

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálně-pedagogických studií

Diplomová práce

Markéta Votánková

**Poruchy chování dětí a mládeže v období povinné školní docházky
(Behavioral disturbances during basic school attendance)**

Praha 2012

vedoucí práce: PhDr. Vojtěch Regec, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 20. 6. 2012

Děkuji PhDr. Vojtěchu Regecovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné připomínky, rady, zkušenosti a osobní přístup, který mi při zpracování poskytoval jako vedoucí této diplomové práce. Děkuji kolegům, přátelům a především svému synovi za podporu a trpělivost, která mi byla při tvorbě práce nesmírnou oporou.

Obsah

Úvod	6
1 Poruchy chování	8
1.1 Vymezení poruch chování	8
1.2 Klasifikace poruch chování	9
1.3 Etiologie poruch chování	11
1.4 Projevy poruch chování	13
1.4.1 Šikana	13
1.4.2 Lhaní	18
1.4.3 Krádeže	19
1.4.4 Záškoláctví, útěky, toulání	21
1.4.5 Zneužívání návykových látek	22
2 Rodina	38
2.1 Kulturní historie rodiny	38
2.2 Funkce rodiny	39
2.2.1 Funkce biologická (reprodukční)	40
2.2.2 Funkce materiální (ekonomická)	40
2.2.3 Funkce výchovná (socializační)	40
2.2.4 Funkce emociální (psychosociální)	41
2.3 Pásmo funkčnosti rodiny	41
2.4 Typy dysfunkčních rodin	42
3 Vliv vrstevnických skupin	44
3.1 Typologie skupin	44
3.2 Vrstevnická skupina	44
4 Výchovné a poradenské instituce v období povinné školní docházky, sociálně právní ochrana dětí	46
4.1 Škola a poradenská centra	46
4.2 Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy	47

4.2.1	Diagnostický ústav	48
4.2.2	Dětský domov se školou	48
4.2.3	Výchovný ústav	48
4.3	Školská zařízení pro preventivně výchovnou péči	48
4.4	Odbor sociálně právní ochrany dětí	49
5	Praktický výzkum	50
5.1	Uvedení do výzkumného problému	50
5.2	Cíl výzkumu	50
5.2.1	Dílčí cíle výzkumu	50
5.3	Hypotézy výzkumu	51
5.4	Metoda výzkumu	51
5.5	Výzkumný vzorek a organizace výzkumu	51
5.6	Výsledky výzkumu a jejich interpretace	52
5.6.1	Zjistit v jakém rodinném prostředí děti a mladiství vyrůstají?	52
5.6.2	Zjistit, zda děti či mladiství kouří cigarety?	53
5.6.3	Zjistit zkušenosti dětí a mladistvých s alkoholem?	54
5.6.4	Zjistit, zda se v okolí dětí vyskytují projevy šikany	54
5.6.5	Zjistit názor dětí a mládeže na podmíněnost agresivity dětí a mládeže?	55
5.6.6	Zjistit, zda děti považují delikvenci mládeže za celosvětový problém?	56
5.6.7	Zjistit stanovisko dětí a mládeže k problematice vězení pro mladistvé?	56
ZÁVĚR		58
Seznam použité literatury		60
Seznam tabulek		63
Seznam zkratk		64
ANOTACE		65

Úvod

Takřka denně se na nás média obrací s novými případy projevů poruch mládeže. Myslím, že si ani nevzpomenu na týden, kdybych ve večerních zprávách neviděla reportáž o problematických dětech a dospívajících, anebo naopak o dětech v potížích. Kriminalita, agrese, šikana, drogová závislost či vandalismus ve veřejných prostorách jsou dnes součástí naší společnosti.

Sama mám bohužel vlastní zkušenost, kdy mladší z mých dvou synů se věku 13 let, tedy v době povinné školní docházky, dostal v rámci školního kolektivu do vlivu problémové vrstevnické skupiny. Jeho prospěch se náhle zhoršil a opustil své sportovní aktivity. Spolu s tím se objevily první projevy poruch chování: drobné krádeže, promyšlené lhaní, příležitostné záškoláctví. I přes aktivní spolupráci s pedagogicko-psychologickou poradnou a později i dohledem sociální kurátorky se tento vývoj nepodařilo zvrátit. A tak právě proto, že se mne **problematika poruch chování dětí a mládeže v období povinné školní docházky** takto osobně týká, zvolila jsem si pro svou diplomovou práci toto téma.

Ve své diplomové práci nejprve analyzuji termín poruchy chování dětí z pohledu dnes uplatňovaných definic, klasifikace poruch chování a jejich etiologie. Dále se budu věnovat za pomoci odborné literatury konkrétním projevům poruch chování. V této části své diplomové práce se hodlám výrazněji zaměřit na **šikanu** a **zneužívání návykových látek**. Tyto dva projevy poruch chování osobně považuji za nejzávažnější.

