

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Ústav sociální studií

**Šikana v dětství jako rizikový faktor psychických problémů
v dospělosti**
Diplomová práce

Autor: Bc. Veronika Matyášová
Studijní program: N7507 Sociální pedagogika
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent práce: doc. PhDr. Jiří Semrád, Csc.

Zadání diplomové práce

Autor:	Veronika Matyášová
Studium:	P20K0334
Studijní program:	N7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální pedagogika
Název diplomové práce:	Šikana v dětství jako rizikový faktor psychických problémů v dospělosti
Název diplomové práce AJ:	Bullying in childhood as a risk factor for mental health problems in adulthood

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce vychází z aktuálních poznatků psychiatrie, zabývá se možnými negativními důsledky šikany v dospělosti. Teoretická část práce charakterizuje násilí, agresi a agresivitu. Specifikuje školní šikany, její příčiny, vývojová stádia, projevy a druhy. Shodně s literaturou popisuje nejčastější následky šikany v dospělém věku s akcentem na psychické zdraví. Empirická část práce mapuje bio-psycho-sociální důsledky školní šikany. Výzkumnou metodou kvantitativního šetření je dotazník vlastní konstrukce.

BERNDT, Christina a Michaela ŠKULTÉTY. *Odolnost: nepřízeň osudu lze překonat*. Praha: Beta, 2015, ISBN 978-80-7306-771-7.

FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada, 2014. 231 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5046-0.

JANOŠOVÁ, Pavlína, Lenka KOLLEROVÁ, Kateřina ZÁBRODSKÁ, Jiří KRESSA a Mária DĚDOVÁ. *Psychologie školní šikany*. Praha: Grada, 2016, ISBN 978-80-247-2992-3.

MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Praha: Grada, 2009, 152 s. ; 21 cm. ISBN 978-80-247-2310-5.

LEVINE, Peter A a Maggie KLINE. *Trauma očima dítěte: probouzení obyčejného zázraku léčení*. Praha: Maitrea, 2012, 609 s. ISBN 978-80-87249-27-7.

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. Sjezd, RABOCH, Jiří, ed., ZRZAVECKÁ, Irena, ed. a DOUBEK, Pavel, ed. *Duševní poruchy a kvalita péče: sborník přednášek a abstrakt VIII. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2010. 331 s. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-958-2.

ŘÍČAN, Pavel. *Agresivita a šikana mezi dětmi: jak dát dětem ve škole pocit bezpečí*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-049-9.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2., rev. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky, Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Oponent: doc. PhDr. Jiří Semrád, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 13.1.2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou závěrečnou práci Šikana v dětství jako rizikový faktor psychických problémů v dospělosti vypracovala pod vedením vedoucího závěrečné práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Bc. Veronika Matyášová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat svému vedoucímu diplomové práce panu PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za odborné vedení závěrečné práce. Poděkování patří také všem mým blízkým, kteří mi byli oporou při tvorbě diplomové práce.

Anotace

MATYÁŠOVÁ, Veronika. *Šikana v dětství jako rizikový faktor psychických problémů v dospělosti*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2022. 69 s. Diplomová závěrečná práce.

Diplomová závěrečná práce se zabývá šikanou jako rizikovým faktorem psychických problémů v dospělosti. Rozebírá fakta o lidské agresivitě z poznatků odborné literatury a zaměřuje se na projev lidské agrese prostřednictvím šikany s důrazem na školní šikanu. Dále práce rozebírá pojem resilience, její vývoj a vliv na celý život jedince. Součástí práce je zkoumání možných následků šikany v dospělém životě s důrazem na psychické zdraví člověka. V rámci diplomové práce bylo uskutečněno dotazníkové výzkumné šetření s dotazníkem vlastní konstrukce. Cílem práce bylo zjistit, zda je šikana rizikovým faktorem psychických problémů v dospělosti.

Klíčová slova: šikana, násilí, psychické problémy, deprese, PTSD

Annotation

MATYÁŠOVÁ, Veronika. *Bullying in childhood as a risk factor for mental health problems in adulthood*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2022. 69 pp. Diploma Degree Thesis.

The final thesis deals with bullying as a risk factor for mental health problems in adulthood. It analyzes the facts about human aggression from the findings of the literature and focuses on the manifestation of human aggression through bullying with an emphasis at school bullying. The work analyzes the concept of resilience, its development and its impact on the life of the individual. Part of the work is to examine the possible consequences of bullying in adult life with emphasis on mental health. As part of the diploma thesis a questionnaire research survey was conducted with a questionnaire of its design. The work aimed to find out whether bullying is a risk factor for mental problems in adulthood.

Keywords: bullying, violence, mental health problems, depression, PTSD

Obsah

Úvod.....	8
1. Agrese, agresivita	9
2. Šikana	13
2.1. Příčiny, typologie agresorů a obětí.....	16
2.2. Vývojová stádia.....	21
2.3. Druhy šikany	22
2.4. Prevence šikany.....	23
3. Resilience jako proces	27
3.1. Předpoklady resilience	28
3.2. Resilience dítěte, dospělého a skupiny.....	29
4. Možné následky šikanování v dospělém věku	33
4.1. Posttraumatická stresová porucha	33
4.2. Deprese.....	34
4.3. Fobické úzkostné poruchy.....	38
4.4. Jiné úzkostné poruchy	40
4.5. Suicidální chování	42
4.6. Možnosti práce s klienty	43
5. Psychické důsledky šikany v dětství	46
5.1. Cíl výzkumného šetření a výzkumný problém a hypotézy	46
5.2. Výzkumný soubor a procedura	48
5.3. Výsledky a diskuse.....	54
5.4. Souhrn výzkumného šetření	60
Závěr	62
Použitá literatura	63
Příloha.....	66
Příloha č. 1 - Dotazník	66

Úvod

Cílem diplomové práce je popsat šikanu s akcentem na školní šikanu, její projevy, druhy a důsledky, které mohou nastat pro oběti šikany. Diplomová práce popisuje poznatky o lidské agresi a agresivitě, kde uvádí definice těchto pojmů na základě odborné literatury a vysvětlení, proč se lidé chovají agresivně.

Nejrozsáhlejší kapitolou je kapitola o šikaně, která rozebírá různé definice šikany podle odborné literatury i podle oficiální internetových zdrojů. Zaměřila se také na typologii agresorů a obětí dle dosud známých faktů. Se šikanou se dle odborné literatury může setkat až každé třetí dítě. (Sandoval, 2014, online) Se šikanou se nejčastěji setkávají ve školním prostředí (základní škola, střední škola), ale také na zájmových kroužcích, a výjimkou bohužel není ani rodinné prostředí.

Následuje kapitola o resilienci, o psychické odolnosti jedince, kterou si vytváříme v průběhu života již od dětství, podobně jako si procházíme celoživotním procesem – socializací. Resilience je zde uvedena jako podstatná součást lidské vybavenosti, kterou používáme po celý život jako jakýsi airbag těžkých životních situací a zkušeností.

Poslední kapitola v teoretické části diplomové závěrečné práce se zabývá možnými psychickými problémy, které mohou být následkem šikany, kterou se lidé stali v dětství obětí. Článek od Sandovala (2014) pro elektronický časopis Česká a slovenská psychiatrie uvádí mnoho problémů, které mohou nastat po prožití šikany v dětství. Řadí se mezi ně nejrůznější psychické problémy (deprese, panické ataky, úzkostné stavy, posttraumatický stresový syndrom, agorafobie, sebevražedné sklony apod.), dopad na socioekonomický status (navazování nových vztahů, začleňování do kolektivu, udržování trvalých partnerských či přátelských vztahů, nižší ekonomický status, problém udržet si stálou práci apod.), zvýšené riziko rizikového chování (zneužívání návykových látek včetně alkoholu, rizikové sexuální chování) a v neposlední řadě je zde možnost zvýšeného rizika kriminality.

Poslední část diplomové závěrečné práce se zabývá vlastním výzkumným šetřením pomocí dotazníkového šetření. Výzkumné šetření má za úkol potvrdit či vyvrátit vydefinovaný výzkumný problém: Šikana v dětství je rizikovým faktorem pro psychické problémy v dospělosti. Dotazníkové šetření bylo vytvořeno vlastní konstrukcí a zúčastnilo se ho 172 anonymních respondentů pomocí kontaktů na sociálních sítích.

1. Agrese, agresivita

Lidské násilí, agrese, agresivita je součástí našeho každodenního života. Ať už pocítujeme agresi jako pouhý pocit nebo ji máme potřebu vyventilovat, dáváme ji najevo verbálně či fyzicky. Pojmy násilí, agrese a agresivita můžeme považovat za synonyma a můžeme je definovat jako: „(...) nepřátelské, zraňující nebo destruktivní chování, často způsobené frustrací, může být kolektivní či individuální. Lidská agrese je nepochybně zapříčiněna multifaktoriálně, včetně politických, společenských, ekonomických, zdravotních a psychologických faktorů.“ (Látalová, 2013, s. 10)

V odborném světě však pojmy agrese a agresivita nejsou synonymy. Martínek ve své publikaci uvádí tyto definice agrese: „*Agresivita (z lat. Aggressivus) – útočnost, postoj nebo vnitřní pohotovost k agresi. V širším slova smyslu se takto označuje schopnost organismu mobilizovat síly k zápasu o dosažení nějakého cíle a schopnost vzdorovat těžkostem.*“ (Martínek, 2009, s. 9)

A definici agrese uvádí Martínek ve své publikaci jako: „*Agrese (z lat. Aggressio) – výpad, útok – jednání, jímž se projevuje násilí vůči některému objektu, nebo nepřátelství a útočnost s výrazným záměrem ublížit.*“ (Martínek, 2009, s. 9)

Projev agrese může také být chápán jako úmyslné narušení integrity druhého formou obranného jednání, asertivního jednání, ale také útočného jednání. Dle Bandura je agresivní chování veškeré chování, které je v rozporu s všeobecně schválenými sociálními pravidly. „*Agrese může být vymezena také jako vyhledávání záliby v ubližování jiným lidem. V tomto případě je agrese zdrojem*

potěšení, uspokojení sebe sama, je to legrace, agresivní veselí a bujarost.“ (Čermák, 1999, s. 7-8)

Společně pro všechny definice agrese je, že agresivní jednání je záměrné chování a je vidět navenek. Agresivitu lze měřit metodou např. dle *Overt Aggression Scale*, která má čtyři stupně: verbální agresivita, fyzické násilí vůči vlastní osobě, fyzické násilí vůči předmětům a nakonec fyzické násilí vůči ostatním lidem. (Látalová, 2013, s. 16-18)

Pojem násilí je někdy souzen jako odnož nebo typ agrese a míní se jím přímo fyzický projev násilí. Agresí se v kontextu myslí základní pohnutka, kdežto násilí můžeme přímo vidět. (Čermák, 1999, s. 12)

Dalším příbuzným pojmem můžeme označit pojem hněv. Hněv popisujeme jako silný emocionální stav, kdy člověk může jednat impulzivně, avšak nemusí se nutně chovat agresivně. Díky tomuto silnému návalu emocí může jedinec jednat v tzv. afektu, kdy má člověk sklony k násilnému chování. (Čermák, 1999, s. 13)

Další typ agrese můžeme označit pojmem hostilita. Hostilita je označována jako celkový negativní postoj k více jedincům. Lidé s hostilním postojem nemusí být nutně agresivní a nemusí pociťovat hněv (který je typický svou impulzivitou), ale používají především verbální projev, kdy se k objektu hostility vyjadřují negativně. (Čermák, 1999, s. 13)

Typy agrese popsala klasifikace Moyera, jejíž základy jsou postaveny na výzkumu zvířat, avšak je uplatnitelná i na lidské agresivní chování. (Čermák, 1999, s. 10)

- **Predátorská agrese:** je útočný projev agrese dominantního jedince proti své kořisti. Podnětem pro agresi může být i pohyb. (Čermák, 1999, s. 10) Predátorskou agresi můžeme přirovnat k lidské agresi, kdy je agresivní chování, přirozenou odpovědí na nelibý projev druhého. V šikaně bychom mohli takovou agresi přirovnat k agresorovi, který ze své přirozenosti chce ubližovat ostatním, protože ho takové jednání zvláštním způsobem uspokojuje.

- **Agrese mezi samci:** je agresí mezi dvěma dominantními jedinci, pro vytvoření hierarchie ve smečce, ukázání kdo je tady pánem. (Čermák, 1999, s. 10) U jevu šikany můžeme přirovnat tento typ agrese k šikaně ve vojenském prostředí, kde tzv. zelenáčům tzv. mazáci ukazují svoji dominanci a těm nezkušeným svoji submisivitu, kdy mazáci si tímto jednáním upevňují svoji pozici.
- **Agrese vyvolaná strachem:** jak ze svého názvu vyplývá, tento typ agrese je odpovědí organismu na strach či nebezpečí. Odpovědí organismu na nebezpečí bývá únik nebo útok a v tomto případě si jedinec zvolí útok. (Čermák, 1999, s. 10) Agresi vyvolanou strachem můžeme přirovnat k typu agresora šikany, kdy agresor šikany raději souhlasí s dominantním agresorem šikany nebo mu k tomu napomáhá ze strachu, že v opačném případě by se sám stal obětí.
- **Dráždivá agrese:** je agrese, která je vyvolána nějakou frustrací, únavou, bolestí apod. (Čermák, 1999, s. 10) Takovou agresi můžeme přirovnat v jevu šikany k agresorovi, který je v domácím prostředí frustrován či si prochází např. domácím násilím a jeho odpovědí na takové podněty je přenášení bolesti a frustrace na ostatní v podobě šikanování.
- **Mateřská agrese:** jak z názvu vyplývá, mateřská agrese je reakcí matky na ohrožení dítěte. (Čermák, 1999, s. 10) Pro lidi můžeme přirovnat tuto agresi jakémukoli chování, kdy matka ochraňuje své dítě před nebezpečím světa.
- **Sexuální agrese:** je vyvolána sexuálními podněty a spíše sexuální frustrací jak zvířete, tak jedince. (Čermák, 1999, s. 10)
- **Agrese jako obrana teritoria:** je vyvolána jako reakce na ochranu vlastního území. (Čermák, 1999, s. 10) U šikany můžeme takovou agresi přirovnat k agresorovi, který šikanuje nově přichozího žáka z důvodu, aby si upevnil svoji pozici jako dominantního vůdce ve své skupině.

Dělení agrese se může také objevit na základě toho, na čem si agresivní pnutí člověk vybíjí. Agrese se potom dělí na: agresi vybitou na neživém předmětu, agresi vybitou na zvířeti, agresi vybitou na druhých lidech a nakonec na autoagresi. Agrese vybitá na neživém předmětu je agresí, kdy se objektem agrese stává jakýkoli předmět, který je zrovna po ruce (ve škole např. pravítko, školní skříňka, školní lavice). Tento typ agrese nemusí nutně být nutně chápán negativně, ale může se využít i jako druh terapie. (Martínek, 2009, s. 21-23)

Agrese vybitá na zvířatech je pomyslným druhým stupněm agrese. Jedinci již nestačí vybití frustrace na neživém předmětu a má potřebu si svoji agresi vybit na živém objektu, tentokrát na zvířeti (důležitým aspektem je vybití na slabším tvorovi pro utvrzení své dominance). Agrese vybitá na druhých lidech je posledním stupněm vzrůstající agrese. (Martínek, 2009, s. 23-28)

Při autoagresi se jedná o agresi, která je namířená proti sobě samému. Nejvyšším stupněm takové agrese je sebevražda. Formou autoagrese nemusí být nutně sebepoškozování, jako je řezání na zápěstí a na nohách, ale také např. trhání vlasů, okusování nehtů až do fáze poškození nehtového lůžka, vědomé zneužívání návykových látek, demonstrační sebevražda či útěk do pochybné party vrstevníků. Autoagrese se vyskytuje např. u dětí trpící syndromem CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte), u lidí trpící frustracemi, u lidí s depresivními stavy, u lidí s některými psychickými poruchami a také u lidí, kteří se stali obětí šikany. (Martínek, 2009, s. 24-28)

Variantou agresivního chování může být právě šikana. Dle dat výzkumů uvedených v publikaci Martínek (2009, s. 109) se se šikanou setká přes 40 % dětí, což je alarmující číslo. I přesto se objeví autority dětí, kteří si jen šikany nechtějí ve svých zařízeních připustit (ať už se jedná o školní zařízení či mimoškolní zařízení pro děti a mládež). S takovým přístupem zůstanou agresori nepotrestáni s vědomím, že to vlastně byla jen nevinná hra, dětská nerozvážnost a na druhou stranu oběti si ponесou následky i do konce života. (Martínek, 2009)

2. Šikana

Na téma šikana, ať už šikana ve školách nebo šikana v jiných oblastech života, existuje nespočet publikací a mnoho autorů se tímto sociálně-patologickým jevem zabývá.

