovat ve 12 letech. Lenka se věnovala od 5 do 12 let krasobruslení. Tréninky měla každý den několik hodin včetně baletu, tělocvičny a gymnastiky. Trenéři měli na své žáčky vysoké požadavky jak ve výkonu, tak v tělesné stavbě. Často Lence tvrdili, že je tlustá a že by se sebou měla něco začít dělat. Lenka v té době byla štíhlá dívka a kritiku navenek snášela, uvnitř jí ale dělala starosti. Ve 12 letech se na myšlenku, že je tlustá, upnula natolik, že při jídle sladkostí brečela a snažila se je poté vyzvrátit. Toto období snahy zvracet potravu se střídalo s obdobím, kdy si nasadila „pevný režim“ a držela diety. Až v 15 letech došlo ke smíření se svou postavou.

Mezi 13 a 14 rokem u ní rovněž docházelo k záchvatům úzkosti a paniky. Často ležela schoulená u postele a měla pocit, že na ni spadne celá místnost. Stres s matkou, u které se nadále střídaly alkoholické epizody, situaci příliš nepomohl. Lenka začala trpět bludy, celý pokoj si oblepila plakáty z časopisů, částečně i okna, a měla pocit, že na ní lidé z plakátů mluví. Občas se cítila jako někdo jiný, měla pocit, že ji něco posedlo. Těmto stavům vůbec nerozuměla a dále se utápěla v beznaději týkající se její matky. Když už nemohla vydržet tlak emocí, začala se sebepoškozovat. Sebepoškozování prováděla žiletkou zpočátku na místech, které se daly skrýt, později i na viditelných částech těla. Její matka jednou našla jizvy po řezu žiletkou na nohou a situaci nevyhodnotila zcela správně. Byla v takovém šoku, že nedokázala reagovat a situaci se nezabývala. Až v dospělosti, když o těchto věcech s matkou hovořily, zjistila, že si Lenka sebeubližovala dva roky. Matka jí sdělila, že se domnívala, že šlo o jednu epizodu, a byla v šoku. Lenčino sebeubližování bylo rovněž volání o pomoc, které bylo nevyslyšeno, a až po hovoru s matkou v dospělosti dokázala matce odpustit to, že jí nepomohla v době, kdy to nejvíce potřebovala. V tomto období Lenka rovněž uvažovala o sebevraždě, neviděla jinou cestu ze začarovaného kruhu, ve kterém se

nacházela, než cestu smrti. Pud sebezáchovy byl však silnější a nikdy nedokázala své plány uskutečnit. Naděje na lepší život, na změnu byla příliš silná.

V tomto období si Lenka poprvé našla kamarády ve vrstevnické skupině. Ve škole jí nebylo dobře, Lenka byla jiná než její spolužáci, protože její starosti nebyly úměrné jejímu věku. A tak čelila nepochopení. Kamarádila se s dívkou, která vypadala jako Romka, a společně čelily verbálním útokům ze strany spolužáků. Parta, ke které se připojila, nebyla příliš dobrá. Často konzumovali alkohol, cigarety a marihuanu, ničili památky ve městě, navštěvovali soukromé pozemky, ze kterých je majitelé vyháněli. Lenka začala kouřit už ve 13 letech a to z důvodů, které s partou nesouvisely. Důvodem jejího tabakismu byly stresové situace, které řešila doma, a kouření jí pomáhalo se aspoň trochu uklidnit. Několikrát měli kontakt s městskou policií. Lenka navazovala první vážné známosti, které však nedokázaly uspokojit její potřebu lásky a pozornosti. Od party se odtrhla, když přišla domů ve 14 letech opilá a matka to na ní poznala, dostala od ní facku, matka na ni křičela, že „fet'ačku si ve svém domě držet nebude“. Uvědomila si, že její parta pro ni není dobrým partnerem, a brzy na to si našla tři věrné přátele.

V 15 letech se seznámila se svým přítelem, se kterým jsou dodnes. Tato známost jí začala uspokojovat potřebu pozornosti a lásky, a tak se její stavy výrazně zlepšily a prozatím úplně vymizely. V 17 letech se jí vrátily úzkosti, avšak v trochu jiné, tělesnější, formě. Lenka dostávala třesy, zvracela, bušilo jí neobvykle rychle a silně srdce, nemohla spát, brněly jí končetiny, občas nemohla pořádně mluvit. Lékař nic tělesného neobjevil a situaci tím přestal řešit. Ale matka trvala na svém a věděla, že musí Lence pomoci. Nejprve to řešila homeopatickou cestou, která samozřejmě nebyla příliš účinná, až Lenku odvezla k reflexnímu terapeutovi, který Lence na určitou chvíli pomohl. Stavy úzkosti se zlepšovaly, až téměř vymizely.