Domnívám se, že dnes se šikanou ve svém okolí setká většina dětí, ač mnohdy ani samy nevědí, že chování, jehož jsou součástí, svědkem či obětí je šikana. Zejména prvotní stádia šikany jsou dle mého názoru často přehlížena dospělými osobami, a to i pedagogy. Na druhou stranu zneužívání návykových látek dětmi je obecně přijímáno jako závažný problém, lehce opomíjeno ale bývá zneužívání legálních drog (např. alkohol a tabákové výrobky). Děti se s těmito látkami denně setkávají, jelikož tyto substance často konzumují jejich vzory (rodiče, starší sourozenci) a ony tak přejímají odpozorované chování. Zároveň jsou tyto druhy drog relativně snadno dostupné, Vašemu 13 letému dítěti totiž pivo nebo cigarety prodá každá druhá trafika. Užívání těchto látek je pak pro dítě znakem prestiže, dospělosti, či způsobem překonání sociální vrstevnické bariéry.

Následně se budu věnovat rodinnému a vrstevnickému okolí dítěte, zejména s ohledem na jejich vliv při vzniku a rozvoji poruch chování dítěte. Tuto pasáž doplním charakteristikou institucí, jejichž cílem je ochrana dítěte. Vymezím jejich normativní a systémové cíle a prostředky.

V závěru své práce provedu šetření menšího rozsahu mezi dětmi a mládeží v Praze – Horních Počernicích, tedy v místě, kde bydlím a kde vyrůstali moji synové. Získané výsledky interviewového šetření se pokusím citlivě generalizovat, vypožorovat trendy a následně je vztáhnout k poznatkům, které získám v teoretické části.

Cílem mé diplomové práce tedy bude zpracovat problematiku poruch chování dětí a mládeže, zmapovat jejich projevy, popsat vliv rodiny a vrstevnické skupiny, úlohu institucí ve výchově dětí a následně provést krátký průzkum mezi mládeží.

1 Poruchy chování

1.1 Vymezení poruch chování

„Chování dítěte je projevem jeho osobnosti, jeho vztahu k vnějšímu prostředí, vrstevníkům a dospělým. Cílem posuzování projevů chování není přidělení tzv. nálepky porucha chování, ale snaha projevy pochopit, uchopit a využít je k porozumění dítěti.“¹

Pro práci s dítětem je tedy klíčové posouzení, zda je jeho chování poruchové, anebo zda je jeho chování pouhým krátkodobým výkyvem přiměřeným jeho věku. Dle definice Světové zdravotnické organizace (WHO), která je publikována v rámci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, v 10. revizi, *„Poruchy chování jsou charakterizovány opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle).“²*

Je zřejmé, že tato definice musí být pouze pomocným kritériem při vlastní analýze sociálního pracovníka, nepřihlíží se v ní například k etiologii poruch chování dítěte. Zároveň díky tomu, že se jedná o mezinárodní definici, jejímž cílem je možnost globální aplikace, tak nám neposkytuje odpověď na otázku, která konkrétní chování jsou naplněním definice. Je nezbytné vztahovat chování jedince k prostředí, v kterém dítě vyrůstá. Chování dítěte, které by v našich podmínkách bylo vnímáno jako poruchové, může být totiž v jiné kultuře naprosto běžné. Domnívám se, že tato otázka v současnosti s rostoucí globální migrací nabývá na významu.

Bower v roce 1981 vytvořil stále aktuální definici charakteristik dítěte s poruchami emocí a chování, která je pro praxi lépe využitelná, i když není rozhodně přijímána bez výhrad.

„Pět charakteristik dítěte s poruchou emocí a chování dle Bowera

- 1. Neschopnost se učit – pokud ji nemůže vysvětlit intelektovými, smyslovými nebo zdravotními problémy...*
- 2. Neschopnost navazovat uspokojivé sociální vztahy s vrstevníky a s učiteli...*

¹ STÁRKOVÁ, L., a kol. Když se řekne dítě s poruchami chování. Olomouc: MMO, 2001

² SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů s platností k 1. 1. 2012, oficiální překlad Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR

3. *Nepřiměřené chování, emotivní reakce v běžných podmínkách...*
4. *Celkový výrazný pocit neštěstí a deprese.*
5. *Tendence vyvolávat somatické symptomy, jako je bolest, strach, a to ve spojení se školními problémy.*³

1.2 Klasifikace poruch chování

„V psychologické literatuře se nejčastěji se nejčastěji používá dělení na agresivní a neagresivní poruchy chování.

Ve speciální pedagogice dělíme poruchy chování z několika hledisek, z hlediska stupně společenské závažnosti dělíme poruchy chování na:

- **Disociální**

Představují krátkodobé projevy chování charakteristické pro určitá věková období (např. dětský vzor). Nevznikají patologicky, neškodí okolí a jsou většinou na hranici normy, omezitelné a odstranitelné při využití běžných pedagogických postupů.

- **Asociální**

To jsou takové projevy chování, které jsou již spojeny s patologickým obrazem, ale ještě nezpůsobují destrukci mimo osobnost postiženého. Člověk se svým chováním vyčleňuje ze svého prostředí, většinou s ním aktivně nebojuje a škodí sám sobě (např. alkoholismus). Je nutné si uvědomit, jak diskutabilním jakákoliv klasifikace, neboť je otázkou, co je bezpečné a společnost neohrožující.