Pojem *šikana* se začal užívat se souvislostí z utahování si z nováčků základní vojenské služby zkušenějšími kolegy. Poté se začal pojem užívat i v dalších oblastech života, kde se projevovali obdobné vzorce sociálně patologického chování. O šikaně tedy nemusíme hovořit jen ve školách (ať už na základních nebo středních školách), ale také na pracovištích (mobbing¹; bossing²; staffing³), ve věznicích, v domácnostech (domácí násilí na ženách, dětech, seniorech apod.) atd. (Říčan, Janošová, 2010)

Dle metodického pokynu MŠMT pro řešení šikany na školách, definuje školní šikanu jako: *„Šikanování je jakékoliv chování, jehož záměrem je ublížit, ohrozit nebo zastrašovat jiného žáka, případně skupinu žáků. Je to cílené a opakované užití fyzických a psychických útoků jedincem nebo skupinou vůči jedinci či skupině žáků, kteří se neumí nebo z nejrůznějších důvodů nemohou bránit. Zahrnuje jak fyzické útoky v podobě bití, vydírání, loupeží, poškozování věcí, tak i útoky slovní v podobě nadávek, pomluv, vyhrožování či ponižování. Může mít i formu sexuálního obtěžování až zneužívání. Nově se může realizovat i prostřednictvím moderních komunikačních prostředků, především prostřednictvím internetu a mobilu (...). Šikana se projevuje i v nepřímé podobě jako demonstrativní přehlížení a ignorování žáka či žáků třídní nebo jinou skupinou spolužáků (zde je potřeba citlivě zvážit, zda se jedná o šikanu, či jde o projev nedostatečně rozvinutého sociálního citění žáků). Nebezpečnost působení šikany spočívá zvláště v závažnosti, dlouhodobosti a nezřídka v celoživotních následcích na duševní a tělesné zdraví oběti.“* (Metodický pokyn ministra školství, 2008, s. 1-2)

¹ *Mobbing*: specifický pojem pro šikanu na pracovišti.

² *Bossing*: specifický pojem pro šikanu na pracovišti v případě zneužívání moci nadřízeného v projevech šikany vůči podřízenému.

³ *Staffing*: specifický pojem pro šikanu na pracovišti v případě kdy podřízený se pomocí projevů šikany snaží znemožnit či jinak ponižovat vedoucí(ho) pracovníky(a).

Z metodického pokynu MŠMT můžeme vyčíst, že šikanu rozdělujeme na fyzickou či psychickou, popř. sexuální; může být cílena na jednotlivce či skupinu. Správně je do definice šikany zahrnuta možnost šikany přes nejrůznější komunikační média – dnes tomu byl přiřazen pojem kyberšikana.

Říčan (2010) definuje šikanu takto: „*Šikanu nazýváme ubližování mezi těmi, kteří jsou ve stejném postavení, ve škole tedy mezi žáky nebo studenty, ve sportovním oddíle mezi sportovci, ve vězení mezi vězni, na pracovišti mezi spolupracovníky atd. (...) Mezi agresorem a obětí je osobní asymetrický vztah moci. To znamená, že oběť ví, kdo jí ubližuje, bojí se ho a je závislá na jeho rozmarech. (...) Obyčejně rozlišujeme šikanu přímou a nepřímou.*“ (Říčan, 2010, s. 21). Říčan definuje školní šikanu trefně mezi dětmi, které jsou de facto na stejné společenské úrovni, a přesto jsou mezi nimi rozdíly, které mohou být důvodem pro agresora k šikaně. Jak říká Říčan, šikana je vztah mocného a toho, který je pod touto mocí a neví, jak se z ní vymanit.

Dále je třeba uvést rozdíl mezi pojmem *šikana* a *teasing*. Pojem *teasing* je spojován s nevinným škádlením mezi jedinci, kdy takové škádlení šikanu jen zdánlivě připomíná (např. škádlení na základní škole jako projev atraktivity k tomu druhému). Takový projev tomu druhému není nepříjemný ba naopak, jedná se o normální jev mezi dospívajícím a přiznejme si, i mezi dospělými. (Martínek, 2009, s. 109)

Naopak pojem *šikana* dle Martínka (2009) je definována jako jev, kdy „*jeden nebo více žáků úmyslně a většinou opakovaně týrá spolužáka nebo spolužáky a používá k tomu agresi a manipulaci.*“ (Martínek, 2009, s. 109) Dle publikace Martínka (2009) musí jev šikany splnit následující kritéria, aby se jednalo o šikanu: vždy se jedná o převahu síly nad obětí; oběť vnímá útok jako nepříjemný; útok může být dlouhodobý, ale také krátkodobý. Kritériem převahy síly nad obětí se myslí převaha fyzické nebo psychické síly či obou sil najednou. Jedná se o jasnou dominanci mocenské síly nad obětí či oběťmi. Oběť vnímá útok jako nepříjemný v takové míře, že agresor ve většině svých útoků hraje na citlivou strunu oběti (př. utahuje si z jeho nedostatků, z jeho rodiny). Šikana má dle dalších odborných publikací charakter dlouhodobosti, avšak i krátkodobá

šikana může být nazvána šikanou, pokud splňuje dvě výše uvedené podmínky.

Sandoval, Praško a kol. v článku v časopise Česká a slovenská psychiatrie (2014) zmiňují možnou přímou souvislost mezi šikanou v dětství a psychickými problémy v dospělosti. „Závěrem mnoha výzkumů je zjištění, že děti a mladiství, kteří jsou šikanováni svými vrstevníky, mají významně zvýšené riziko pro rozvoj řady psychických problémů, jako jsou sociální úzkost, deprese, nízké sebevědomí, poruchy příjmu potravy nebo posttraumatická stresová porucha. Šikanující ženy, které byli zároveň oběťmi, ukazují zvýšené riziko deprese, panické poruchy a agorafobie. U mužů byla prokázána zvýšená míra suicidality. Ve skupině šikanujících bylo prokázáno zvýšené riziko antisociální poruchy osobnosti.“ (Sandoval, Praško a kol, 2014, s. 319-320). Článek konkrétně uvádí příčinnou souvislost mezi šikanovanými a jejich psychickými problémy. Nemůžeme však tvrdit, že každý šikanovaný má nebo bude mít psychické problémy, avšak můžeme tvrdit, že riziko psychických problémů/poruch je značně zvýšeno u šikanovaných jedinců.

Říčan (1995) ve své publikaci uvádí takovouto definici šikany: „Šikanování říkáme tomu, když jedno dítě nebo skupina dětí říká jinému dítěti ošklivé a nepříjemné věci, bije je, kope, vyhrožuje mu, zamyká je v místnosti a podobně. Tyto incidenty se mohou často opakovat a pro šikanované dítě je obtížné, aby se samo ubránilo. Jako šikanování mohou být označeny také opakované posměšky nebo ošklivé poznámky o rodině. Jako šikanování však obvykle neoznačujeme občasnou rvačku nebo hádku přibližně stejně fyzicky vybavených soupeřů.“ (Říčan, 1995, s. 26) Z definice vyčteme, že šikana je dlouhodobým jevem, kde jsou jasně určené role agresora a oběti, jinak řečeno je jasně vidět dominantní a submisivní prvek.

2.1. Příčiny, typologie agresorů a obětí

Proč k šikanování vůbec dochází? Proč jsou agresoři agresory? Byli jimi vždy? Proč vlastně některé děti šikanují druhé děti? Pro zábavu, strach, pocit moci či něco dalšího? Mají všichni agresoři šikany něco společného? Na tyto a další možné příčiny šikanování odpoví následující podkapitola, jak je uvádí odborná literatura.

Odborníci někdy nazývají agresory šikany jako agresivní psychopaty a jejich oběti jako astenické psychopaty. Co nám z toho tedy může vyplývat? To do škol chodí tolik dětí psychopatů (lidově řečeno)? Kolář uvádí, že nemůžeme takto všechny agresory šikany házet na jednu hromadu, dle jeho názoru všichni agresoři mají však jednu společnou věc, a to že jsou vysoce egoističtí a egocentričtí. (Kolář, 2005, s. 72)

„(...) v našich genech je zakódována náchylnost jak ke krutosti, tak k soucitu. Zdá se, že lidé více zalévají zlo v sobě a dobro zanedbávají, nechávají ho usychat.“ (Kolář, 2005, s. 73). Zajímavá myšlenka, která bohužel hýbe historií světa obecně. Když se zaměříme přímo na jev šikany, můžeme myšlenku připodobnit k situaci, kdy agresor šikanuje oběť před ostatními spolužáky a oběti se nikdo nezastane ze strachu, že jim bude také ublíženo – tedy *zalévají agresorovo zlo a dobro v sobě zanedbávají* a možná i tím mohou začít pěstovat zlo sami v sobě.

Je výrazně jednodušší vítězit nad druhými než se snažit vítězit nad sebou samými. Kolář uvádí, že agresoři jsou lidé, kteří z nějakého důvodu neprošli nebo se chtějí vyhnout duševnímu růstu, a tuto frustraci si vybíjí na druhých. Duševně nevyzrálý člověk tedy nezná sám sebe, nechce se znát, nechce čelit sám sobě a objevovat své slabiny. Takový člověk o sobě ví (myslí si), že je v právu k takovému chování, protože je lepší než ostatní, a ostatním se musí přeci dát najevo, že on má tu moc. (Kolář, 2005)

Můžeme se podívat na stádia morálního vývoje dle Kohlberga. Kohlberg říká, že existuje 3 stádia morálního vývoje – prekonvenční, konvenční a postkonvenční. Prekonvenční úroveň morálky je stádium, kdy jedinec se učí morálce pomocí odměny a trestu, tím se učí, co může a nemůže. V konvenčním stádiu se člověk naučil být hodným, protože mu to zákon, řád, norma, společnost nějakým způsobem nakázala. V posledním postkonvenčním stádiu si člověk takové hodnoty vštíjí, přijme přímo za své, promítnou se mu do jeho vědomí a svědomí. Nejedná tak, aby nebyl potrestán, ale proto, že je to tak správné. Do posledního stádia morálního vývoje se nedostane většina populace. Proto můžeme i zde vidět příčiny, proč děti šikanují druhé. Prostě ještě nejsou v dostatečně pokročilé fázi morálního vývoje a trest pro ně není dostatečnou hrozbou proč to nedělat, natož aby se jim tzv. hnulo svědomí. (Vacek, 2008)

Musíme zde uvést, že samotná porucha morálky, duchovního vývoje automaticky neznamená, že daný jedinec je agresorem a strůjcem šikany. Aby byl jedinec agresorem, podmiňuje ho spousta dalších faktorů, jako je prostředí (školy, rodiny, vrstevníků), výchova, skupinová dynamika či samotný charakter jedince. (Kolář, 2005, s. 78-79)

Martínek ve svém článku pro Metodický portál RVP rozděluje několik typů agresorů a obětí. Dle Martínka je obecným pojítkem mezi agresory jakýkoli problém v rodině, která selhává minimálně v jedné ze svých funkcí.

- **Agresor hrubý, fyzický** – tento typ agresora dává přednost fyzické šikaně, kdy převládá snaha o fyzickou, silovou převahu nad ostatními a vyžívání se nad utrpením ostatních. Oběti takového agresora jsou fyzicky napadány, mláceny, škrceny, kopány apod. Agresor se takto chová ve většině případů, kdy sám zažívá takové projevy agrese u své rodiny (ať už přímý účastník jako oběť, nebo jako pozorovatel). (Martínek, 2013, online)

- **Agresor jemný, kultivovaný** – můžeme říci, že tento typ agresora je velice nebezpečný a těžko odhalitelný ze strany autorit (pedagogů). Takový agresor se v přítomnosti pedagogů chová jako velice hodný žák. V nepřítomnosti pedagogů či jakéhokoliv dospělého, je uvedený jedinec strůjcem poměrně tvrdé šikany. Avšak takový agresor není přímým agresorem, působí spíše jako tzv. *šedá eminence* („Já nic, to ti ostatní!“). Agresor takto ventiluje drsnou výchovu, kterou s největší pravděpodobností zažívá doma (neustálý dohled, dozor, příkazy, žádná svobodná vůle). (Martínek, 2013, online)⁴
- **Agresor srandista** – typ agresora, který má charakter flegmatika vtipálka. Nedělá si s ničím moc hlavu a rád se baví, především na účet druhých. Schovává svoji agresi za věty, že to přeci byla jen sranda a kolektiv ho v tom utvrdí ze strachu, že by se mohli stát příštím terčem takového „srandisty“. (Martínek, 2013, online)
- **Agresor spouštějící ekonomickou šikanu** – typ agresora, které ve svém rodinném zázemí má naprostý materiální přebytek. V jednoduchosti a přehnaně řečeno: jeho rodiče mu koupí vše co si řekne, a to v té nejluxusnější a nejdražší variantě. Všechny tyto materiální „přednosti“ (pokud to tak lze nazývat) dává jedinec na odívání a vytváří tím jakousi hierarchii dle majetku (ostatně, toto vidíme i v dospělém životě). (Martínek, 2013, online)
- **Nudící se agresor** – je agresor, kterému doma nevěnují velkou pozornost. Rodiče se mu dostatečně nevěnují a je jim v podstatě jedno, co dělá a kde je, hlavně ať není na obtíž. Takový jedinec hledá cokoli, aby svoji nudu zahnal, a může se uchýlit právě k šikanování druhých (oběť se bojí, trpí a agresor má konečně pocit, že vyplňuje svůj čas a pociťuje nějaké emoce, ať už jsou jakékoliv). (Martínek, 2013, online)

⁴ pozn.: Agresor se tak staví do role rodičů a oběť do role své, kterou zažívá doma.