Změna nastala v 19 letech, kdy dostala Lenka svou nejsilnější panickou ataku. Začala vidět špatně na pravé oko, obraz se zdál být rozmazaný, v mlze. Snažila se problém nevnímat a pokračovat v činnosti, ale připadalo jí to zvláštní. Brzy poté jí ztvrdlo celé patro a jazyk, nemohla mluvit, brněla jí pravá část těla a obličej, třásla se a plakala. Její přítel netušil, co se děje a bál se, že dostala mozkovou mrtvici. Zavolal proto sanitku, která ji odvezla do nemocnice. Zde se Lenky ptali především na to, zda neužívá nějaké návykové látky. Podali jí neurolog, po kterém se Lenka přestala tak silně třást a mohla začít mluvit. Na cestu jí do kapsy dali ještě jeden prášek neurologu a poslali ji domů. Lenka byla zmatená a vyděšená, netušila, co se to děje.

Následující dny se stavy opakovaly, Lenka nemohla téměř nic dělat. Navštívila svou praktickou lékařku s prosbou o pomoc. Praktická lékařka nedokázala zaujmout postoj, který by Lence pomohl, a když se jí Lenka zeptala, co má dělat, dala jí pouze žádanku na psychiatrické vyšetření. Po návštěvě lékařky bylo Lence ještě hůř, ale měla nějaké poznatky o celostní medicíně – nová lékařka, která praktikovala celostní medicínu, měla výrazně lepší přístup a společně zmapovaly Lenčiny symptomy a jejich historii. Společně pak i sledovaly další vývoj jejich úzkostných a panických stavů, které se postupně zmiřovaly. Hned poté si Lenka našla psychologickou pomoc, na terapii dochází dodnes.

V létě minulého roku se jí panické ataky vrátily a byly tak silné, že nedokázala žít plnohodnotný život. Měla problém docházet do práce i do školy. Zpočátku jí paní doktorka nasadila neuroleptikum, který se snažily postupně malými dávkami vysadit, ale při každém snížení se jí vrátily panické ataky ve velice silné míře. V tomto období byla Lenka každý den v kontaktu s paní doktorkou, psala jí, co ten den dělala a jak se u toho cítila. Paní doktorka usoudila, že v užívání neuroleptika nelze dále pokračovat a po poradě s psychiatrem Lence nasadila léčbu pomocí antidepresiv, konkrétně z druhu selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu s názvem cipralex. Zároveň paní psycholožka konzultovala Lenčinu situaci a nasazení antidepresiv se svou pomocnou psychiatrickou a i ta potvrdila vhodnost medikace. První dva měsíce byly velice těžké, Lenka přežívala na malých dávkách neuroleptika, až poté zabrala antidepresiva. Od té doby se jí silná panická ataka nevyskytla, občas dochází k úzkosti, ale Lenka dále pracuje pod vedením své psycholožky na tom, aby své panické ataky a úzkostné stavy zvládala sama a bez medikamentů. V rámci psychoterapie pracují s pohybovou terapií, arteterapií, přehráváním rolí, psychologickým výkladem snů a rodinnou terapií.

### **10.3 Závěr**

Vlivem nepříznivého rodinného prostředí utrpěla Lenka psychická traumata a lze říci, že trpěla subdeprivací. Své neuspokojené emocionální potřeby se snažila uspokojit formou sociálně patologickou – alkoholem, tabakismem, marihuanou, střídáním sexuálních partnerů, vandalizmem a sebepoškozováním. Tlak na její fyzický vzhled vyvolal u Lenky symptomy anorexie a bulimie. Výraznou postavou v životě se stal její přítel, díky němuž našla zdravý způsob uspokojování svých potřeb. Nezpracované emoce a traumata z dětství a pravděpodobně i vlivy genetické a

biologické vyústily v úzkostně-panickou poruchu. Lenka zvolila velice dobrou cestu, jak se situací vyrovnat, v podobě návštěv u psychoterapeuta a na dočasnou dobu i užívání farmatik. Rovněž práce na vztahu s matkou, která má dnes již zájem o problémech mluvit, je dobrým krokem k vyrovnání se s traumaty z dětství.

## ZÁVĚR

Cíle stanovené v úvodu práce se mi doufám podařilo naplnit. V práci jsem popsala různé způsoby vzniku sociálních deviací a podmínění vzniku řadou faktorů v čele se socializací.