- **Antisociální**

Takové projevy chování, které narušují všechny morální, sociální i právní normy. Toto chování zásadně poškozuje okolí. Přitom nositelem bývá často pozitivně prožíváno a schvalováno a bývá spojováno s prospěchem (např. loupež)⁴

Další klasifikaci poruch chování nám opět poskytuje Mezinárodní statistická klasifikace (dále jen „MKN“) nemocí a přidružených zdravotních problémů, ta vyčleňuje následující poruchy chování dětí:

³ VOJTOVÁ, V. Úvod do etopedie, Brno: Paido, 2008. ISBN: 978-80-7315-166-9; str. 55

⁴ HUTYROVÁ, M. Etopedie pro výchovné pracovníky, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN: 80-244-1190-3; str. 16

Porucha chování ve vztahu k rodině

Do této kategorie je řazeno disociální anebo agresivní chování, které je soustředěno téměř úplně nebo zcela v rámci rodiny, domácnosti.

Nesocializovaná porucha chování

Tato porucha se projevuje trvalým asociálním a agresivním chováním s výrazným pervazivním narušením vztahu k ostatním dětem. Pod tuto poruchu můžeme podřadit poruchu chování samotářského agresivního typu nebo nesocializovanou agresivní poruchu.

Socializovaná porucha chování

Při této poruše se postižený projevuje obdobně jako při nesocializované poruše chování, na rozdíl od ní se takto ale chová v rámci skupiny nebo je ve skupině poměrně dobře integrovaný. Častými poruchami této kategorie jsou prohřešky a poklesy a v rámci party, gangu či skupiny.

Opoziční vzdorovité chování

Porucha typická pro mladší děti, která se nejčastěji projevuje vzdorovitým, neposlušným a rozkladovým chováním.

Klasifikace dále obsahuje dvě zbytkové kategorie: **Jiné poruchové chování a poruchy chování nespecifikované.**⁵

Pro účely klasifikace dle MKN je nezbytné si uvědomit, že všechny typy chování se musí vyskytovat v takové míře a intenzitě, kterou žádá definice poruch chování dětí dle MSK (viz. 1.1).

Nadepsané typy klasifikací nejsou rozhodně úplným výčtem a je zřejmé, že poruchy chování dětí můžeme klasifikovat z mnoha různých pohledů. Já se ale domnívám, že klasifikování poruchy má pouze doplňující funkci při práci s dítětem. Větší význam má determinace příčin problému a ke správně zvolené léčbě spíše pomůže osobní přístup odpovědných pracovníků a okolí než škatulkování dle předpřipravených vzorců.

⁵ ²SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů s platností k 1. 1. 2012, oficiální překlad Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR

1.3 Etiologie poruch chování

Stejně jako se teorie snaží klasifikovat samotné poruchy chování dítěte, vytváří zároveň klasifikaci příčin poruch chování pro lepší diagnostiku rizikových faktorů. Studium příčin poruch chování má dvojí význam, jednak je základem pro práci s konkrétním postiženým, a jednak je výrazným zdrojem informací pro vytvoření účinných preventivních mechanismů.

„Příčiny poruch emocí a chování bývají buď v individuální, nebo v sociální rovině života dítěte. Velmi často bývají tyto roviny propojeny a rizikové faktory se tímto propojením násobí a posilují. Na rozvoji poruch emocí a chování se většinou podílejí faktory jedné i druhé roviny. Pouze velmi obtížně je lze přesně rozdělit.“⁶

Mezi rizika spojená s individualitou dítěte řadíme například v osobnostní rovině genetickou dispozici a oslabení nebo poruchu CNS. Genetická dispozice k disharmonickému vývoji s typickou odchylkou v rozvoji emočních a volních charakteristik zvyšuje výrazně riziko poruch chování. K oslabení nebo poruše CNS dochází často na prenatální anebo perinatálního poškození, důsledkem často bývá impulzivita a podrážděné chování.

V sociální rovině mezi rizika spojená s individualitou dítěte jsou nejčastěji zmiňovány tyto faktory: nejistá příslušnost k sociální skupině, nedostatečná sebeúcta a nedostatek impulzů a příležitostí k učení se způsobů interakce s ostatními.

Úspěšnost vlastních vzorců chování a reakce okolí na chování dítěte je řazeno do zkušenostní roviny rizik spojených s individualitou dítěte.

Sociální okolí dítěte a rizika v něm spojená spočívají zejména v příležitostech a v bariérách, které sociální okolí dítěti poskytuje. Na sociálním vývoji dítěte se podepisuje zejména jeho rodina, škola, a další sociální skupiny, jichž je dítě členem, typicky skupina vrstevníků.

Nejčastějšími rizikovými aspekty jsou nedostatečný nebo nevhodný vzor chování v rodině, citová deprivace dítěte a na jejich základě rostoucí sociální neobratnost a necitlivost dítěte.⁷

Hutyrová považuje za samozřejmé, že na vzniku poruch chování se podílí kombinace sociálních, biologických a psychologických jevů. Přičemž se soustředí na psychologické a sociální poruchy chování.