- **Agresor brání se konkurenci** – buď je to takový typ agresora, který je příliš soutěživí a výkon je vždy na prvním místě společně s touhou vyhrát za každou cenu nebo je to takový typ agresora, který není úplně šikovný a ostatním závidí jejich talent, chytrost cokoli a mstí se jim za jejich úspěchy. (Martínek, 2013, online)

Martínek ve stejném článku říká, že u agresorů je téměř jasné, že se nakonec stanou klienty pedagogicko-psychologické poradny, středisek výchovné péče či psychologů. O oběti se však nikdo nestará, ale ty také trpí různými psychickými problémy a následky si nesou do dalšího života. Proto se v článku uvádí také typologie obětí, tedy vysvětlení, proč se někteří stanou oběťmi šikany. (Martínek, 2013, online)

- **Oběť na první pohled** – jedná se o jedince, kteří sami o sobě vysílají do kolektivu jakékoli signály slabosti (vzábblý vzhled, jiná barva vlasů, smutný výraz v obličeji, bojácny, zamlklý jedinec). Nedokáží se ubránit prvotním legráckám, kterými jsou terčem, a tím kolektiv podpoří, aby v takových věcech pokračoval. Táci jedinci jsou od dětství přehnaně ochraňováni, rodiče o ně mají přehnaný strach, a tím dávají dítěti najevo, že je svět okolo nebezpečný. Rodiče tlumí jejich přirozenou aktivitu („Tohle nedělej!“; „Mlč!“; „Nelítej!“ apod.) a tím se děti stávají pasivními pozorovateli, kteří raději sedí a nic nedělají. (Martínek, 2013, online)
- **Oběti setrvávající dlouhou dobu pod ochrannými křídly matek nebo babiček** – jde především o jedince, jejichž babičky či maminky si nedokáží připustit, že jejich děti dospívají, zrají a nechtějí je nechat se osamostatnit. „*Praktickým příkladem jsou matky, které ještě po pololetí první třídy doprovázejí své dítě až do lavice před začátkem vyučování, pomohou mu připravit na lavici, dávají najevo, jak těžké je se se svým dítětem na celé dopoledne rozloučit. Chování těchto protektivních matek je pro ostatní spolužáky silně provokující – oni jsou naopak utvrzováni doma v tom, že už budou velcí, budou ve třídě s paní učitelkou sami, což v nich vyvolá určitý pocit důležitosti a zodpovědnosti.*“ (Martínek, 2013, online)

- **Handicapované děti** – už z názvu vyplývá, že tyto děti se vyznačují na první pohled slabostí, kterou agresori vidí jako snadný terč. (Martínek, 2013, online)
- **Učitelské děti** – tací jedinci mají za své rodiče učitele a v tom horším případě jejich rodiče učí na stejné škole, kam chodí i ony. Těmto dětem většinou neprojde spousta věcí jako ostatním, důvod je prostý: rodiče učitelé jsou přímo u zdroje v učitelském sboru a mají informace zevnitř. Dalším znevýhodněním je, že rodiče učitelé jsou na své děti o mnoho přísnější (třeba i z dobrého záměru, aby si ostatní nemysleli, že mu tzv. „nadržují“) a mohli bychom najít další důvody znevýhodnění. (Martínek, 2013, online)

Nemůžeme říci, že oběť si o šikanování říká, že je to vina oběti, že se nechává šikanovat, že agresora jen vyprovokovala. Takovým přístupem se oběti nepomůže. Rodiče musí zvážit při odhalení šikany postup nejvhodnější pro jejich dítě (o ty přece jde nejvíce). (Martínek, 2013, online)

Šikanu oběť prožívá hned v několika fázích, můžeme je rozdělit do třech. V první fázi oběť může často plakat (převážně v soukromí, o samotě), může mít poruchy spánku, být podrážděná a sníží se schopnost soustředit se (to může způsobovat zhoršení školního prospěchu či zhoršení pracovního procesu). Ve druhé fázi se oběti může ještě zhoršit kvalita spánku, mohou začít zažívací problémy a s tím rychlé snížení či zvýšení váhy, mohou se objevovat deprese spojené s nadměrným užíváním alkoholu či dalších návykových látek (převážně omamných, aby oběť utlumila své emoce a nemusela v sobě prožívat šikanu stále dokola a přemýšlet, co se bude dít další den), může se objevit záškoláctví (na pracovišti častá neschopenka či neomluvená absence v zaměstnání) a může dojít až k rozvoji úzkostí a fobií (viz níže popsány jaké možné fobie může oběť prožívat). Ve třetí fázi se oběti mohou deprese dále rozvíjet a prohlubovat a mohou se rozvinout až k suicidálním tendencím až k pokusům o sebevraždu, mohou se objevovat psychosomatická onemocnění a v nejhorším případě si oběť

může vyvíjet frustraci na třetí straně (na věcech, zvířatech či lidech). (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2019, online)

2.2. Vývojová stádia

Podle Koláře máme 5 stádií vývoje šikany ve skupině. První stádium označuje jako fázi ostrakizace (obsahuje zárodky šikany), kdy se vztahy dětí v kolektivu vyvíjí nekontrolovatelně a jsou vyčleňováni ty děti, které by mohly být šikanovány a ty děti, které jsou potenciálními agresory. Pokud se s takovým kolektivem v prvotní fázi nezačne pracovat, nemusí se předejít k druhému stádiu, kde se setkáváme se dehumanizací ostrakizovaného (ignorování, vyčleňování) a může docházet k počátečním verbálním a fyzickým útokům. (Janošová, 2011, s. 14-15)

Z druhého stádia prvotních útoků je jen krůček ke třetímu stádiu, kde se uvnitř skupiny vytváří jádro těch, kteří tyto útoky iniciují. Ostatní přihlížející se jeví jako neutrální anebo sympatizují s obětí, avšak na její obranu nic nedělají. Ve čtvrtém stádiu se postoj těchto neutrálních lidí k celé situaci mění a sympatizují s agresory (možná kvůli tomu, aby se sami nestali oběťmi). V tomto stádiu lze situaci řešit pouze s odborníky, jelikož šikana je už hluboce zakořeněna v kolektivu. Poslednímu stadiu šikany Kolář říká fáze *dokonalé šikany*. Skupina agresorů a jejich sympatizantů naprosto ovládá kolektiv. V takovém stádiu je již skoro nemožné napravit vztahy ve skupině a v podstatě jediným možným řešením je kolektiv rozdělit do jiných tříd příslušného ročníku (rozdělit skupiny agresorů, sympatizantů i obětí). (Kolář, 2001, s. 35-43; Janošová s. 14-15)

2.3. Druhy šikany

Druhy či typy šikany se různí dle různých publikací. Základním dělením můžeme říci, že je fyzická a psychická šikana, jak říká metodický pokyn MŠMT. (Metodický pokyn ministra školství, 2008, s. 1-2). Stejný metodický pokyn MŠMT také k tomuto základnímu dělení přidal kyberšikanu (šikana prostřednictvím moderních komunikačních technologií), která se objevila přirozeně s rozvíjejícími se moderními technologiemi, které se stali všem dostupnější.

Dle internetových stránek Policie ČR se šikana dělí na fyzickou agresi (šikana uskutečňována prostřednictvím fyzického násilí: házení předmětů, ubližování, pohlavky, kopy apod.); slovní agresi a zastrašování (můžeme zařadit mezi psychickou šikanu, kdy agresor ‚pouze‘ vyhrožuje fyzickým násilím, zastrašuje, nadává, ponižuje apod.); krádež, ničení a manipulaci s věcmi (agresor uskutečňuje šikanu pomocí krádeží věcí či jejich schovávání, a když už je oběti vrátí, tak zničené znehodnocené) a násilné a manipulativní příkazy (agresor nutí oběť k nepříjemným úkolům, činnostem pro pobavení své i ostatních nebo pro svůj vlastní prospěch: psaní domácích úkolů za více lidí, odevzdávání kapesného a svačin). (Policie ČR, 2021, online)

Dále budou uvedeny typy šikany, které jsou typické spíše pro mobbing, avšak určitě lze najít analogii těchto typů i ve školní šikaně: párová šikana, skupinová šikana, nepřímá šikana či regulovaná šikana. V párové šikaně se jedná o šikanu, kdy zde vystupují dva agresoři, kteří šikanují své okolí zároveň. Takový typ může obsahovat jednoho dominantnějšího agresora a agresora pomocníka, který se ani nemusí přímo účastnit šikany, avšak s takovým chováním raději souhlasí, aby se taky nestal obětí. Skupinová šikana se vyznačuje větším počtem agresorů než dva. O nepřímou šikanu se jedná, pokud původním problémem byl vyhrocený konflikt mezi dvěma stranami a vyústil v šikanu. Regulovaná šikana je formou velice těžce odhalitelné šikany z důvodu, že agresor viditelně nepřekračuje hranici morální i legální a i přesto je oběti dlouhodobě nenápadně ubližováno. (Akademie osobního rozvoje APAS, s.r.o., 2020, online)

Martínek (2009) uvádí další směry šikany ve školském prostředí: typickým jevem je, že jeden nebo více žáků šikaneje jednoho nebo více dalších, avšak dalšími druhy šikany mohou být: učitel x žák a naopak, rodič x učitel a naopak. Šikana žáka/žáků vůči učiteli není v dnešní době tak nemožná. Učitel je ve třídě velice snadným terčem. Učitel je v menšině, vždy se od ostatních nějak odlišuje (už jen tím, že je dospělý, může nosit brýle, být při těle/nebo naopak velice hubený, může mít vadu řeči apod.). Šikana učitele vůči svému žákovi nebo studentovi může nastat ve chvíli, kdy učiteli dotyčný jedinec prostě není sympatický, nemá s ním dobré vztahy a učitel si nedokáže zachovat svoji profesionalitu a takovému jedinci se jednoduše mstí (dává mu u zkoušení těžší, záludné otázky než ostatním; dostane vždy horší známku apod.). Jsou i situace kdy rodiče šikanejí učitele a většinou z toho důvodu, že mají jasnou představu o svém dokonalém a geniálním dítěti a škola a učitel takového dítěte by měli přeci vycházet takovému dítěti ve všem vstříc a jakýkoli zádrhel se snaží odstranit (např. soustavným zesměšňováním učitele).

2.4. Prevence šikany

Jako u všech nežádoucích jevů ve společnosti i u šikany je velice důležitá prevence. Nejlepší způsob jak bojovat se sociálně-patologickými jevy je předcházet jim. Z praxe víme, že ne vždy je to možné a zároveň víme, že prevence má nezastupitelnou roli v boji proti sociálně-patologickým jevům i proti šikaně. Prevence šikany je potřebná ve všech typech prostředí: jak v prostředích, kde k šikaně již došlo, tak i v prostředích kde se šikana ještě neobjevila nebo je zde riziko výskytu šikany. (Říčan, 1995)

Kolář (2001) ve své publikaci píše o prevenci školní šikany v rámci modelu ucelené pomoci sedmi vrstev.

1. V prevenci proti šikaně působí především samotná pedagogická komunita, která posiluje imunitu školních tříd a celkově celých škol proti výskytu šikany.

2. Každá škola má svůj specifický program proti šikanování (v rámci minimálního preventivního programu), pomocí kterého by se mělo postupovat při detekci šikany a jejího účinného zabránění ve vývoji.
3. Resort školství má ve své součásti nezbytné nástroje při boji proti šikaně jako jsou: pedagogické-psychologické poradny, střediska výchovné péče, speciálněpedagogická centra, diagnostické ústavy apod. Jejich úkolem je řešit fáze pokročilé šikany a poskytnout pomoc v oblasti prevence šikany.
4. Další nezbytnou součástí tohoto modelu, je spolupráce mezi jednotlivými odborníky, odvětvími z jiných resortů a mezi nestátními organizacemi (spolupráce s: kriminalisty pro mládež, sociální kurátoři, dětská psychiatrie atd.)
5. Je také potřeba pomoc a podpora ministerstva a krajských úřadů (zejména při vytváření prevencí proti šikanování).
6. Bez dobře fungujícího modelu se neobejde kontrolní složka, kterou tvoří: České školní inspekce, ministerstvo školství, krajské úřady.
7. Situaci také monitorují nevládní organizace jakou je například Amnesty International v ČR či Občanské sdružení proti šikanování. (Kolář, 2001)

Šikana ve třídě vzniká z důvodů vzniku různých konfliktů ve třídě, kvůli boji o moc, spory o vliv, prestiž apod. (viz výše). Jedním z nástrojů k tomu, aby takové konflikty nevyústily v šikanu, je samotná autorita učitele. Učitel se ve třídě musí prosadit jako autorita (stejně jako vládce si musí získat přízeň lidu) a získat si přízeň žáků. Tím si může zajistit kázeň ve třídě a také důvěru svých svěřenců. Poté co si učitel získá důvěru a zároveň autoritu třídy, může snadněji detekovat slabší jedince a možné oběti šikany. Po detekování těchto možných obětí může učitel ovlivnit zbytek třídy tak, že ostatní budou sdílet názor učitele na tyto tzv. menšinové jedince. (Říčan, 1995)

Říčan (1995) právě v tomto mechanismu vidí problém. Celá autorita učitele v dnešní době upadá a samotný učitel nemá dostatečnou autoritu u rodičů svých žáků a zároveň nemá dostatečnou podporu od svých nadřízených. Je třeba podpořit autoritu dnešních kantorů ze strany jejich nadřízených.

Dalším mechanismem je posílení demokracie v samotné třídě. Demokracie se učí v předmětech jako je dějepis, základy společenských věd, občanská výchova apod. Výuka demokracie by však neměla být součástí jen některých předmětů, avšak by měla být součástí celé výuky. Neznamená to, že si každý může dělat, co chce, jak si to mohou někteří vykládat, ale měli by se ve škole uplatňovat demokratické principy tak, aby třída pochopila, jak takové principy lze uplatnit i na malém kolektivu. (Říčan, 1995) Říčan (1995) ve své publikaci uvedl hlavní zásady uplatňování mechanismu posílení demokracie v samotné třídě:

- Ptát se dětí na jejich názory a přání
- Dávat dětské skupině možnost volby
- Pěstovat žákovskou samosprávu jak v rámci jednotlivé třídy, tak i v rámci celé školy
- Otevřeně informovat rodiče o problémech školy (to zahrnuje veškeré nepříjemné události, chyby a to jak ze strany pochybení školy, tak i ze strany pochybení rodičů či žáků)
- Umožnit rodičům možnost častějšího přístupu do školních prostor (tzv. politika otevřených dveří)
- Podněcovat aktivitu rodičovské organizace na škole.

Dalšími mechanismy dle Říčana (1995) jsou ideová výchova – základem je vštěpovat dětem základní společenské hodnoty jako jsou úcta ke každé lidské bytosti, solidarita, soucit, obětavost, čest apod.; princip kooperace ve výchově – vytváření kooperačních skupiny, se zaměřením zapojování potenciálních obětí šikany s cílem jim zvýšit sebeúctu a respekt před ostatními členy skupiny; dozor ve škole – je invazivním mechanismem prevencí proti šikaně, který se řídí

principem, že čím více pedagogů či dospěláků na chodbách, v jídelně a celkově v prostorách školy, tím méně šancí pro agresory a rozvíjení šikany.

Dalším účinným mechanismem pro prevenci šikany na školách je dle Říčana (1995) samotná práce s agresory či potenciálními agresory. Pro práci s těmito agresory doporučuje Říčan (1995) tyto postupy:

- Používat na (potenciální) agresory co nejvíce pochval
- Snažit se (potenciální) agresory co nejvíce zaměstnat – dávání úkolů navíc pokud mají vše ostatní, nechat je vyniknout apod.
- Vzdělávat (potenciální) agresory v oblasti sociálních dovedností
- Povzbuzovat (potenciální) agresory k empatii
- Pomáhat (potenciálním) agresorům, aby si vybudovali osobní perspektivu – aby věděli, co od života očekávají.

Velice důležitým principem v boji proti šikaně a její prevenci je mechanismus, kdy děti vychováváme k násilí. Ač to zní zvláště, je to efektivní prostředek k prevenci. O problému se přeci musí mluvit a ne se tvářit, že neexistuje.

Nestátní nezisková organizace PROSTOR PRO, která působí v Hradci Králové, vytvořila projekt na prevenci i řešení šikany s názvem: Nemám to na čele. Projekt se zaměřuje na odhalování šikany, pokud rodič či kantor mají jakékoli podezření, že šikana by mohla u jejich dítěte/děti probíhat. Projekt shromažďuje informace o šikaně společně s praktickými radami a společně s nimi si dotyčný rodič či kantor může udělat snadný test, který předběžně vyhodnotí, zda se může obávat, že jeho dítě/děti se potýkají se šikanou. Po vyhodnocení testu zde rodič či kantor nalezne popsany možný proces řešení a kontakty na specialisty, kteří se zabývají řešením šikany. (PROSTOR PRO, 2021, online)

3. Resilience jako proces

Resilienci definuje Slovník sociální patologie takto: resilience z lat. resilio – odrazit se, odskočit „*Nezdolnost, odolnost, houževnatost, pružnost, nezlomnost. Nejobecněji lze resilienci socio-ekologických systémů definovat prostřednictvím tří charakteristik: (1) míra změny, kterou může systém podstoupit při zachování v zásadě stejné struktury, funkce, identity a zpětného vazebního mechanismu; (2) úroveň, do které je systém schopen sebeorganizace; (3) úroveň, do níž systém ještě projevuje kapacitu pro učení a – adaptaci.*“ (Franklin, Downing, 2004 in Bělík, Hoferková, Kraus a kol., 2017, s. 74-75)

„*Resilience představuje nárazníkovou (buffering) kapacitu nebo schopnost systémů absorbovat rušivé podněty, dokud systém nezmění svou strukturu změnou proměnných a procesů, které regulují chování.*“ (Bělík, 2017, s. 75). Definice nám říká, jak je resilience neboli odolnost důležitá v našem životě. Je to prostě zjednodušené řečeno náš štít při náročných životních situacích ale i pro každodenní stresové situace.