Proces socializace má stěžejní vliv na vznik sociálních deviací u dětí a mládeže. V případě, kdy je jedinec vystaven průběhu dysfunkční socializace, může dojít k nesprávnému zvnitřnění norem a hodnot společnosti a zároveň může jedinec utrpět traumata či trpět deprivací. V dětství je velice důležitý symbiotický vztah s matkou, v případě jeho absence jedinec prožívá negativní prožitky. Socializace rovněž probíhá v různých prostředích a důležitá je součinnost těchto prostředí. Během života jedince může dojít ke zlomovým životním událostem a jedinec se může dostat do krizí či stresu. Reakce na tyto situace mohou být řešeny různými způsoby, rovněž však patologicky. Kazuistika osoby, která prošla dysfunkční socializací a trpěla subdeprivací, byla zpracována podrobně a podle mého názoru výstižně doplňuje teoretickou část, neboť data z teoretické části o možnostech vzniku sociálních deviací zde byla empiricky potvrzena.

Ve své práci jsem rozvedla témata sociálních deviací a teorií týkajících se jejich vzniku, závislosti na psychoaktivních látkách, agresivity, suicida, šikany a poruch příjmu potravy. Jedním ze spojujících článků mezi těmito tématy je riziková skupina dětí a mládeže. Dalším zjištěným pojítkem pro některé druhy sociálních deviací jsou biologické či dědičné předpoklady jedince, které se spolupodílí na jejich vzniku. Všechny tyto deviace také vznikají z multifaktoriálních příčin, jejich vznik je podmíněn situací, ve které se jedinec nachází, i lidmi v jeho blízkém či vzdálenějším okolí nebo společností obecně. Základem pro předcházení rozvoje sociálních deviací pak musí být prevence, jež by měla probíhat jak v rodině, tak na školách. Škola z toho důvodu musí plnit Minimální preventivní program.

V praktické části své práce jsem skrze kvantitativní výzkum dospěla k závěru, že situace na školách je v dobrém stavu. Klima školy i třídy je ve většině případů pozitivní a škola používá nástroje, kterými socializuje své žáky funkčně. Avšak je nutné, aby učitelé s žáky mluvili o sociálně patologických jevech ve společnosti a připravovali je na setkání s těmito jevy, což se ne zcela daří. Je velice těžké stanovovat směrodatné závěry vyplývající z provedeného výzkumu, neboť byl proveden na malém vzorku respondentů. Jistě by však tato problematika byla zajímavá pro podrobnější zkoumání. Výzkum dále ukázal, že žáci jsou sdílní v tématech týkajících se školy, proto

by neměl být problém získat informace pro další šetření. Lze jen doufat, že další studie a výzkumy na toto téma budou následovat, neboť potenciál k získání cenných informací je značný.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

- ATKINSON, Rita L., Richard C. ATKINSON, Daryl J. BEM, NOLEN - HOEKSEMA a Edward E. SMITH. *Psychologie*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
- FRANKL, Viktor E. *Lékařská péče o duši: Základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 1995. ISBN 80-85319-39-X.
- GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. vydání první - dotisk. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.
- HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. ISBN 80-247-0132-9.
- HELUS, Zdeněk. *Psychologie pro střední školy*. 3. vyd. Praha: Fortuna, 2003. ISBN 80-7168-876-2.
- HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1168-3.
- KOLÁŘ, Michal. *Nová cesta k léčbě šikany*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-871-5.
- LORENZ, Konrad. *Takzvané zlo*. 2. vyd. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-1098-X.
- PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3470-5.
- MUNKOVÁ, Gabriela. *Sociální deviace*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0279-2.
- MŮHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. 2. dotisk 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-2511-5.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0592-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1999. ISBN 80-200-0690-7.
- NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti*. 3. rozšířené vydání. Praha: Sportpropag, a.s., 1995.



OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.

PEŠEK, Roman a Kateřina NEČESANÁ. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných jiných drog u dospívajících: Moderní metody pro nácvik psychosociálních dovedností zvyšujících sebedůvěru*. Písek: Arkáda - sociálně psychologické centrum, 2009. ISBN 978-80-254-5971-3.

ŘÍČAN, Pavel a Pavlína JANOŠOVÁ. *Jak na šikanu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2991-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

URBAN, Lukáš, Josef DUBSKÝ a Jan BAJURA. *Sociální deviace*. 2. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7380-397-1.