⁶ VOJTOVÁ, V. Úvod do etopedie, Brno: Paido, 2008. ISBN: 978-80-7315-166-9; str. 42

⁷ VOJTOVÁ, V. Úvod do etopedie, Brno: Paido, 2008. ISBN: 978-80-7315-166-9; str. 42-44

Psychologicky podmíněné poruchy chování

- „*Porucha chování je projevem **náhradního uspokojení** při ztrátě, citové deprivaci nebo jde o vyjádření potřeb, které dítě jiným způsobem ve svém prostředí vyjádřit nemůže, často jde o potřebu pozornosti a uznání. Smysl náhradního uspokojení je vždy nevědomý a děti své činy neumí často ani zdůvodnit. Mívají bohatou fantazii a současně bývají nezralé.*
- *Porucha chování jako **volání o pomoc**. K náhlým poruchám chování dochází někdy u dětí v akutní tíživé situaci, dítě bývá často i silně úzkostné a depresivní. Dítě jedná jakoby v panice a důvod činu často nezná a nedokáže ho vysvětlit, není to zaměřené na uspokojování vlastních potřeb. Bývá časté ve specifických situacích – např.. v rodině, kdy do stávající rodiny přijde nový partner rodiče.*
- *Porucha chování se vztahem k **emoční deprivaci**. Disociální chování dítěte tu nemá vztah k přímým traumatickým událostem ani emočním poruchám, ale především k dlouhodobé deprivaci dítěte v rodině nebo ústavním prostředí. Často se vyskytuje u dětí s ADHD, nebo specifickými poruchami učení.*“⁸
- *Porucha chování na **bázi disharmonického vývoje osobnosti**. „Je jistě diskutabilní, do jaké míry lze hovořit o osobnosti dítěte a jejích poruchách. Predisponujícím faktorem k disharmonickému vývoji osobnosti může být drobné organické poškození CNS a specifické poruchy učení.*“⁹

Rodinně podmíněné poruchy

- „*Rodiče nemají dostatečně osvojeny morální normy a jsou pro dítě modelem, otevřeně dávají najevo uspokojení z překračování nejenom morálních, ale i sociálních a právních norem a dítě k tomu někdy skrytě, jindy otevřeně stimuluje. Výchova v těchto rodinách bývá celkově nedůsledná a dítě nebývá trestáno za přestupek jako takový, ale jen za okolnosti s ním spojené.*“¹⁰

⁸ HUTYROVÁ, M. Etopedie pro výchovné pracovníky, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN: 80-244-1190-3; str. 14

⁹ HORT, V. in HUTYROVÁ, M. Etopedie pro výchovné pracovníky, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN: 80-244-1190-3; str. 15

¹⁰ HUTYROVÁ, M. Etopedie pro výchovné pracovníky, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN: 80-244-1190-3; str. 14-15

- „Dítě s poruchou chování jako **obětní beránek** v rodině. Porucha chování u jednotlivců i dětí pomáhá k udržování rodinné rovnováhy, lze ji vysvětlit všechny problémy v rodině bez nutnosti řešit chronické skryté konflikty a bez ohrožení sebeobrazu všech ostatních členů rodiny.“¹¹

1.4 Projevy poruch chování

1.4.1 Šikana

„Šikanu lze definovat jako násilné ponižující chování jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, který nemůže ze situace uniknout a není schopen se účinně bránit.“¹²

„Jeden nebo více spolužáků úmyslně, většinou opakovaně týrá a zotročuje spolužáka či spolužáky a používá k tomu agresi a manipulaci.“¹³

Šikana je nejčastěji se vyskytujícím agresivním projevem poruchy chování, která se objevuje nejčastěji v ustálených hierarchizovaných skupinách, např. třídách, dětských kroužcích, sportovních oddílech. Výskyt šikany je natolik běžný, že málokteré dítě si vůbec uvědomuje, že je svědkem šikany. Obětí je často člen narušující konformitu skupiny, vybočující jakýmkoli směrem ze skupiny dětí. Hlavním problémem šikany je časté bagatelizování problému a její společenská tolerance, zejména v určitých oblastech. Ani odborná veřejnost nedokáže přesně definovat šikanu. Šikana je však chování, které naplňuje kumulativně následující znaky:

- „je cílené vůči jedinci nebo skupině (oběti)
- Jeho záměrem je oběť ohrozit, ponížit či zastrašit,
- Je obvykle opakované, často dlouhodobé,
- Existuje jedinec nebo skupina, jímž přináší prospěch či uspokojení (agresor),
- Oběť se tomuto chování neumí bránit a dlouhodobě trpí.“¹⁴

¹¹ KREJČÍŘOVÁ, D., ŘÍČAN, P., a kol. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 1997. ISBN:978-80-247-1049-5; str. 169

¹² VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 798

¹³ KOLÁŘ, M. Skrytý svět šikanování ve školách. Příčiny, diagnostika a praktická pomoc. Praha. Portál, 1997. ISBN. 80-7178-123-1; str. 20

¹⁴ HUTYROVÁ, M. Etopedie pro výchovné pracovníky, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN: 80-244-1190-3; str. 26

Charakteristika aktérů¹⁵

Šikanující agresor obvykle bývá fyzicky anebo psychicky silnější jedinec s potřebou předvádět se a utvrzovat se ve své dominanci nad ostatními. Ve vztahu k ostatním je agresor podezřivý, necitlivý a bezohledný. Šikanující agresor nepocituje „špatné svědomí“, nevnímá, že se chová špatně a nepřipouští si potrestání za toto chování. To bývá způsobeno buď tím, že agresi jako vzorec chování převzal v jiné sociální skupině, často v rodině, anebo tím, že oběť nepovažuje za rovnoprávného člena skupiny. Méněcenný člen skupiny pak má v jejich očích menší práva, a tudíž se k němu chová jinak než k jiným členům skupiny. Agresor mívá často pocit, že šikanovaná oběť si svým chováním, způsobem oblékání a podobně šikanu zasloužila, vyprovokovala.