Vývojem resilience u jedince se zabývá vývojová psychologie⁵ a pozitivní psychologie⁶. Obě psychologie sledují vývoj resilience především u dětí a dospívajících z pohledu správného morálního vývoje, hodnotného života navzdory všem překážkám, které museli překonat (tzv. *nepřízeň osudu*). Publikace se především zabývají resiliencí dětí, adolescentů a důležitým milníkům v jejich životě, které společnost považuje za zlomové. (Šolcová, 2009, s. 8-9)

⁵ Vývojová psychologie = zabývá se studiem změn chování a prožívání v časovém průběhu (Vágnerová, 2008)

⁶ Pozitivní psychologie = zabývá se studiem pozitivních emocí (radost, štěstí, láska, naděje) a kladných životních zážitků a zkušeností (Křivohlavý, 2015)

3.1. Předpoklady resilience

Co nás tvoří odolnějšími? Proč jsou někteří více odolní a někteří méně? Musíme si projít těžkými zkouškami, abychom byli více psychicky i fyzicky odolní? Na všechny tyto otázky se pokusí odpovědět následující podkapitola.

V publikaci Berndtové s názvem *Odolnost: Nepřízeň osudu lze překonat* můžeme vyčíst hned několik předpokladů dobrého vývoje resilience. Pevnou resilienci si můžeme vybudovat na základě inteligence, schopnosti navazovat lidské vztahy, síle po traumatu znovu vstát a bojovat. Dalším předpokladem je, pokud jedinec má otevřenou mysl a nelpí na svých zvyklostech a přemýšlí tzv. *out side the box*⁷. Vliv na vývoj resilience má samozřejmě prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, avšak automaticky neznamená, že jedinec, který vyrůstá v toxickém prostředí (špatné rodinné zázemí, traumata, násilí apod. je na denním pořádku), má lepší předpoklad pro resilienci, protože si toho hodně zažil a naopak. Také nemůžeme říci, že jedinec, se kterým bylo zacházeno v rukavičkách, byl zahrnut láskou a vyrůstal v ideálním prostředí má předpoklad, že jeho odolnost bude na vysoké úrovni. Z toho vychází, že je zde také velice důležitá složka samotné osobnosti a charakteru. (Berndtová, 2015, s. 61-78)

Publikace Berndtové uvádí, jaké vlastnosti nás činí silnějšími a odolnějšími a jaké vlastnosti nás naopak oslabují (popisuje na základě myšlenek Friedricha Lösele):

- Co nás posiluje: humor, flexibilita, emocionální vyrovnanost, frustrační tolerance, schopnost sebeprosazení, vytrvalost, síla, optimismus, zájem o koníčky, dobré výkony ve škole, speciální talenty, realistické plány/perspektiva do budoucna, motivace k výkonům, inteligence, osobní účinnost, sebevědomí, aktivní řešení problémů, schopnost distancovat se, blízká osoba mimo nejbližší rodinu, dobrý vztah k vychovávající osobě/osobám, podporující sourozenci, dobrý vztah ke škole, vědomí smyslu a struktury v životě, religiozita/spiritualita, spokojenost se zakoušenou podporou, pozitivní sociální chování, vysoká výřečnost, vřelě

⁷ Out side the box = výraz pro nekonvenční myšlení, náhled z jiné perspektivy

přijímací prostředí, kontrola a orientace normy, dávkování požadavků a odpovědnosti.

- Co nás naopak oslabuje: impulzivnost, bezmocnost, pasivně-agresivní reakce na problémy. (Brendtová, 2015, s. 79-81)

Dosáhnout stability všech vlastností či předpokladů za život je velice náročné a snaží se o ni každý jedinec. Pokud má jedinec resilienci více vyvinutou než ostatní, neznamená to, že je stále veselý a nic ho netrápí. Resilientní lidé se lépe a rychleji vyrovnávají s negativními zážitky, které je na cestě životem potkají. Neznamená to, že by cítili méně, že by nedokázali prožívat apod. Jen je jejich odolnost na takové úrovni, že se z těchto zážitků dokáží oklepat rychleji a efektivněji než ostatní. (Berndtová, 2015)

3.2. Resilience dítěte, dospělého a skupiny

Dítě

U dětí je hned několik rizikových faktorů, které mají vliv na jejich míru resilience. Wernerová považuje za vysoce rizikové faktory, jako jsou chudoba, střední až těžké perinatální komplikace, vývojové nepravidelnosti a zpoždění, ale také genetické abnormality a psychopatologie u některého z rodičů. Další zdroje stresu jsou například: dlouhodobá absence primární péče v prvním roce života, narození sourozence do dvou let věku dítěte, vážné a opakované dětské nemoci, absence otce, ztráta rodičů, změna školy apod. (Šolcová, 2009, s. 28-29)

Boyden a Mann kladli důraz na vliv chudoby na resilienci a popsali také sociální rizika, která mají vliv na míru resilience jako je: stydění se za to, že jedinec je jiný než spolužáci, exkluze od vrstevníků, zvýšená pravděpodobnost šikanování ze strany vrstevníků. (Šolcová, 2009, s. 29)

Rizikové faktory, které mají vliv na dítě při vývoji resilience, mohou vyvážit protektivní faktory. Protektivní faktory Wernerová rozdělila do třech skupin: (1) průměrné kognitivní dovednosti společně se schopností k příjemnému jednání a dobrá úroveň sociability; (2) laskavé a vřelé vztahy s dospělými; (3) schopnost adaptability ve školním prostředí a s podpůrnými občanskými organizacemi. (Šolcová, 2009, s. 30)

Důležité pro vývoj resilience u dítěte je bezpochyby mít příznivé a laskavé prostředí ve fungující rodině, společně s vlastními zájmy a koníčky, ve kterých je dítě podporováno. I když je dítě v příznivém prostředí, neznamená to, že se nesetká s nepřízní osudu, např. právě se školní šikanou, která je bohužel stále častější. Dítěti proto pomůže překonat takové trauma bezpečné prostředí rodiny a je i možnost, že šikana osobnost jedince nakonec spíše posílí, než oslabí.

Podle Theronové se resilience skládá ze dvou částí: síla (pohání jedince, aby byl někdo) a bezpečné vazby. Síla má dle Theronové čtyři části: osobní, rodinná opora, školní opora a kulturní zakotvenost. Stejně tak bezpečné vazby mají své čtyři části: kulturní, rodinnou, učitelů a komunity. Všechny tyto faktory jsou nezbytnou součástí podmínky pro resilientní dítě, které bude resilientní i v dospělosti. (Šolcová, 2009, s. 32-33)

Dospělý

Definice resilience u dospělých jedinců je: „(...) *univerzální schopnost, která umožňuje osobě, skupině či společnosti předejít, minimalizovat či překonat poškozující dopad/důsledky nepřízní či protivenství.*“ (Šolcová, 2009, s. 53)

Resilience u dospělých je mechanismus, který se spouští za jakýchkoli stresových situacích. Můžeme hovořit o různých kapacitách, kterými dospělý jedinec disponuje jako je: adaptační kapacita, zátěžová kapacita, systémová kapacita, kapacita k překlenutí a zdroje zvládnutí. Můžeme také označit tyto kapacity jako *zdroje zvládnutí stresu.* (Šolcová, 2009, s. 53)

Jak už bylo řečeno, resilience je tzv. nárazníkový mechanismus či salutoprotektivní charakteristika, jejichž společným znakem je, že jsou nerozlučné s charakteristikou osobnosti. Vliv resilience může být přímý a nepřímý: přímý vliv na fyziologické procesy (působí jako zprostředkovatel mediátor), nepřímý vliv se uplatňuje při procesech hodnocení a vybírání strategie na zvládnání stresu (působí jako moderátor, řídicí mechanismus). (Šolcová, 2009, s. 54-55)

Resilienci je potřeba zkoumat po celý život jedince. Resilientní člověk, který se v dětství vyznačoval jako vysoce resilientní, odolný, neznamená, že z něho vyrostl vysoce resilientní dospělý. Na resilienci jako takové se musí pracovat celý život a pracujeme na ni vědomě i nevědomě. Všechny etapy života jsou vyznačovány milníky, které můžeme považovat za vysoce stresující, a právě v nich se právě buduje ona resilience anebo naopak oslabuje. (Šolcová, 2009, s. 55-61)

Skupina

Resilience skupiny je velice málo prostudována, podobně jako resilience dospělého. Avšak je nutnost uvést alespoň pár aspektů resilience skupiny už kvůli tomu, že i díky resilienci skupiny a její podpoře by se dalo předcházet negativním jevům ve školách, jako je právě šikana.

Vliv heterogenity skupiny – záleží jakým způsobem je skupina heterogenní či homogenní. U heterogenní skupiny bychom očekávali více konfliktů než u té homogenní. Dle studií tomu však není. Heterogenní i homogenní skupiny mají v podstatě stejnou četnost konfliktů, avšak vždy v jiném časovém období. Heterogenní skupina už ze své podstaty očekává, že nastane hodně problémů, které bude potřeba vyřešit, tak se snaží větším konfliktům předejít a už v zárodku se snaží všechno efektivně a hlavně rychle vyřešit. Zatímco homogenní skupina ze své podstaty automaticky očekává, že větší problémy by neměli nastat, vždyť jsme všichni v podstatě stejní. Avšak v takové skupině se až časem ukáže, jaké jsou problémy a konflikty, které

se snažila homogenní skupina dlouhodobě potlačit, což může vyústit k vyhoceným konfliktům. (Šolcová, 2009, s. 70-71)

Vliv kulturních rozdílů – Kulturou se zde nemyslí pouze kultura, ve které jsme vyrůstali, ale kultura organizační, profesní a nakonec právě ta národní. Tyto kultury se projevují u jedince jako soubor přesvědčení, jak se členové skupiny budou chovat. Jakmile se členové skupiny chovají jinak než, je sdílené přesvědčení, vede taková situace ke konfliktu. (Šolcová, 2009, s. 71)

Vliv pohlaví/rodu – pohlaví na fungování skupiny nemá zásadní vliv, jak bychom předpokládali. Ženské skupiny jsou více emotivně laděné oproti mužským, ale na konflikty to nemá zásadní vliv. Ve smíšených skupinách ženy spíše napomáhají mužům lépe vyjádřit své emoce a zároveň ženy své emoce tolik neprojevují, aby nebyly brány za slabý článek skupiny. (Šolcová, 2009, s. 71)

Vliv povolání – je logické, že ve skupině, kde mají členové stejné či příbuzné povolání bude vznikat méně konfliktů a budou ve větší harmonii než ti, kteří mají naprosto odlišná povolání. (Šolcová, 2009, s. 72)

Vliv skupinové dynamiky – skupina si za nějaký čas utváří svá vlastní pravidla a normy, tato charakteristika skupinové dynamiky je společná pro všechny typy skupin. Tzv. *skupinová jednomysl* pomáhá rozhodovat skupině ve stresových situacích, ale může mít za následek, že výsledek rozhodnutí je takový, jaký by člen skupiny sám o sobě nikdy neudělal. (Šolcová, 2009, s. 72) Vytváření skupinových norem by měl mít třídní učitel na škole pod kontrolou, aby právě předešel negativnímu jevu: šikaně.

4. Možné následky šikanování v dospělém věku

4.1. Posttraumatická stresová porucha

Stres se užívá jako pojem pro nepříjemné situace, odpověď behaviorálních a fyziologických obtížných situací. Pokud mluvíme přímo o škodlivém, nepříjemném podnětu, mluvíme o tzv. stresoru. Stresovou životní událostí je každá událost, která je pro daného jedince nepříjemná a obsahuje významnou změnu, kdy jedinec vystupuje ze své komfortní zóny (např. selhání v zaměstnání, narození dítěte, svatba, pohřeb, velké konflikty). Každá osobnost má proto mechanismy odolnosti jako je adaptační kapacita (schopnost vypořádání se se stresovými situacemi) a adaptační mechanismy (mechanismy díky kterým se jedinec adaptuje na problémy, aby takové situace zvládl v klidu). (Smolík, 1996, s. 268)

Posttraumatická stresová porucha je dle mezinárodní klasifikace nemocí označována za duševní poruchu zařazenou pod poruchy F43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení pod označením F43.1. Dle Smolíkovy publikace je posttraumatická stresová porucha (PTSD) definována jako: *„Opožděná a protahovaná odpověď na stresovou událost nebo na situaci, krátkého nebo dlouhého trvání, která má výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter, a která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv. Typickými projevy jsou epizody opakovaného znovuprožívání traumatu v podobě živých vzpomínek (...), snů nebo nočních můr, při kterých se znovu vynořují dosud živé pocity ochromení a emočního oploštění, odtazeni se od ostatních lidí, netečnost vůči okolí, anhedonie a vyhýbání se činností a situacím připomínající trauma.“* (Smolík, 1996, s. 271)

Diagnostická kritéria PTSD dle MKN-10 jsou: jedinec je dle definice PTSD vystaven krátkodobě či dlouhodobě stresové či traumatizující události, která by takové rozrušení způsobila vlastně u každého; dále jak z definice vyplývá, musí jedinec prožívat tzv. flešbky⁸. Další podmínkou pro diagnostiku PTSD je, že jedinec se vyhýbá jakýmkoli možnostem, co by mohly připomínat dané trauma či stresor (takové vyhýbání nebylo přítomno, před prožitím traumatického zážitku); a nakonec musí jedinec prožívat alespoň jednu z těchto kritérií: není schopen si vybavit některé momenty z dané události, má obtíže s usínáním či nedokáže spát, je podrážděný a má návaly hněvu, má problém se soustředit, je hypervigilní, je citlivý vůči překvapivým momentům. Všechny tyto jevy, co nastanou, musí nastat v průběhu šesti měsíců od stresové události nebo od konce období traumatického zážitku. (Smolík, 1996, s. 271-272)

Možnost vzniku posttraumatické stresové poruchy je ovlivněna spousty faktory. Záleží, jakou má jedinec genetickou vybavenost, osobnostní předpoklady, odolnost a v jaké se zrovna nachází psychické pohodě či nepohodě. Průběh PTSD je u každého jedince individuální, latentně může probíhat i měsíce, chronický průběh PTSD může vést až ke změně osobnosti (dle MKN-10 F62.0 Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické události). (Smolík, 1996, s. 274)

Dle výzkumů může být právě i posttraumatická stresová porucha být ošklivým následkem šikany. (Sandoval, 2014, online)

4.2. Deprese

Depresivní porucha či depresivní epizoda je definována v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10). Je zařazena mezi poruchy nálady (afektivní poruchy) pod označením diagnózy F32. Smolík ve své publikaci nemocí uvádí definici depresivní epizody: „*Depresivní epizoda je chorobný stav projevující se depresivními rysy. Podle intenzity a množství příznaků můžeme depresi specifikovat jako mírnou, střední nebo těžkou. Může být somatickým syndromem*

⁸ Flešbek = spontánní návraty vidin, reminiscence, epizodické, trvající pár vteřin, můžou napodobovat příznaky halucinačních epizod (Smolík, 1996, s. 124)

nebo bez somatického syndromu. Těžkou formu lze dále dělit podle přítomnosti psychotických příznaků, které odpovídají nebo neodpovídají náladě. Depresivní epizoda by měla trvat nejméně dva týdny.“ (Smolík, 1996, s. 219).

Serveru EUC a.s. definuje depresi pro širokou veřejnost jako pokleslou náladu, která nemá přímou souvislost s vnějšími okolnostmi a dlouhodobě se tento stav jedince drží. Mezi příznaky deprese řadí např.: skleslost, pokles energie, nezájem o aktivity, porucha koncentrace, snížené sebevědomí, snadné unavení, pocit méněcennosti či viny, poruchy spánku, pesimistický pohled na svět, úbytek/nárůst hmotnosti, snížená/zvýšená chuť k jídlu až po myšlenky na sebevraždu či pokusy o sebevraždu (EUC, 2020, online).