### **Seznam použitých zahraničních zdrojů**

ONDREJKOVIČ, Peter. *Sociálna patológia*. 3. vyd. Bratislava: SAV, 2009. ISBN 978-80-224-1074-8.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

ŠVÉDOVÁ, Jarmila a Lenka MIČOVÁ. Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy. In: [online]. [cit. 2013-03-29]. Dostupné z:

<http://anabell.cz/images/stories/dokumenty/manualpropedagogy.pdf>

POLANSKÁ, Michaela, Jana SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ a Jarmila ŠVÉDOVÁ. Prevence relapsu poruchy příjmu potravy. In: [online]. [cit. 2013-03-29]. Dostupné z:

[http://anabell.cz/images/stories/dokumenty/prevence\\_relapsu.pdf](http://anabell.cz/images/stories/dokumenty/prevence_relapsu.pdf)

### **Seznam ostatních zdrojů**

Česká republika. Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 - 2012 MŠMT. In: Praha, 2009. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/20270>

## SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK

Graf 1: Charakteristika třídy .....	64
Graf 2: Průběh většiny vyučujících hodin.....	66
Graf 3: Ve škole probíraná témata .....	67

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník .....	I
----------------------------	---

# PŘÍLOHY

## Příloha A – Dotazník

1. Jaký je váš věk?

15 – 16 – 17 – 18 – 19

2. Jaké je vaše pohlaví?

Žena – muž

3. Jakou školu studujete?

Učiliště – střední průmyslovou školu – střední odbornou školu s maturitou – střední odbornou školu bez maturity – gymnázium

4. V kolektivu své třídy se cítím:

Výborně – dobře – nepříliš dobře – špatně – rád/a bych kolektiv opustil/a

5. Naši třídu bych charakterizoval/a slovy (u každého slova vyberte na stupnici od 1 do 10, přičemž 1 je nejméně, 10 je nejvíce):

Přátelská

Pomáhající

Tolerantní

Nezajímavá

Agresivní

Nepřátelská

Netolerantní

Jednotná

Jiné:

6. Pomáhá vám třídní učitel řešit konflikty ve třídě?

Ano – ne

7. Jaké nejčastější problémy/konflikty ve třídě řešíte?

8. Jste spokojeni s pedagogickým sborem na Vaší škole? V případě že ne, uveďte důvody proč

Ano - ne

9. Kdybyste měli nějaký problém, na koho ze školy byste se obrátili?

Třídní učitel – jiný učitel – spolužák – výchovný poradce – školní psycholog – metodik prevence – na nikoho ze školy

10. Kdybyste měli nějaký problém, na koho mimo školu byste se obrátili:

Kamarád

Rodiče

Prarodiče

Přítel/přítelkyně

Na někoho jiného:

11. Víte, kdo je ve vaší škole výchovným poradcem?

Ano – ne

12. Nabízí Vám škola nějaké mimoškolní zájmové činnosti/kroužky? Pokud ano, uveďte jaké

13. Jak byste popsali průběh většiny vyučujících hodin? U každé možnosti uveďte na stupnici od 1 do 10, přičemž 1 je nejméně, 10 je nejvíce:

- Pedagog s námi o tématech diskutuje
- Pedagog pouze monotónně přednáší látku
- Pedagog se zajímá o náš názor
- Pedagog se snaží o to, aby nás hodina bavila
- Pedagog se nezajímá o náš názor
- Pedagog si nezvládá udělat pořádek ve třídě
- Pedagog neumí vysvětlit látku
- Pedagog klade příliš velké nároky
- Pedagog je příliš mírný

14. Bavíte se ve škole s pedagogy o následujících tématech? U každého slova vyberte na stupnici od 1 do 10, přičemž 1 je nejméně, 10 je nejvíce:

- Alkohol
- Drogy
- Poruchy příjmu potravy – anorexie, bulimie
- Gambling
- Šikana
- Krádeže
- Násilí
- Sexuální zneužívání
- Prostituce
- Antikoncepce
- Budoucí povolání
- Plány do života

15. Jak často navštěvují rodiče školu? (Stačí přibližně)

- Jednou za čtvrt roku nebo častěji
- Jednou za půl roku
- Jednou za rok
- Skoro nikdy
- Nikdy

16. Pořádá vaše škola besedy či přednášky s odborníky?

Ano – ne

17. Je pro vás třídní učitel vzorem?

Ano – ne

Pokud ne, uveďte z jakého důvodu

18. Vnímáte svého třídního učitele jako autoritu?

19. Znáte ze školy organizace, na které byste se mohli v případě problémů obrátit?

Pokud ano, napište alespoň jednu

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Tereza Výborná

**Obor:** Speciální pedagogika

**Forma studia:** Prezenční

**Název práce:** Sociální deviace u dětí a mládeže v soudobé společnosti

**Rok:** 2013

**Počet stran textu bez příloh:** 68

**Celkový počet stran příloh:** 2

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 20

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 1

**Počet internetových zdrojů:** 2

**Počet ostatních zdrojů:** 1

**Vedoucí práce:** Prof. PhDr. Zdeněk Helus DrSc.