„Typy iniciátorů šikanování“

1. typ

Hrubý, primitivní, impulsivní, se silným energetickým přetlakem, kázeňskými problémy, narušeným vztahem k autoritě, někdy zapojený do gangů páchajících trestnou činností.

Vnější forma šikanování

Šikanuje masivně, tvrdě a nelítostně, vyžaduje absolutní poslušnost, používá šikanování cíleně k zastrašování ostatních.

Specifika rodinné výchovy

Častý výskyt agrese a brutality rodičů. Jako by agresori násilí vraceli nebo ho napodobovali.

2. typ

Velmi slušný, kultivovaný, narcisticky šlechtěný, sevřený, zvýšeně úzkostný, někdy se sadistickými tendencemi v sexuálním smyslu.

Vnější forma šikanování

Násilí a mučení je cílené a rafinované, děje se spíše ve skrytu, bez přítomnosti svědků.

Specifika rodinné výchovy

Časté uplatňování důsledného a náročného přístupu, někdy až vojenského drilu bez lásky.

¹⁵VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 798-800

3. typ

„Srandista“, optimistický, dobrodružný, se značnou sebedůvěrou, výmluvný, nezřídka oblíbený a vlivný.

Vnější forma šikanování

Šikanuje pro pobavení sebe i ostatních. Patrná snaha vypíchnout „humorné“ a „zábavné“ stránky.

Specifika rodinné výchovy

*Nezaznamenal jsem významnější specifika. Pouze v obecnější rovině je přítomna citová subdeprivace a absence duchovních a mravních hodnot v rovině.*¹⁶

Šikanovaná oběť je často znevýhodněná, jedná se o submisivní jedince s nízkým sebevědomím. Důvodem k šikaně se pak často stává jakákoliv odlišnost od konformní skupiny. Častým důvodem je sociální, rasový původ nebo zdravotní slabost. Oběť je i před začátkem šikany často na okraji skupiny, díky svým vlastnostem má problém navazovat a udržovat sociální vztahy. Tyto problémy se dále s šikanou stupňují. Nešikanující členové skupiny vnímají oběť před počátkem šikany jako samotáře, „divné“ dítě apod., proto se mu následně nedostane dostatečné ochrany jiných členů skupiny.

Formy šikany

Jak vyplývá z pojmových znaků šikany, může mít šikana mnoho podob, posouzení dospělého by nemělo stát na posouzení „závažnosti a míry“ chování agresora či agresorů, ale na subjektivních pocitech agresora o oběti, zejména v počátečních stádiích šikany může mít i na první pohled „neškodné“ chování pro oběť následky.

„Šikana má celou řadu variant:

- **šikanování skryté** – ostrakizace, která se projevuje sociální izolací a vyloučením oběti ze skupiny vrstevníků,
 - **šikanování zřejmé** – může mít podobu
 - fyzického násilí a ponižování
 - psychického ponižování a vydírání
 - destruktivních aktivit zaměřených na majetek oběti.
- ¹⁷

¹⁶ KOLÁŘ, M. Skrytý svět šikanování ve školách. Příčiny, diagnostika a praktická pomoc. Praha. Portál, 1997. ISBN. 80-7178-123-1; str. 55-56

Kolář rozlišuje **5 vývojových stupňů šikanování**, kdy mluví o viru, který se rozšiřuje skupinou.

První stupeň – zrod ostrakismu

Kolář upozorňuje na mylnou představu, kdy si rodiče a pedagogové často myslí, že ke zrodu šikany jsou nezbytné specifické podmínky, jako je přítomnost sadistického agresora či absence kázně. Domnívá se, že šikana může propuknout v každé skupině, šikanujícím agresorem se může stát jakýkoliv obyčejný kluk či dívka a obětí kdokoliv, kdo neobstojí při „hře se strachem“. Neoblíbení jedinci se vyskytují v každém kolektivu, tyto marginální jedinci na okraji kolektivu nejsou zbytkem přijímání a uznávání, majorita s nimi nekomunikuje a oběť se krom vyčlenění ze skupiny setkává i s prvními psychickými útoky (žerty na jeho účet apod.). Právě takováto ostrakizace je zárodečnou formou šikany a hrozí dalším negativním vývojem.

Druhý stupeň – fyzická agrese a přitvrzování manipulace

Přeměna ostrakismu do dalšího vývojového stádia probíhá nejčastěji ze tří příčin:

„1. V náročných situacích, kdy ve skupině stoupá napětí, začnou ostrakizovaní žáci instinktivně sloužit jako ventil.

2. V podmínkách, kdy žáci spolu tráví hodně času a mohou vytvářet hlubší vztahy, pro zvládnutí své nejistoty nebo „přežití“ šedivého programu nutkavě vmýšlejí a většinou rychle přitvrzují „zábavu“ na úkor nejzranitelnějšího spolužáka.