Deprese byla rozpoznána už v časném období starověkého Egypta. Deprese byla považována jako za jakousi skleslost, smutek či melancholický stav. Adolf Meyer, který žil v letech 1866-1950, jako první nahradil slovo *melancholie* a dosadil slovo *deprese*, avšak stále to nebylo považováno za diagnostický termín. Pojem *melancholie* se používal pro nejrůznější duševní choroby již od 4. století př. n. l. Dnes je *melancholie* používána jako pojem pro těžší formy deprese. (Smolík, 1996, s. 219)

Hlavními kritérii pro diagnostikování deprese jsou:

- Dlouhodobost trvajících depresivního stavu v délce minimálně dvou týdnů
- V životě jedince se nevyskytly příznaky pro splnění podmínek hypomanické či manické epizody
- Depresivní stav není způsoben návykovou látkou, psychoaktivní látkou (F10-F19 dle MKN-10) nebo organickou duševní poruchou (F00-F09 dle MKN-10). (Smolík, 1996, s. 221)

Základním dělením deprese je dělení na lehkou, střední a těžkou:

Lehká depresivní epizoda F32.0: musí samozřejmě naplnit hlavní kritéria deprese (viz výše) a také alespoň dvě následující kritéria – téměř každý den má jedinec po většinu dne pochmurnou náladu, je ovlivněn vnějšími okolnostmi a trvá alespoň dva týdny; jedinec ztrácí zájem nebo potěšení při aktivitách (které byly pro něho normálně potěšením); jedinec nemá energii k životu nebo

se zvýšila jeho unavitelnost. Aby byla podstata diagnózy lehké depresivní epizody opravdu naplněna, musí taky být přítomen alespoň jeden z přídatných symptomů dalších kritérií, jako jsou: poruchy spánku; ztráta sebedůvěry; bezpředmětné prožívání výčitek; opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu; neschopnost se soustředit; psychomotorické zpomalení, změna chutí k jídlu. (Smolík, 1996, s. 223)

Středně těžká depresivní epizoda F32.1: Musí splnit hlavní kritéria deprese, poté musí splnit alespoň dva ze symptomů pro kritéria lehké depresivní epizody, a nakonec musí splnit alespoň šest přídatných kritérií pro lehkou depresivní epizodu. (Smolík, 1996, s. 223-224)

Těžká depresivní epizoda F32.2, F32.3: Těžká depresivní epizoda může být bez psychotických příznaků i s psychotickými příznaky. Pro epizodu bez psychotických příznaků musí být splněna kritéria pro F32, poté všechna hlavní kritéria pro F32.0, osm přídatných symptomů pro F32.0 a nesmí být přítomny halucinace. Epizoda s psychotickými příznaky má stejné podmínky pro naplnění diagnózy, jako těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků s rozdílem, že epizoda s psychotickými příznaky musí naplnit kritérium, že jsou přítomny halucinace či bludy. (Smolík, 1996, s. 224)

Deprese má kromě základního dělení hned několik druhů:

Klinická deprese – je označována jako základní či lehká deprese, ale to neznamená, že by nebyla potřeba odborně řešit. Klinická deprese je dostatečně závažná a splňuje podmínky deprese a je tedy určena ke klinické léčbě. (EUC, 2020, online)

Endogenní deprese – neboli jinak řečená *velká pravá deprese*, která nemá základ v konkrétní zevní příčině. Je možné ji léčit pomocí antidepresiv, která upraví chemické prostředí v mozku. (EUC, 2020, online), (Smolík 1996, s. 219)

Psychosomatická deprese – je deprese při, které se objevují znatelné fyzické obtíže a bolesti, které nemají žádnou jinou příčinu (poruchy spánku, bolesti hlavy, kloubů, zad, zažívací potíže apod.). (EUC, 2020, online)

Symptomatická deprese – deprese, která ve skutečnosti není depresí a je pouze symptomem jiné vážné nemoci (epilepsie, nádor, demence). (EUC, 2020, online), (Smolík, 1996, s. 219)

Sezónní deprese – jak už z názvu vyplývá, jedná se o depresi, která přichází v závislosti na určitém sezónním období (nejčastěji zima/podzim). Tento jev lze mírnit terapií světlem, kdy se do těla vyplavují hormony př. serotonin. (EUC, 2020, online)

Deprese v těhotenství – deprese, která se objeví během těhotenství je hůře léčitelná, už z důvodu ovlivňování plodu medikamenty. Trpí jí spíše mladší ženy, ale také ženy se špatným sociálním a rodinným zázemím, které jsou na těhotenství a budoucí rodičovství sami apod. (EUC, 2020, online)

Poporodní deprese – se objevuje u žen od početí do jednoho roku od porodu. Ženy trpí depresivními stavy, únavou, nechutí, ahedonií⁹ či poruchou spánku. Poporodní depresí trpí ženy, které již v minulosti prožívali depresivní stavy či mají depresi v rodině. Musíme odlišovat od poporodní psychózy¹⁰.

Deprese v menopauze – období ženy, kdy má neustálé výkyvy hormonů, především se jedná o pokles a tento náhlý pokles způsobuje depresivní stavy. (EUC, 2020, online)

Deprese u dětí a adolescentů – je spojována především s dětmi co mají poruchu chování a mohou být agresivní. Mívají pocity nudy, podráždění a spojuje je rizikové chování mládeže (konzumace alkoholu, drog, rizikový sexuální život). Kvůli pocitům viny a méněcennosti se u dětí a dospívajících zvyšuje riziko sebevražedných sklonů z důvodů nedozrálости své osobnosti. (EUC, 2020, online)

Úzkostně depresivní porucha – má příznaky deprese i úzkostí, což je pro jedince nebezpečnější než kdyby trpěl jen jednou z poruch. Příčinou může být dědičnost, ale také nevyrovnanost neurotransmiterů v mozku nebo prožité trauma či dlouhodobý stres. (EUC, 2020, online)

⁹ **Ahedonie** = neboli anhedonie, neschopnost cítit potěšení (Hartl, 2004, s. 19)

¹⁰ **Poporodní psychóza** = objevuje se zpravidla druhý až třetí den po porodu, dle MKN-10 se řadí pod diagnostické označení F53 (Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělním neklasifikované jinde). Příčina může být v celkovém psychické i fyzické vypětí po porodu a celková vnitřní nerovnováha ženy po takovém životním milníku. (Smolík, 1996, s. 351)

Larvovaná deprese – je deprese, která nemá typické příznaky deprese, ale po nasazení léčby deprese problémy vymizí. (Smolík, 1996, s. 219)

Reaktivní deprese – je deprese jako odpověď jedince na traumatické či stresové období, nastupuje většinou hned po dané situaci a může trvat až jeden rok. (EUC, 2020, online)

4.3. Fobické úzkostné poruchy

Podkapitola se bude věnovat vybraným fobickým úzkostným poruchám definované v publikaci Smolíka s názvem Duševní a behaviorální poruchy a budou to: agorafobie, sociální fobie a specifická (izolovaná) fobie.

Tyto psychické problémy mohou být také následkem šikany a mohou se objevovat jak již v dětství, tak ale i v dospělosti. Je to z důvodů, že oběť při šikaně zažívá strach o sebe, možná i o své zdraví (fyzické i psychické), strach o možné následky či další zesměšnění. (Sandoval, 2014, online)

Agorafobie

Agorafobie je diagnosticky označována dle MKN-10 jako diagnóza F40.0 *„zahrnující strach z opuštění domu, vstupu do obchodů, shluku lidí a z veřejných prostranství nebo z cestování ve veřejném dopravním prostředku bez doprovodu. Častým doprovodným rysem je výskyt panických atak, dále jsou to depresivní a obsedantní příznaky a sociální fobie.“* (Smolík, 1994, s. 250)

Agorafobie má nejrůznější příznaky, které mohou být pro každého jedince jiné. Dle MKN-10 jsou to například taková: strach z otevřených prostor, kde se shlukuje více lidí, cestování bez doprovodu; bušení srdce, zrychlený pulz, pocení, sucho v ústech; obtížné dýchání, nepříjemné pocity na hrudníku; mdloby, točení hlavy, až ztráta vědomí, strach z blízké smrti apod. Samotná agorafobie se diagnostikuje především společně s panickou poruchou (Panická porucha s agorafobií nebo bez agorafobie). (Smolík, 1996, s. 250-251)

Agorafobií trpí spíše ženy než muži (cca 2:1) a je zmenšený výskyt takových poruch u osob s vyšším postavením a vzděláním. Jako u dalších poruch, zde hrají roli vrozené predispozice a okolností traumatizujících událostí. (Smolík, 1996, s. 252)

Sociální fobie

Sociální fobie je dle MKN-10 označována jako diagnóza F40.1. „*Strach ze zkoumavých pohledů, který vede ke strachu ze styku s jinými lidmi. Závažnější sociální fobie jsou obvykle spojeny s nízkým sebevědomím a strachem z kritiky. Pacienti si mohou stěžovat na to, že se červenají, na třes rukou, nauzeu nebo nucení k močení, přičemž jsou někdy přesvědčeni o tom, že primárním problémem je který z těchto sekundárních projevů úzkosti. Příznaky se mohou stupňovat až k panické atace.*“ (Smolík, 1996, s. 253)

Pro diagnostikování sociální fobie musí jedinec vykazovat výrazný strach být středem pozornosti (či strach z toho, že si ostatní budou myslet, že jeho chování je trapné a ponižující) a jedinec se výrazně vyhýbá situacím, kdy by mohl být středem pozornosti nebo by se mohl ztrapnit. Dalšími příznaky pro sociální fobii jsou: zrudnutí, třes, zvracení, nucení k vylučování apod. (Smolík, 1996, s. 253)

Fobie se nejčastěji vyskytují u jedinců v pubertálním věku až do třicátého roku věku. Sociální fobie v mírné formě většinou není větší překážkou pro každodenní život. Jedinci například často střídají zaměstnání, aby se vyhýbali situacím, které jim působí právě úzkostné stavy. (Smolík, 1996, s. 255)

Specifické (izolované) fobie

Specifické (izolované) fobie označována jako diagnóza F40.2 je typická pro svůj strach z konkrétních objektů jako je: bouřka, tma, cestování letadlem, pohled na krev, klaustrofobie apod. Specifický spouštěcí faktor každého jedince může způsobovat panickou ataku. Tyto fobie jsou typické pro období v dětství a v dospělosti by měli postupně vymizet. Specifická (izolovaná) fobie je přímo vázána se specifickým objektem strachu, proto je tato fobie lehce rozpoznatelná a snáze diagnostikovatelná. (Smolík, 1996, s. 255-257)

4.4. Jiné úzkostné poruchy

Jiné úzkostné poruchy nesou označení dle MKN-10 F41 a nemají konkrétní původ stavů úzkosti každého jedince. Současně s projevy úzkosti se objevují u jedinců depresivní stavy, obsedantní stavy a další znaky fobických úzkostí. (Smolík, 1996, s. 257)

Panická porucha (epizodická paroxysmální úzkost)

Panická porucha je dle MKN-10 označena jako diagnóza F41.0 a je definice zní: *„Hlavním rysem jsou opakované ataky těžké úzkosti (paniky), které nejsou omezeny na nějakou zvláštní situaci nebo na určité podmínky, a nelze je proto předvídat. Hlavní příznaky jsou, stejně jako u jiných úzkostných poruch, individuální a zahrnují náhlé vypuknutí palpitací, bolesti hrudníku, pocitu dušení, závratí a pocitů nerealnosti (depersonalizace nebo derealizace). Často je přítomen též sekundární strach ze smrti, ze ztráty kontroly nebo ze zešlení.“* (Smolík, 1996, s. 258)

Panická poruchy by měla být odlišena právě od ostatních panických atak, které jsou příznaky jiných duševních poruch a depresivních poruch. Panická porucha se vyznačuje náhlostí ve spojitosti s určitou situací (situace nemusí být vždy stejná) a výraznou intenzitou. Je hůře předvídatelná právě pro svoji nepředvídatelnost. Svého vrcholu panická poruchy dosahuje během několika chvil a trvá několik minut. Jedinec zažívá pocity nepohody, pocení, chvění, třes, sucho

v ústech, nauzeu, mdloby apod. Typickými strachy pro panickou poruchu jsou strachy ze zešílení, ze smrti, ze ztráty vědomí apod. a je často diagnostikována společně s agorafobií. Můžeme jimi trpět jedinec i díky genetické vybavenosti nebo díky vlivům traumatizující události (právě i šikany). Porucha se může objevovat právě v adolescenci až kolem třicátého roku věku, průběh je opět individuální a délka léčby též, stejně jako téměř u každé duševní či behaviorální poruchy. (Smolík, 1996, s. 258-260; Sandoval, 2014, online)

Generalizovaná úzkostná porucha

Generalizovaná úzkostná porucha je zaznamenána pod diagnózou F41.1 dle MKN-10. Je definována jako: „*Všeobecná a trvalá úzkost, která není omezena pouze nebo převážně na zvláštní okolnosti prostředí.*“ (Smolík, 1996, s. 261)

Příznaky generalizované úzkostné poruchy jsou dosti obdobné jako u panické poruchy (F41.0), ale typickými symptomy jsou: nervozita, svalové napětí, nevolnost, závratě, obava že jedinec sám nebo někdo jeho blízký utrpí úraz nebo strach přímo ze smrti. Stejně jako u každé takovéto úzkostné poruchy, neléčitelná porucha trvá celý život a mění míru své intenzity. (Smolík, 1996, s. 261-263)

Smíšená úzkostně-depresivní porucha

Smíšená úzkostně-depresivní porucha je označena dle MKN-10 jako diagnóza F41.2. Příznaky má zkombinované jako symptomy úzkosti a deprese dohromady a pacientovi příznaky přímo neinklinují ani k jedné z těchto poruch. Skleslá nálada musí trvat alespoň jeden měsíc a musí být zkombinována s dalšími příznaky, jsou podrážděnost, únava nebo naopak nadměrná bdělost a další příznaky deprese či úzkosti. (Smolík, 1996, s. 263-265)

4.5. Suicidální chování

Suicidální chování řadíme do forem autoagrese, tedy mezi typy agrese, kdy jedinec projevuje násilí vůči svojí osobě. Autoagrese je široký pojem označující jakékoli chování, které míří násilné chování, projev agrese, přímo proti sobě samému. Pod pojmem autoagrese si typicky představíme právě suicidální chování (sebepoškozování, myšlenky na sebevraždu, sebevražda), ale patří sem i poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, bulimie), dále zneužívání návykových látek (alkohol, drogy) apod. (Martínek, 2009)

Suicidální chování se objevuje jako symptom různých psychických poruch, ale i jako samostatný jev, nejčastěji jako reakce či následek nějaké náročné životní situace. Takovéto chování se objevuje ve chvíli, kdy osobnostní obranné mechanismy selhávají, a proto je důležité nezlehčovat zmínky o možném suicidálním chování od druhých. Ženy se dle statistik pokoušejí o sebevraždu až třikrát častěji než muži a muži zase třikrát častěji samotný úkon sebevraždy dokonají. Důvody takového chování jsou různé – ženy se většinou uchylují k takovým jednáním jako vyjádření jejich útrap (možná i proto suicidium nakonec nedokonají) a muži se k takovému jednání uchylují jako k poslední možnosti jak ze svého životního zoufalství ven. (Praško, 2006)

Typy suicidální chování můžeme rozdělit na taková chování, která nejsou přímo spjata s jakoukoli psychickou poruchou a chování vychází jako reakce na realitu, na krizovou situaci. A druhým typem je právě suicidální chování, které je právě jako symptom psychické poruchy jako např.: úzkostné poruchy, deprese, schizofrenie, halucinace, PTSD. (Praško, 2006)

Suicidální chování, které může vyústit až k samotné sebevraždě má svůj vývoj a není nahodilé. Zpočátku je takové chování nenápadné a nemá konkrétní podobu ani obsah. Myšlenky se postupně vkrádají na mysl jedince a jedinec se je snaží upozadit a nedávat jim prostor ve své mysli. Dalším stupněm tohoto vývoje je lhostejný přístup jedince k takovým myšlenkám (jsou mu v podstatě jedno). Vyšším stupněm je, že se jedinec takovými myšlenkami ztotožňuje (př. myšlenky na konec života, myšlenky jak si ublížit) a začíná hledat způsob jak si ublížit

a v nejkrajnějším případě, jakým způsobem spáchat sebevraždu. Posledním stádiem je konečné rozhodnutí o úkonu suicidálního chování, což může jedince paradoxně uklidnit, že se konečně rozhodl a je tu riziko, že okolí si bude myslet, že jedinec problém vyřešil. (Praško, 2006)

4.6. Možnosti práce s klienty

Pacienti, kteří si v dětství prošli jakýmkoli traumatem, nejsou nijak zvláštním případem v oblasti psychiatrie. Avšak přístup k pacientovi, který si prošel v dětství jakoukoli formou šikany, je přeci jenom potřeba specifikovat.

Prvotní psychiatrické vyšetření pacienta u odborníka je dosti podobné tomu, které zažíváme u lékaře. Avšak dalším podstatným prvkem u psychiatrického vyšetření je souznění se samotným psychiatrem (psychologem). Je potřeba vzájemná důvěra a celkový počet bezpečí pro pacienta. Při zvolení vhodných sympatií ze strany lékaře může lékař docílit žádoucího jevu, kdy se pacient lékaři více otevře a lze pak snáze určit a diagnostikovat průběh samotné psychické poruchy. (Zvolský, 1994)

Dle Zvolského (1994) si lékař dává pozor při rozhovoru právě na tyto skutečnosti:

- Psychotické symptomy – lékař dává pozor na to, zda pacientovi emoce odpovídají vyprávěnému obsahu, pacient mluví o svých zážitcích spontánně
- Poruchy nálady – lékař se zaměřuje na jakékoliv výkyvy nálad (u bipolární poruchy je tato analýza velice snadná), těžké je rozpoznat jemné odchylky. Je to velice důležité, protože v tomto ohledu se dají odhalit sebevražedné tendence pacienta.
- Organické symptomy – lékař zjišťuje, zda pacientovi problémy nesouvisí se zneužíváním návykových látek.

- Úzkostné, panické a fobické symptomy – lékař se snaží odhalit příčiny takovýchto stavů popřípadě zjistit, co takové stavy vyvolává a zesiluje. Zjišťuje se, zda tyto stavy provází i fyziologické projevy (bušení srdce, tíha na prsou apod.).
- Osobnostní a behaviorální rysy – lékař o pacientovi zjišťuje, jaké byly a jsou vztahy k jeho blízkým osobám (rodina, přátelé), zahrnujeme do toho i vztah pacienta ke své vlastní osobě.

Další nedílnou součástí vstupních vyšetření, je klasická osobní a rodinná anamnéza. Osobní anamnéza obsahuje okolnosti porodu pacienta, předškolní vývoj, zkoumají se právě různá traumata z dětství (bití, zneužívání a právě i šikana), školní vzdělání, vývoj v adolescenci, vývoj a anamnéza v dospělosti. Rodinná anamnéza slouží k identifikaci možné historie pacientova problémů a případné genetické předpoklady různých psychických poruch. (Zvolský, 1994)

Zvolský (1994) ve své publikaci o obecné psychiatrii mluví o tzv. první pomoci v psychiatrii. První pomoc v psychiatrii je potřeba pro zvládnání situací, kdy takovýto pacienti nejčastěji nemají dostatečně konstruktivní náhled na svůj psychický zdravotní stav. Hlavní příznaky, kdy můžeme říci, že dotyčný potřebuje psychiatrickou první pomoc, jsou: stavy akutního psychomotorického neklidu, stavy zmatenosti nebezpečí suicidálního jednání, panické poruchy a akutní nežádoucí reakce vzniklé po aplikaci psychofarmak. Takováto první pomoc je poskytnuta prostřednictvím krizových center, v rámci telefonické pomoci a v některých případech i na jednotkách intenzivní péče.

Při pomoci dospělému pacientovi, který se vyrovnává s nepřízní osudu v dětství, se šikanou je třeba zvážit právě takovéto prvotní kroky. Viz výše bylo popsáno vyšetření, které probíhá u každého pacienta psychiatrického vyšetření. Musí být zjištěno, zda k šikaně v dětství vůbec došlo, za jakých okolností a kým. Je potřeba zjistit tyto informace návodnými otázkami jako jsou: „Zkuste si vzpomenout na období, kdy jste byl/a na základní škole. Vzpomínáte si na nějaký zážitek, kdy Vám další dítě/děti udělali něco, co Vás ranilo? Opakovalo se to častěji?“ Tímto způsobem, můžeme šetrně zjistit, co se v tomto

období stalo z pohledu pacienta. I když je obtížné říci, zda šikana přímo souvisí se současnými psychickými problémy, je důležité tuto skutečnost zjistit. Zjišťování takovýchto faktů způsobuje pacientovi značný stres, a proto není žádoucí, aby vyšetření probíhalo, když by byl pacient v psychické nepohodě (deprese, akutní stresující problémy apod.) (Sandoval, 2014, online)

Jedním z nástrojů zvládnání zážitku šikanování z dětství je kognitivní restrukturalizace automatických myšlenek: *„Základním krokem je zpracování myšlenek, které souvisí se vzpomínkami na zážitky šikany a současnými událostmi, které tyto myšlenky spouštějí. Typicky jde o sebeznehodnocující myšlenky o sobě (např. "Zase jsem trapný! Nemám šanci!") a obavné myšlenky týkající se druhých ("Budou mě ironicky kritizovat. Znemožní mě, poníží."). Po testování negativních automatických myšlenek a nalezení alternativní reakce je namístě propojit tyto myšlenky, které vznikly kvůli šikaně, s postoji o sobě (např. "Jsem neschopný!") a o druhých (např. "Lidé jsou zlí!"). Pro zvládnání nadměrných obav v mezilidských situacích je potřebné nejdříve si s pacientem ujasnit, zda nutně muselo jít nebo půjde o odmítání či znevážení či jeho neschopnost, nebo zda se na jeho obavách nepodílí přehnané očekávání nebo sebeznehodnocování. K tomu může pomoci kognitivní restrukturalizace automatických myšlenek. Pravidelný záznam automatických myšlenek a jejich testování pak učí pacienta, jak interpersonální situace hodnotit přiměřeněji a nechovat se vyhýbavě.“* (Sandoval, 2014, online)

Další nástroj pro boj s vyrovnáním se se šikanou v dětství označuje Sandoval (2014) práci s kognitivními schémata, přepis traumatických událostí a nácvik komunikačních dovedností.

5. Psychické důsledky šikany v dětství

Výzkumné šetření proběhlo kvantitativní metodou pomocí dotazníku vlastní konstrukce (viz příloha č.1). Dotazník se snažil ověřit hypotézy, které byly vytvořeny na základě zahraničních výzkumů v podobné problematice.

5.1. Cíl výzkumného šetření a výzkumný problém a hypotézy

Cílem výzkumného šetření je zmapovat jev šikany v dětství, s možnými následky v dospělosti v podobě psychických problémů. Závěrem zahraničních výzkumů je, že šikana přímo ovlivňuje vznik či rozvoj psychických problémů v dospělosti. Dle výzkumů se jedná především o tyto psychické problémy: deprese, úzkostné poruchy, sebevražedné myšlenky a pokusy, psychózy a objevují se i psychosomatické zdravotní problémy. (Sandoval, online, 2014)

Základním výzkumným problémem je: **Šikana v dětství je rizikovým faktorem pro psychické problémy v dospělosti.** Výzkumné šetření výzkumný problém potvrdí či vyvrátí na základě analýzy výsledků a ověření zvolených hypotéz výzkumného šetření.

Bylo zvoleno pět hypotéz výzkumného šetření na základě výzkumů, na které odkazoval článek v elektronickém časopise Česká a slovenská psychiatrie: Šikana v dětství jako predisponující faktor pro psychické problémy v dospělosti. (Sandoval, online, 2014)

Hypotéza č. 1: Více jak 25 % respondentů šikanovaných v dětství, mají psychické poruchy v dospělosti.

Šikana v dětství dle výzkumů zvyšuje riziko výskytu psychických poruch v dospělosti, ať už se jedná o depresivní stavy, panické poruchy či suicidální sklony. (Sandoval, online, 2014; Copeland, online, 2013). V dnešní době již není takové tabu psychické zdraví a celkově se psychické zdraví staví na stejnou úroveň jako fyzické zdraví. Právě psychickou pohodu řadí do své definice Světová zdravotnická organizace (WHO): Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.

Hypotéza č. 2: Více jak 10 % respondentů šikanovaných v dětství má problém navázat trvalé vztahy v dospělosti.

Šikana má všeobecně za následek menší důvěru v ostatní lidi. Logickým výsledkem je tedy nedostatečná důvěra v ostatní a tudíž složitější navazování trvalých a kvalitních vztahů po celý zbytek života. (Sandoval, online, 2014; Copeland, online, 2013)

Hypotéza č. 3: Více jak 30 % respondentů šikanovaných v dětství, má/mělo v dospělosti úzkostné poruchy.

Mezi časté psychické poruchy šikanovaných v dětství jsou právě úzkostné poruchy. V průběhu útoku oběť právě zažívá strach z blížícího se ubližování, strach ze zranění či dokonce strach o svůj život. A právě tyto pocity strachu, ať už jsou z čehokoli, vedou úzkostným stavům, které mohou pokračovat i v dospělosti. (Sandoval, online, 2014; Copeland online, 2013)

Hypotéza č. 4: Více jak 25 % respondentů šikanovaných v dětství, mají suicidální sklony.

Suicidální sklony jsou dalším problémem, kterým trpí určité procento šikanovaných v dětství. Jedná se o sebepoškození (můžeme zde zařadit i poruchy příjmu potravy či zneužívání návykových látek) a pokusy o sebevraždu. Většinou se objevují suicidální sklony v kombinaci s další psychickou poruchou (př. deprese). (Sandoval, online, 2014)

Hypotéza č. 5: Více jak 20 % respondentů šikanovaných v dětství, trpí depresí.

Stejně jako u dalších psychických poruch, riziko výskytu deprese u šikanovaných je dle studií daleko vyšší než u nešikanovaných. Je to z důvodů prožívání strachu během šikanování a čelení různým posměškům právě na svoji osobu, rodinu apod. Studie zahrnují šikanované do skupiny tzv. děti, kteří zažili nepřízeň osudu. (Sandoval, online, 2014)

5.2. Výzkumný soubor a procedura

Pro účely diplomové práce bylo zvoleno kvantitativní šetření pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník obsahoval 15 otázek, které se skládali z uzavřených, otevřených či škálových otázek. Dotazník byl zkonstruován pro účely ověření (potvrzení/vyvrácení) výzkumných hypotéz, které byly vytvořeny na základě studia odborné literatury.

Kvantitativní výzkum je výzkum, kde se vytvářejí hypotézy na základě teoretických znalostí, které byly vytvořeny odbornou společností. (Gavora, 2000)

Dle Gavory (2000) je dotazník formou kvantitativního výzkumu, kdy se pomocí písemného dotazování dozvídáme písemné odpovědi, a je určen pro hromadné získávání dat.

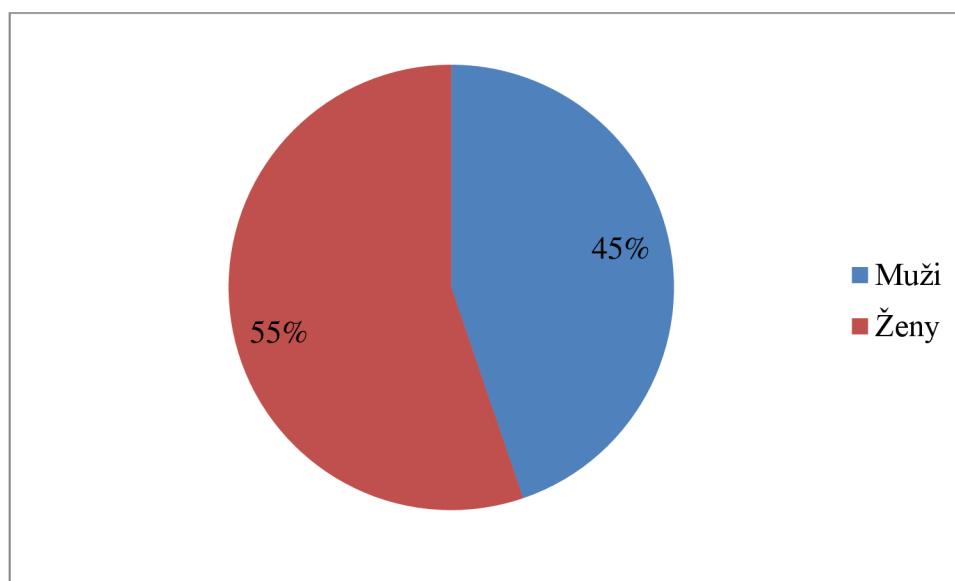
Dotazník na úvod seznámil respondenta s důvody výzkumného šetření a ujistil ho, že se jedná o zcela anonymní dotazování, a že výsledky budou určité pouze ke zpracování diplomové práce. Úvodní otázky dotazníku zjišťovaly základní údaje o respondentovi (věk, pohlaví, momentální sociální stav).

Následovaly otázky týkající se šikany samotné (kde a kým byli respondenti šikanováni, popř. jakým způsobem). Nakonec dotazníku byly zařazeny otázky o psychickém zdraví respondent z objektivního i subjektivního hlediska. Poslední otázka dávala respondentům prostor k vyjádření subjektivního názoru, jak jim šikana zasáhla do života.

Dotazník byl zveřejněn prostřednictvím sociálních sítí, respondenti tedy vyplňovali v elektronické podobě. Dále byl dotazník rozdán mým spolupracovníkům a jejich prostřednictvím mezi svůj okruh blízkých. Výhodou sbírání dat a respondentů nám dává právě dnešní doba internetového prostředí.

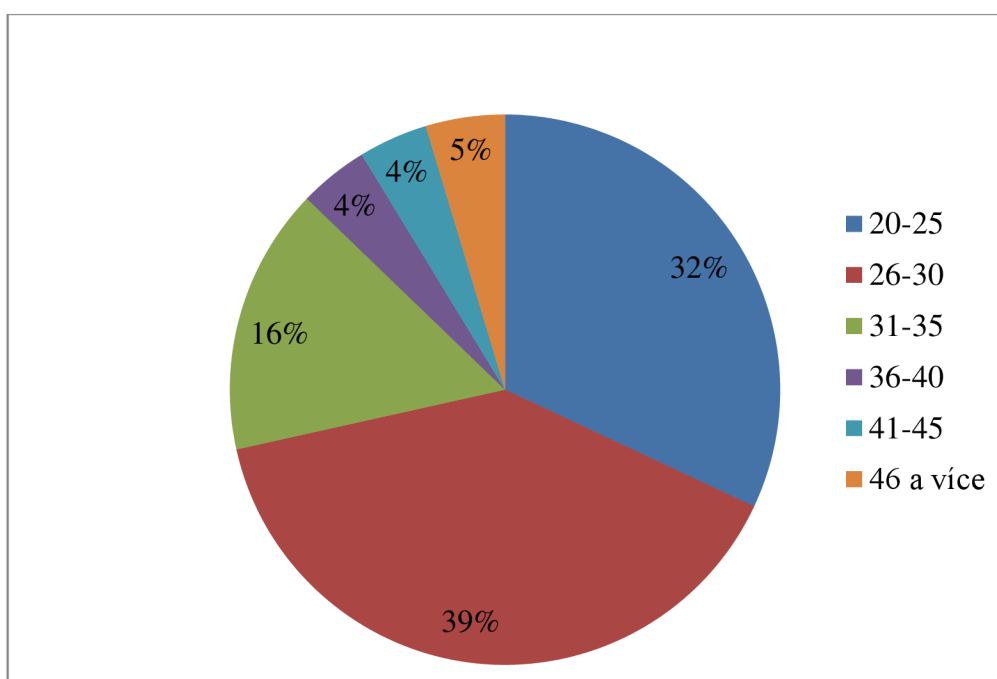
Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 172 respondentů. Z toho 95 respondentů bylo ženského pohlaví a 77 respondentů mužského pohlaví.