3. V jedné třídě se sejde více asociálních jedinců a v rámci své „přirozenosti“ od samého počátku používají násilí pro uspokojování svých potřeb.“¹⁸

Právě pocit moci a zážitek z týrání může u agresivních jedinců prolomit poslední zábrany, agresor začne své chování opakovat a vyhledávat. Pro kolektiv je obzvláště nebezpečné, pakliže se agresorem stane vůdce nebo „hvězda“ třídy. Naopak problém může až zcela zastavit silné jádro třídy, jak se většina k šikaně postaví, jestli ji toleruje nebo se za oběť postaví.

Třetí stupeň (klíčový moment) – vytvoření jádra

Jestliže dojde k propuknutí druhého stupně a skupina se agresorům nepostaví, stane se šikana běžnou součástí skupiny. Skupina agresorů se organizuje, vytváří se hierarchie, kde

¹⁷ HUTYROVÁ, M. Etopedie pro výchovné pracovníky, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN: 80-244-1190-3; str. 26

¹⁸ ¹⁸ KOLÁŘ, M. Skrytý svět šikanování ve školách. Příčiny, diagnostika a praktická pomoc. Praha. Portál, 1997. ISBN. 80-7178-123-1; str. 37

nahoře se nacházejí agresori a na spodku řetězce oběti. V tomto okamžiku rozhodují podskupiny a kliky v kolektivu, pakliže se skupina agresorů trvale prosadí na vrcholu, přecházíme ke čtvrtému stádiu.

Čtvrtý stupeň- většina přijímá normy agresorů

Normy agresorů jsou většinově přijímány. Chování agresorů se stává vzorem, osobnost do této doby mírných jedinců ustupuje a ti podřizují své chování osobnosti agresora. Sami se aktivně podílejí na šikaně a zažívají obdobné uspokojení jako agresor. Často se stávají agresory jedinci, kteří se obávají, že když se nepřipojí, tak se stanou sami obětí.

Pátý stupeň – totalita neboli dokonalá šikana

Zhoubný proces šikany bez radikální pomoci zvenčí obvykle nezadržitelně ústí do posledního stádia. Normy agresorů jsou kompletně přijaty, skupina se dělí na dvě kasty – šikanující a oběti. Absolutní moc nad oběťmi utvrzuje v agresorech pocit nadřazenosti. Čím déle toto stádium trvá, tím více se systém šikany prohlubuje a rozšiřuje. Otroci se stále více podřizují, v mylné představě, že se konformnějším chováním vyhnou týrání.¹⁹

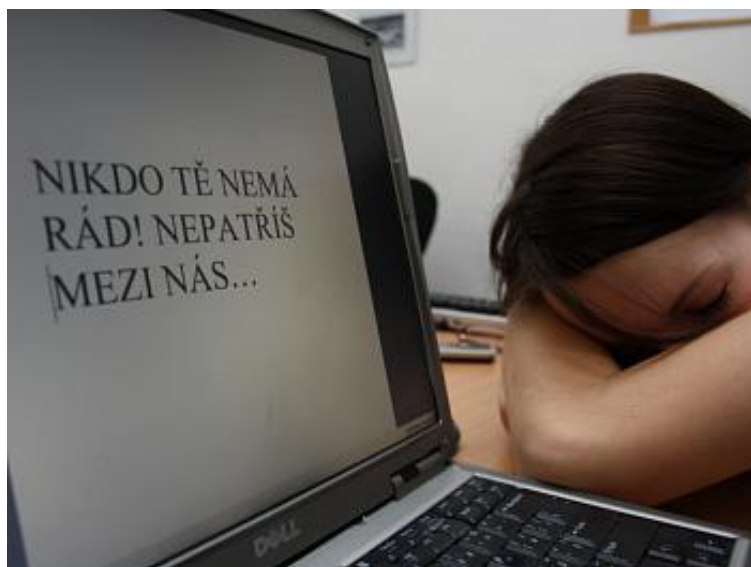
Kyberšikana

S rozvojem moderních technologií a zejména s jejich rozšířením mezi dětmi se objevuje nový druh šikany – kyberšikana. Do kyberšikany dnes řadíme dvě hlavní kategorie, první je zaznamenávání klasické šikany na technologická zařízení a jejich následná šíření, toto je zvláště stresující, o jejich „ponížení“ se totiž dozvídají další lidé. Druhou je samotné šikanování prostřednictvím moderních technologií, např. vytváření internetových stránek s tematickým obsahem zaměřeným na šikanu konkrétního jedince

Kyberšikaně je v poslední době věnováno mnoho prostoru v masmédiích, jedná se společensky velmi diskutované téma vzhledem k několika odstrašujícím případům sebevraždy dětí a mladistvých. V českých médiích se zároveň objevila videa ze základních škol a odborných učilišť, kde se obětí kyberšikany stali učitelé, kteří bývají často nejprve vyprovokováni žáky a posléze jsou jejich reakce natáčeny a zneužívány.