Graf č. 1: Kategorizace respondentů dle pohlaví



Věkový rozsah respondentů byl veliký. Nejmladšímu respondentovi bylo 20 let a nejstaršímu respondentovi bylo 56 let. Na grafu č. 2 můžeme vidět, že dotazníkového šetření se zúčastnilo 55 (32 %) respondentů ve věku 20-25 let, 68 (39 %) respondentů ve věku 26-30 let, 27 (16 %) respondentů ve věku 31-35 let, 7 (4 %) respondentů ve věku 36-40 let, 7 (4 %) respondentů ve věku 41-45 let a 8 (5 %) respondentů ve věku 46 let a více. Největší věkové zastoupení respondentů je v rozmezí od 20 do 35 let. Můžeme tedy předpokládat, že se ve vyhodnocení výzkumného šetření objeví i kyberšikana, která je trendem poslední doby.

Graf č. 2: Kategorizace respondentů dle věku



V jaké prostředí byli respondenti v dětství šikanováni? To nám prozradí tabulky č. 1. Nejčastějším prostředím, kde se respondenti stali obětí šikany, je beze sporu základní škola. Základní školu uvedlo 104 (60,5 %) respondentů z celkového počtu 172 respondentů. Druhým nejčastějším prostředím byl zájmový kroužek, který uvedlo 27 (15,7 %) respondentů. Na třetím místě jsou dvě prostředí a těmi jsou střední škola a rodinné prostředí, ty uvedl shodný počet 23 (13,4 %) respondentů. Dále 5 (2,9 %) respondentů uvedlo dětský tábor jako prostředí, kde se stali obětí šikany.

Tabulka č. 1: Kategorizace respondentů dle prostředí v jakém byly šikanovány (otevřená otázka v dotazníkovém šetření, kam respondenti mohli napsat jedno či více prostředí, kde byli obětí šikany)

Prostředí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní škola	104	60,5 %
Střední škola	23	13,4 %
Rodinné prostředí	23	13,4 %
Zájmový kroužek	27	15,7 %
Dětský tábor	5	2,9 %

Respondenti dále uváděli, kým byli šikanováni, tedy kdo byl agresorem šikany, kde sami respondenti byli oběti. Nejčastějším agresorem respondenti uvedli skupinu chlapců, celkem 45 (26,2 %) respondentů z celkových 172 respondentů. Druhým nejčastějším agresorem uvedlo 36 (26,2 %) respondentů skupinu dívek. Třetí nechvalné místo nejčastějších agresorů obsadili rodinní příslušníci, celkem tuto skutečnost uvedlo 27 (15,7 %) respondentů. Uváděli především nevlastního otce, matku a strýce.

Tabulka č. 2: Kategorizace respondentů dle kritéria, kdo byl agresorem šikany (respondenti v dotazníkovém šetření mohli napsat jednoho či více agresorů, kterými byli šikanováni)

Agresor šikany	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spolužáci	23	13,4 %
Skupina chlapců	45	26,2 %
Skupina dívek	36	20,9 %
Skupina	9	5,2 %
Chlapec	14	8,1 %
Dívka	18	10,5 %
Učitel	18	10,5 %
Rodinný příslušník	27	15,7 %

Dotazníkové šetření také zkoumalo, jakými typy šikany si respondenti prošli. Jelikož samotná šikana není vždy čistě fyzická, psychická či je pouze kyberšikanou, byla otázka charakteru s výběrem více možností. Nejčastější odpovědí respondentů bylo prožití psychické šikany, celkem 127 (73,8 %) respondentů, na druhém místě bylo prožití šikany fyzické, celkem 49 (28,5 %) respondentů a na posledním třetím místě zůstala kyberšikana s celkovým počtem 27 (15,7 %) respondentů.

Tabulka č. 3: Kategorizace respondentů dle druhu šikany (respondenti v dotazníkovém šetření mohli označit více možností v závislosti na tom, kterými všemi typy šikany si prošli)

Druh šikany	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyzická	49	28,5 %
Psychická	127	73,8 %
Kyberšikana	27	15,7 %

5.3. Výsledky a diskuse

Hypotéza č. 1: Více jak 25 % respondentů šikanovaných v dětství, mají psychické poruchy v dospělosti.

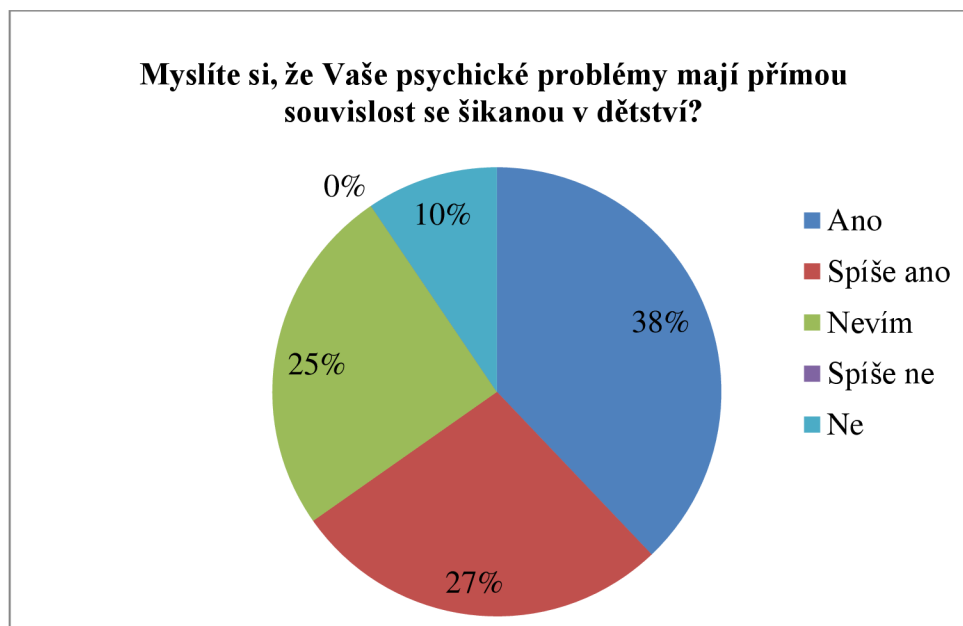
Na grafu č. 3 můžeme vidět, že 55 % (95) respondentů uvedlo, že v minulosti trpěli či stále trpí psychickými problémy, ať už byly diagnostikovány odborníkem či ne. Zdánlivě můžeme tedy tvrdit, že hypotéza č. 1 dle výsledků výzkumného šetření je potvrzena.

Graf č. 3: Máte (měl/a) jste psychické problémy? (I bez profesionální diagnózy)



V rámci ověření hypotézy musíme dát do souvislosti další položku v dotazníku, která zjišťovala, zda samotný respondent má subjektivní pocit, že jeho psychické problémy mají přímou souvislost se šikanou, kterou si prožili v dětství. 55 % (95) respondentů uvedlo, že mají či měli psychické problémy. Z těchto 55 % respondentů uvedlo dle grafu č. 4, že 38 % (36) respondentů si myslí, že jejich psychické problémy mají přímou souvislost se šikanou v dětství, 27 % (26) respondentů si myslí, že spíše ano, 25 % (24) respondentů neví a 10 % (9) si nemyslím, že jejich psychické problémy mají souvislost se šikanou, kterou prožili v dětství. Můžeme tedy tvrdit, že 65 % respondentů z 95 respondentů, kteří mají psychické problémy si myslí, že jejich psychické problémy přímo souvisí se šikanou, kterou si prožili v dětství. Analýzou dat z výzkumného šetření vychází, že 36 % (62) respondentů mají psychické problémy a zároveň si myslí, že jejich psychické problémy mají přímou souvislost se šikanou prožitou v dětství.

Graf č. 4: Myslíte si, že Vaše psychické problémy mají přímou souvislost se šikanou v dětství?

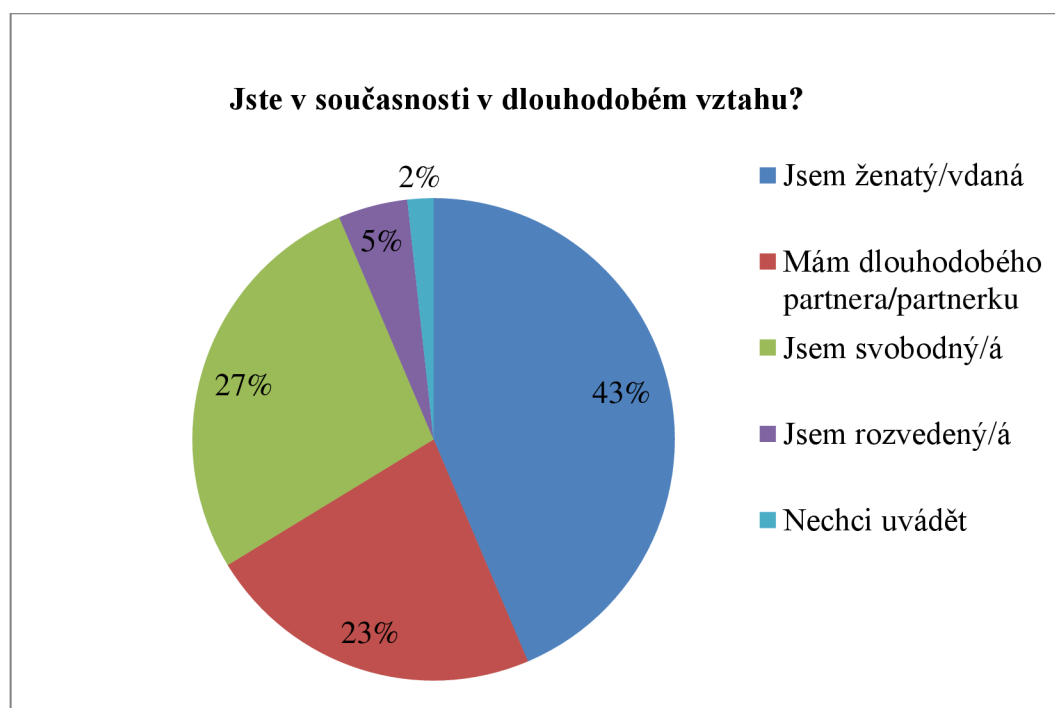


Závěrem můžeme říci o hypotéze č. 1 jako o potvrzené. Celkem 55 % respondentů uvedlo, že mají psychické problémy a celkem 36 % respondentů uvedlo, že mají psychické problémy, které mají přímou souvislost se šikanou prožitou v dětství.

Hypotéza č. 2: Více jak 10 % respondentů šikanovaných v dětství má problém navázat trvalé vztahy v dospělosti.

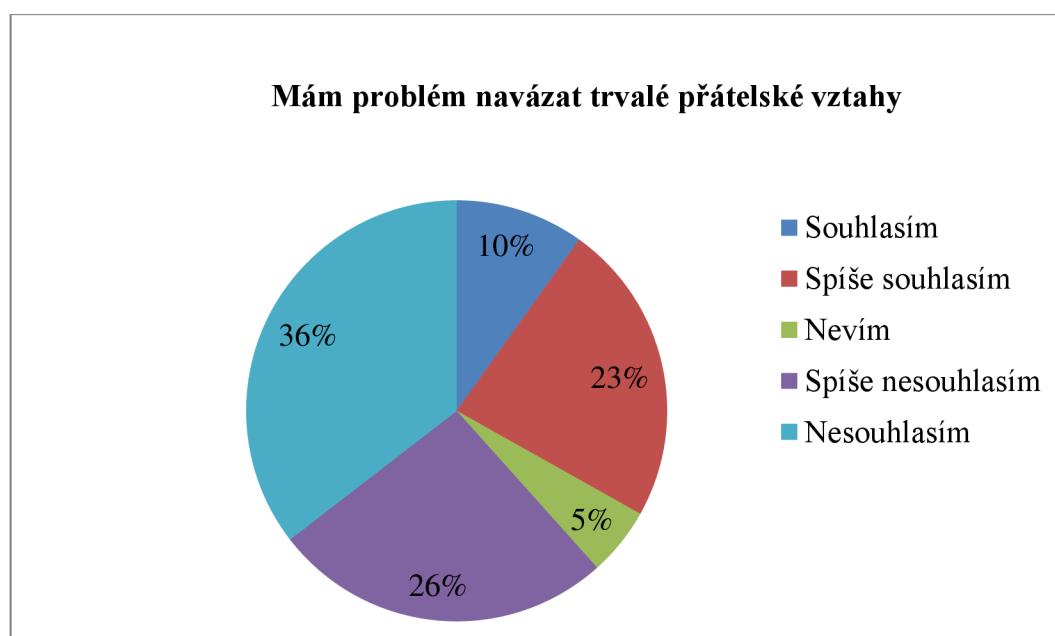
Pomocí dotazníkového šetření bylo zjištěno (viz Graf č. 5), že z celkových 172 respondentů je 43 % (75) v manželství, 23 % (39) respondentů má dlouhodobého partnera/partnerku, 27 % (47) respondentů je svobodných, 5 % (8) respondentů je rozvedených a 2 % (3) respondentů nechtělo svůj současný stav uvádět. Dle analýzy těchto dat můžeme říci, že 32 % (55) respondentů není v současnosti v žádném dlouhodobém vztahu, hypotéza č. 2 by tedy měla být potvrzena.

Graf č. 5: Jste v současnosti v dlouhodobém vztahu?



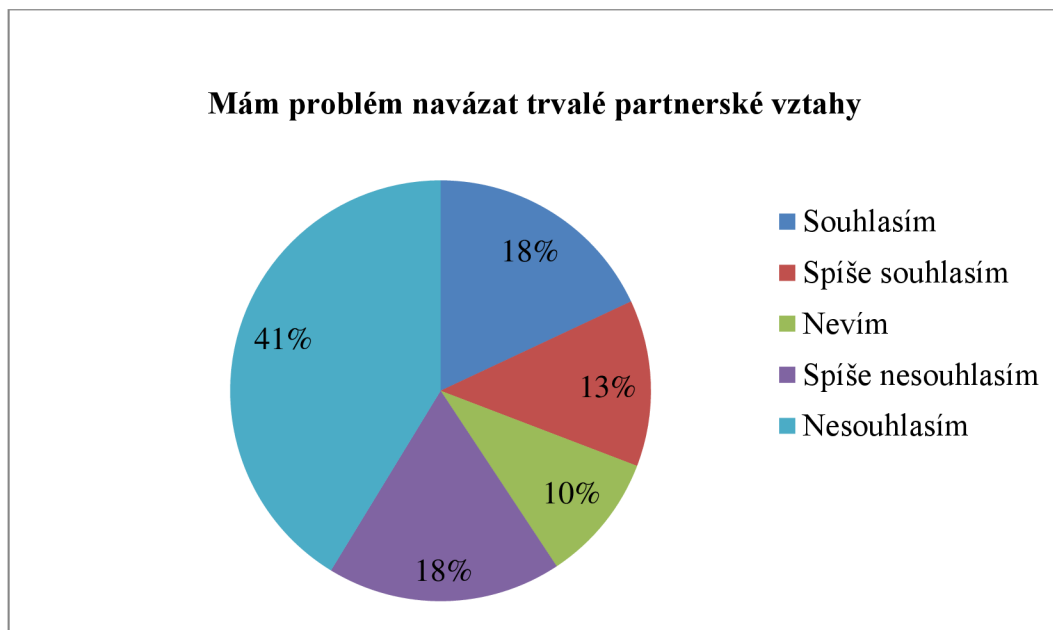
Trvalými vztahy se však myslí nejen ty partnerské, ale také přátelské. Proto dotazníkové šetření také zjišťovalo, zda respondenti mají problém navázat přátelské vztahy: 10 % (17) respondentů uvedlo, že souhlasí s tvrzením, že mají problém navázat trvalé přátelské vztahy, 23 % (40) respondentů uvedlo, že spíše souhlasí, 5 % (9) respondentů neví, 26 % (45) respondentů spíše nesouhlasí a 36 % (61) s tímto tvrzením nesouhlasilo. Můžeme tedy říci, že 33 % (57) respondentů souhlasí, až spíše souhlasí s tvrzením, že mají problém navázat ve svém životě trvalé přátelské vztahy.

Graf č. 6: Mám problém navázat trvalé přátelské vztahy



Na stejný výrok se dotazníkové šetření ptalo i z hlediska partnerských vztahů (viz Graf č. 7). S výrokem Mám problém navázat trvalé partnerské vztahy 18 % (31) respondentů souhlasí, 13 % (22) respondentů s výrokem spíše souhlasí, 10 % (17) respondentů neví, jestli se ztotožňuje s výrokem, 18 % (31) respondentů spíše nesouhlasí s výrokem a 41 % (71) respondentů s výrokem nesouhlasí. Z výsledků můžeme tedy vyčíst, že 31 % (53) respondentů souhlasí až spíše souhlasí s tím, že mají problém ve svém životě navázat trvalé partnerské vztahy.

Graf č. 7: Mám problém navázat trvalé partnerské vztahy



Závěry pro hypotézu č. 2 jsou: 32 % (55) respondentů není momentálně v trvalém dlouhodobém vztahu, 33 % (57) respondentů má problém ve svém životě navázat trvalé přátelské vztahy a 31 % (53) respondentů uvedlo, že mají problém navázat ve svém životě trvalé partnerské vztahy. Můžeme tedy tvrdit, že hypotéza č. 2 byla potvrzena.

Hypotéza č. 3: Více jak 30 % respondentů šikanovaných v dětství, má/mělo v dospělosti úzkostné poruchy.

Dle tabulky č. 4 můžeme vidět, že 76 (44,2 %) respondentů z celkového počtu 172 uvedlo, že má či mělo úzkostné poruchy. Můžeme tedy tvrdit, že hypotéza č. 3 byla potvrzena.

Hypotéza č. 4: Více jak 25 % respondentů šikanovaných v dětství, mají suicidální sklony.

Dle tabulky č. 4 vidíme, že 27 (15,7 %) respondentů, z celkového počtu 172 respondentů uvedlo, že trpí/trpělo suicidálním chováním (sebevražedné sklony či myšlenky) a 32 (18,6 %) uvedlo, že mají či měli problém se sebepoškozováním. Další analýzou dat s dotazníkového výzkumného šetření bylo zjištěno, že 22 (12,8 %) respondentů uvedlo, že mají problém jak se suicidálním chováním (sebevražedné sklony či myšlenky), tak se sebepoškozováním. 10 (5,8 %) respondentů uvedlo, že mají problém se sebepoškozováním a 5 (2,9 %) respondentů uvedlo, že mají problém se suicidálním chováním (sebevražedné sklony či myšlenky). Ze závěrů k hypotéze č. 4 můžeme tvrdit, že byla vyvrácena.

Hypotéza č. 5: Více jak 20 % respondentů šikanovaných v dětství, trpí depresí.

Dle tabulky č. 4 vidíme, že 63 (36,6 %) respondentů z celkového počtu 172 respondentů trpí či trpělo depresí a depresivními stavy. Můžeme tedy tvrdit, že hypotéza č. 5 byla potvrzena.

Tabulka č. 4: Trpíte (trpěl/a) jste některými z těchto poruch? (otázka s možností více odpovědi v dotazníkovém šetření)

Psychické poruchy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Úzkostné poruchy	76	44,2 %
Suicidální chování (sebevražedné sklony, myšlenky)	27	15,7 %
Sebepoškozování	32	18,6 %
Agorafobie	13	7,6 %
Panické ataky	36	20,9 %
Deprese, depresivní stavy	63	36,6 %
Posttraumatická stresová poruchy	14	8,1 %
Netrám žádnou poruchou	63	36,6 %

5.4. Souhrn výzkumného šetření

Výzkumné šetření potvrdilo výzkumný problém, který potvrdil, že šikana je rizikovým faktorem psychických problémů v dospělosti.

V dotazníkovém šetření byla poslední otázka položena respondentům jako prostor pro vyjádření se, zda si myslí, že jim prožití šikany ovlivnilo jejich život a jak. 90 % respondentů uvedlo, že šikany jim ovlivnila dospělý život a především se opakovaly takovéto odpovědi:

- *„Způsobila mi nízké sebevědomí, pocity méněcennosti, pochybnosti o sobě samém, v partnerských vztazích mám potřebu být stále ujišťován o své hodnotě.“*
- *„Neumím navázat žádný kontakt s lidmi jak v intimních vztazích, tak v přátelských.“*
- *„Především výbuchy vzteku mi komplikují život, nízké sebevědomí, strach z autorit, neschopnost prosadit se, nervozita, nadváha – způsobena záchvaty přejídání.“*
- *„Sice chci navázat dlouhodobé vztahy, ale mám problém se ostatním lidem otevřít a nechat je nahlédnout do mých problémů, jelikož si je vždy chci vyřešit sám.“*
- *„Jsem více ostražitá, jen tak někomu nevěřím, ani nejlepšímu příteli. Na jednu stranu je to k něčemu dobré, ale na tu druhou si přijdu, že nikdy nebudu mít v nikom žádnou jistotu.“*
- *„Nutí mě to ostatním dokazovat, že za něco stojím.“*
- *„Zocelila mě hlavně v tom, že si jen tak od někoho nenechám něco líbit. Jsem v konfrontaci s cizími lidmi ráznější.“*

Vybrané odpovědi v dotazníkovém šetření dokazují, že šikana má vliv na celý život oběti. Často se jedná o psychické šrámy, které nejsou vidět a těžko se vysvětlují blízkému okolí. Celé dotazníkové šetření se zabývá velice citlivým tématem, a proto je třeba ocenit viditelnou upřímnost respondentů, se kterou neměli problém díky naprosté anonymitě vyplňování.

Definované hypotézy pro dotazníkové šetření se kromě jedné potvrdili. Dotazníkové šetření potvrdilo, že procenta hypotéz z velkých výzkumů, lze uplatnit i na menším vzorku respondentů, kteří zažili stejnou zkušenost, a to že byli oběťmi šikany v dětství.

Hypotéza č. 1: Více jak 25 % respondentů šikanovaných v dětství, mají psychické poruchy v dospělosti. – potvrzena

Hypotéza č. 2: Více jak 10 % respondentů šikanovaných v dětství má problém navázat trvalé vztahy v dospělosti. – potvrzena

Hypotéza č. 3: Více jak 30 % respondentů šikanovaných v dětství, má/mělo v dospělosti úzkostné poruchy. – potvrzena

Hypotéza č. 4: Více jak 25 % respondentů šikanovaných v dětství, mají suicidální sklony. – vyvrácena

Hypotéza č. 5: Více jak 20 % respondentů šikanovaných v dětství, trpí depresí. – potvrzena

Výzkumný problém: Šikana v dětství je rizikovým faktorem pro psychické problémy v dospělosti. – potvrzen

Závěr

Diplomová závěrečná práce se zabývala Šikanou jako rizikovým faktorem psychických problémů v dospělosti. Cílem diplomové závěrečné práce bylo popsat šikanu s důrazem na školní šikanu, její projevy, druhy a důsledky, které mohou nastat pro oběti šikany. Práce popsala poznatky o lidské agresi a agresivitě a zajímala se také o resilienci jedinců, která nám právě pomáhá ve zvládnání vlastní agrese, ale také v těžkých životních situacích. Teoretická část se věnovala také možnými následky, které mohou nastat po zažití šikany ze strany oběti.

Všechny teoretické poznatky byly využity v dotazníkovém výzkumném šetření, které potvrdilo, že šikana je rizikovým faktorem psychických problémů v dospělosti. Právě proto je velice důležitá prevence šikany nejen ve školách, ale ve všech oblastech, kde se pohybují děti. A když se šikana objeví, je potřeba včas ji rozpoznat a včas správně zasáhnout. Musí se myslet na pomoc nejen agresorům, které je potřeba jakýmsi způsobem resocializovat, aby se stejná situace neopakovala, ale je potřeba také pomoci právě obětem šikany, na které se bohužel stále zapomíná.

Díky dotazníkovému výzkumnému šetření bylo zjištěno, že psychickými problémy trpí 55 % respondentů, což je více jak polovina dotazovaných. I když si třeba respondenti subjektivně nemysleli, že jejich psychické problémy mají přímou souvislost se šikanou, můžeme potvrdit, že šikana je rizikovým faktorem.

Použitá literatura

Literatura

BĚLÍK, Václav, Stanislava HOFERKOVÁ a Blahoslav KRAUS. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada, 2017. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0599-1.

BERNDT, Christina. *Odolnost: nepřízeň osudu lze překonat*. Přeložil Michaela ŠKULTÉTY. Praha: Beta, 2015. ISBN 978-80-7306-771-7.

ČERMÁK, Ivo. *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1998. ISBN 80-902614-1-8.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Portál, 2004, 1 online zdroj (312 stran). ISBN 978-80-262-0334-6.

JANOŠOVÁ, Pavlína. *Šikana a vyčleňování žáků na základní škole*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-779-6.

KOLÁŘ, Michal. *Bolest šikanování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-014-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015, 195 stran : ilustrace, grafická znázornění ; 20 cm. ISBN 978-80-262-0978-2.

LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.

MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Praha: Grada, 2009. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2310-5.

ŘÍČAN, Pavel a Pavlína JANOŠOVÁ. *Jak na šikamu*. Praha: Grada, 2010. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2991-6.

ŘÍČAN, Pavel. *Agresivita a šikana mezi dětmi: jak dát dětem ve škole pocit bezpečí*. Praha: Portál, 1995. Pedagogická praxe. ISBN 80-7178-049-9.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie : diagnostika*. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1996. ISBN 80-85800-33-0.

ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2947-3.

VACEK, Pavel. *Rozvoj morálního vědomí žáků: metodické náměty k realizaci průřezových témat*. Praha: Portál, 2008, 126 s. ; 23 cm. ISBN 978-80-7367-386-4.

Vágnerová, M. *Vývojová psychologie I., dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN: 978-80-246-0956-0

Internetové zdroje

Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry* 2013; 70 (4): 419-426.

Důsledky šikany. *Důstojné pracoviště ve veřejné správě* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR: Pavel Lorenc, 2019 [cit. 2022-03-17]. Dostupné z: <https://www.dustojnepracoviste.cz/o-sikane/dusledky-sikany>

EUC. Deprese - příznaky, druhy a léčba. In *EUC* [online]. EUC, 2019, 31. 7. 2020 [cit. 2022-03-11]. Dostupné z: <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/deprese-priznaky-druhy-a-lecba/>

MARTÍNEK, Zdeněk. Kdo jsou agresori a oběti v rámci šikany. Typologie agresorů a obětí. *Metodický portál: Články* [online]. 16. 10. 2013, [cit. 2022-02-26]. Dostupný z WWW: <<https://clanky.rvp.cz/clanek/17907/KDO-JSOU-AGRESORI-A-OBETI-V-RAMCI-SIKANY.-TYPOLOGIE-AGRESORU-A-OBETI..html>>. ISSN 1802-4785.

Metodický pokyn ministra školství. Mládeže a tělovýchovy k prevenci a Řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení. Č.j 224 246/2008-50 ze dne 3.12. 2008

PRAŠKO, Ján. Péče o suicidálního pacienta. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, 2006, 2006(4), 191-195 [cit. 2022-04-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>

PROSTOR PRO. *Nemá to na čele: Je to šikana?* [online]. Hradec Králové: PROSTOR PRO, 2021 [cit. 2022-04-19]. Dostupné z: <https://www.nematonacele.cz/>

SANDOVAL, Aneta, Ján PRAŠKO, Marie OCISKOVÁ, Dana KAMARÁDOVÁ, Daniela JELENOVÁ a Klára LÁTALOVÁ. Šikana v dětství jako predisponující faktor pro psychické problémy v dospělosti. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2014(6), 317-325 [cit. 2021-5-14]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=989>

Slovníček pojmů: Druhy šikany. *Akademie osobního rozvoje APAS, s.r.o.* [online]. Webdílna: APAS - akademie osobního rozvoje, 2020 [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: <https://apas.cz/slovnicek-pojmu/druhy-sikany/>

Šikana: Rodiče pozor! Šikana mezi dětmi je skryté nebezpečí!. *Police České republiky* [online]. Policie ČR, 2021 [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: <https://www.policie.cz/clanek/preventivni-informace-sikana.aspx>

Příloha

Příloha č. 1 - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Matyášová a píši diplomovou práci s názvem: Šikana v dětství jako rizikový faktor psychických problémů v dospělosti. Prosím Vás o pravdivé vyplnění následujícího dotazníku, který Vám zabere jen pár minut Vašeho času. Dotazník je určen především těm, kteří si v dětství prošli jakoukoli formou šikany.

Dotazník je anonymní a veškeré údaje budou zpracovány pouze za účelem zpracování mé diplomové práce.

Předem děkuji za Váš čas a za vyplnění dotazníku.

S pozdravem

Veronika Matyášová

1. Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) žena
 - b) muž
2. Kolik je Vám let?
 - Napište: _____
3. Jste v současnosti v dlouhodobém vztahu?
 - a) jsem ženatý/vdaná
 - b) mám dlouhodobého partnera
 - c) jsem svobodný/á
 - d) jsem rozvedený/a
 - e) nechci uvádět
4. V jakém prostředí jste byl/a šikanován/a? (škola, rodina, vrstevníci, zájmové kroužky apod.)
 - Napište: _____

5. Kým jste byl/a šikanována? (př. dívka/chlapec, skupina chlapců/dívek, rodinný příslušník)
- Napište: _____
6. Jaký druh šikany jste prožil/a? (otázka s možností více odpovědí)
- a) psychická
 - b) fyzická
 - c) kyberšikana
 - d) jiné: _____
7. Máte (měl/a) jste psychické problémy? (I bez profesionální diagnózy)
- a) ano
 - b) ne
8. Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 8 ,ano‘, vypište jaké psychické problémy. Pokud jste odpověděl/a ,ne‘, otázku přeskočte.
- Napište: _____
9. Trpíte (trpěl/a) jste některými z těchto poruch? (otázka s možností více odpovědí)
- Úzkosti
 - Suicidální chování (sebevražedné sklony, myšlenky)
 - Sebepoškozování
 - Agorafobie (= strach z veřejných prostor, kde to jedinec nezná)
 - Panické ataky
 - Deprese, depresivní stavy
 - Posttraumatická stresová porucha (PTSD)
 - Netrpím žádnou poruchou
 - Jiné: _____
10. Byla vám diagnostikována psychická porucha? Pokud ano, jaká?
- Napište: _____
11. Užíváte (užíval/a jste) trvale medikaci k léčbě psychické poruchy?
- a) ano
 - b) ne

12. Myslíte si, že vaše psychické problémy mají přímou souvislost se šikanou v dětství?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

13. Vyskytli se u vás některé z níže uvedených příznaků během nebo i poté, když jste si prošli šikanou? (otázka s pěti stupňovým ohodnocením u každého bodu; velmi často, často, občas, zřídka, nikdy)

- pláč
- občasné poruchy spánku
- podrážděnost
- snížená schopnost koncentrace
- přetrvávající poruchy spánku
- vyšší krevní tlak
- zažívací problémy
- nepřiměřené snížení nebo zvýšení váhy
- poruchy pozornosti
- zneužívání alkoholu či omamných látek
- záškoláctví (vyhýbání se pracovišti)
- úzkost
- výskyt a rozvoj fobií
- deprese, depresivní stavy
- sebevražedné tendence (myšlenky, pokusy o sebevraždu)
- sebepoškozování
- psychosomatická onemocnění
- působení násilí třetí straně

14. Uveďte, jak se shodujete s následujícími výroky (otázka koncipována s pěti stupňovým ohodnocením, souhlasím-spíše souhlasím, nevím, spíše nesouhlasím, nesouhlasím)

- Mám problém navázat trvalé přátelské vztahy
- Mám problém navázat trvalé partnerské vztahy
- Mám problém věřit lidem, které znám
- Mám problém věřit lidem, které neznám
- Dávám přednost krátkodobým mileneckým vztahům
- Mám problém svěřit se se svými problémy svým blízkým
- Jsem raději sám/sama než ve společnosti
- Nedělá mi problém být ve společnosti cizích lidí, pokud vím, že už je nikdy nevidím
- Ve společnosti dostávám něco, čemu můžeme říkat panická ataka
- Bojím se samoty
- Některé situace v životě mi šikanu stále připomínají
- Cítím na hrudi bolest bez zjevné příčiny
- Bojím se, že zůstanu sám/sama

15. Jak si myslíte, že šikana ovlivnila Váš život?

- Napište: _____