¹⁹ KOLÁŘ, M. Skrytý svět šikanování ve školách. Příčiny, diagnostika a praktická pomoc. Praha. Portál, 1997. ISBN. 80-7178-123-1; str. 31-37

Obrázek 1- Ilustrativní obrázek Kyberšikana



Zdroj: http://nd04.jxs.cz/805/464/84d23b24c1_67676793_o2.jpg autor neznámý

„Termínem kyberšikana (cyberbullying) označujeme nebezpečné komunikační jevy realizované prostřednictvím informačních a komunikačních technologií (např. pomocí mobilních telefonů nebo služeb v rámci internetu), jež mají za následek ublížení nebo jiné poškození oběti. Toto ublížení či poškození může být jak záměrem útočníka, tak důsledkem např. nevhodného vtipu, nedorozumění mezi obětí a útočníkem, nedomyšlením důsledků jednání ze strany útočníka atd. Oběť je poškozována opakovaně, ať útočníkem či osobami, které se do kyberšikany zapojují později.“²⁰

„Aspekty napomáhající šíření kyberšikany“

- *Pro útočníka je takový útok snadný.*
- *Chování lidí ve virtuálním prostředí.*
- *Velké množství lidí ve virtuálním světě.*
- *Rychlý rozvoj technologií a nedostatečná prevence.*
- *Posun hranic ve vzájemné interakci.“²¹*

1.4.2 Lhaní

Lhaní je neagresivní poruchou chování a „lze chápat jako jeden ze způsobů úniku z osobně nepříjemné situace, kterou dítě nedovede vyřešit jinak.“²²

²⁰ KREJČÍ, V. E-Bezpečí, 2010. Online na <http://www.e-bezpeci.cz>

²¹ KREJČÍ, V. Kyberšikana-kybernetická šikana (studie), Olomouc, 2010. ISBN:978-80-7791-5; str. 5

„Lež samo o sobě mívá charakter zapírání – školních známek, poznámek, průšvihů. Dítě zapírá ve strachu před trestem, který sice není z hlediska dospělého nijak přísný, ale pro dítě je zahanbující, zraňující, ponižující. Nutné je mít při posuzování lhaní na zřeteli také vývojové hledisko – u předškolních dětí splývá svět reálný a fantazijní.“²³

Rozlišujeme tzv. **pravou lež**, kdy dítě lže záměrně a s vědomím nepravosti sdělení, aby se vyhnulo trestu nebo získalo povětšinou neoprávněný prospěch. Jedná se o obranný mechanismus, dítě je schopné odlišit pravdu od lži a je si vědomo, že lhát se nemá. Oproti tomu **bájevá lhavost** je projevem touhy dítěte uspokojit své potřeby, které dítě není schopno saturovat jinak, dítě buď nedokáže rozlišit realitu a imaginární svět, anebo si nedokáže pomoci. V případech, kdy sklony k lhavosti přetrvávají anebo se stupňují s vývojem dítěte, můžeme hovořit o **patologické lhavosti**, ta bývá jedním ze symptomů disociální poruchy osobnosti²⁴

Pro hodnocení, zda je lhaní projevem poruchy je důležité soustředit se především na **frekvenci a účel lhaní**. Lhaní bývá vnímáno jako prostředek obrany a ochrany před autoritami v ohrožení, děti ho nevnímají jako závažné porušení norem. Domnívám se, že každé dítě si v běžném životě občas „vypomůže“ lží. Pakliže tedy frekvence lží nepřekročí únosnou mez, jedná se o běžný jev. Z hlediska účelu lži je třeba se zaměřit na lhaní, jehož cílem je poškodit jiné anebo získat neoprávněný prospěch.²⁵

1.4.3 Krádeže

„Krádež lze chápat jako porušení normy respektu k vlastnictví jiné osoby, omezení jednoho z práv druhého člověka nebo společnosti. Je charakteristické záměrností tohoto jednání.“²⁶

²²VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 792

²³HUTYROVÁ, M. Etopedie pro výchovné pracovníky, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN: 80-244-1190-3; str. 21

²⁴VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 792

²⁵Srovnej: VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 792

²⁶VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 795

„Opět musíme mít na zřeteli vývojové hledisko. O krádeži můžeme mluvit jedině tehdy, pokud dítě chápe pojem vlastnictví a je schopno akceptovat normu chování, která vymezuje odlišný vztah k vlastním a k cizím věcem. Může se také objevit vliv odlišného hodnotového systému určité sociální vrstvy nebo etnika.“²⁷

Z hlediska závažnosti této poruchy chování dítěte je nezbytné determinovat způsob provedení krádeže. Pakliže krádež provede dítě mladšího věku **v impulzivní reakci**, neplánovaně a příležitostně, nejedná se o závažnou poruchu. Pakliže je ale **krádež předem plánovaná**, jedná se o závažnější poruchu chování, ta bývá často spojená i s jinými poruchami. Nejzávažnější jsou **krádeže v rámci skupiny**, gangu, kdy je dítě podporováno ostatními členy, a krádeže se stávají normou.

Dítě krade pro sebe. Nejčastěji dítě uspokojuje své potřeby, které nemůže uspokojit jinak nebo ze svého zejména rodinného okolí odpozorovalo tento způsob uspokojování potřeb. Zvláštní otázkou je krádež jako kompenzace citové deprivace, kdy se děti snaží hromadit majetek. Závažnější problémy značí, jestliže dítě krade (ničí cizí věci), aby uškodilo ostatním, nikoliv z potřeby.

Dítě krade pro druhé. Příčinou tohoto typu krádeží bývá často touha začlenit se do kolektivu a zavděčit se lídrům kolektivu. Dítě se snaží získat přátele a uznání v kolektivu. Krádeže se tak typicky neuskutečňují v rámci kolektivu, ale v jiném prostředí např. doma nebo v obchodě. Dítě může být ke krádežím i nuceno, jedná se o jeden ze závažnějších projevů šikany.

Dítě krade, aby demonstrovalo své kompetence. Oproti krádeži pro druhé dítě si dítě ukradené předměty nechává, ale motivace je stejná, dítě chce získat uznání vrstevníků, nikoliv však majetkovými hodnotami, ale samotným činem.

Dítě či mladistvý krade s partou nebo pro partu. Krádeže jsou dány normami party, ta je hodnotí jako žádoucí nebo povinnou aktivitu. Členové, kteří se odmítají krádeží zúčastnit, jsou trestáni nebo vyloučeni. Asociální chování se fixuje jako norma, běžné normy jsou potlačeny.²⁸

Hutyrová dále zmiňuje **patologické kradení, kleptomanii**, tato vzácná porucha se projevuje neodolatelnou touhou postiženého krást cizí věci, krádeže nejsou motivovány

²⁷ HUTYROVÁ, M. Etopedie pro výchovné pracovníky, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN: 80-244-1190-3; str. 22

²⁸ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 795-797

majetkovým prospěchem a často jsou odcizovány bezcenné, neužitečné, věci. **Čachrování** se projevuje v různých formách vyměňování, směňování, obchodování a půjčování, které bývá spojeno s drobnými podvody a krádežemi.²⁹

1.4.4 Záškoláctví, útěky, toulání

„Obecným znakem záškoláctví, útěků a toulání je tendence odněkud utíkat, útek lze interpretovat jako jednu z variant obranného, únikového jednání. Dítě řeší svůj problém útekem z prostředí, které je ohrožuje nebo je pro ně jinak nepřijatelné.“³⁰

Záškoláctví bývá spojeno s negativním postojem dítěte ke škole, dítě nepřijalo formu a normy vzdělávání. Jako u jiných poruch je nezbytné zkoumat četnost tohoto jednání, promyšlenost a způsob provedení. Záškoláctví je třeba odlišit od vyhýbání se škole u dětí se separační úzkostí nebo se školní fobií. Významné je zkoumat i motivaci záškoláctví, pečlivým prozkoumáním okolností se může odhalit závažnější problém, který k záškoláctví vedl, např. šikana nebo problémy v rodině dítěte.

Útěky bývají signálem, že dítě má v rámci rodiny problémy, je znakem toho, že rodina neplní své základní funkce. Rozlišujeme tyto základní formy útěků:

- **Reaktivní, impulzivní útěky** – jedná se o obrannou reakci, útek je signálem zoufalství, dítě se zpravidla hodlá vrátit, ale má pocit, že není schopno čelit svým potížím.
- **Chronické útěky** – bývají připravené, dítě se nechce vrátit. Často mají děti cíl, kam utíkají. Tyto útěky jsou znakem nefunkční rodiny, děti bývají deprivované, týrané anebo zneužívané.
- **Útěky z ústavních zařízení** – jsou reakcí na nově vzniklou situaci, omezení svobody a vytržení ze stávajícího zázemí, dítě se často vrací do původního prostředí, rodiny či party.³¹

²⁹ HUTYROVÁ, M. Etopedie pro výchovné pracovníky, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN: 80-244-1190-3; str. 23

³⁰ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 794

³¹ HUTYROVÁ, M. Etopedie pro výchovné pracovníky, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN: 80-244-1190-3; str. 24

„Toulání je charakteristické dlouhodobým opuštěním domova, které většinou navazuje na útoky. Je výrazem nedostatečné citové vazby k lidem a k zázemí, jež bývá natolik dysfunkční, že na něm dítěti nezáleží, nebo je dokonce odmítá.“³²

Při záškoláctví, útěcích a toulání „jde většinou o sekundární poruchy chování a nelze je napravovat jinak než s primárními poruchami.“³³

1.4.5 Zneužívání návykových látek

„Závislost zpravidla přivádí postiženého člověka do tělesné, psychické a sociální bída a vede často k předčasné smrti...ničí důstojnost, protože narušuje sebeúctu a rozvrací akceptování takového člověka sociální sítí.“³⁴

Důsledky užívání psychoaktivních látek

„Jako psychoaktivní označujeme látky, které mohou měnit psychický stav, obvykle subjektivně žádoucím způsobem. Důsledkem jejich užívání může být:

- ***Akutní intoxikace** jako přechodná změna fyziologických i psychických funkcí, která může mít až charakter poruchy.*
- ***Zneužívání** (abúzus). Psychické nebo somatické změny, resp. Poškození, která vznikají v důsledku obvykle dlouhodobého užívání této látky. Konzumaci látky, která má podobné účinky, lze označit jako **sebepoškozující chování**.*
- ***Závislost** na užívání psychoaktivní látky. Míra závislosti označuje pravděpodobnost jejího zneužívání, to znamená, že závislý člověk bude danou látku užívat bez ohledu na její negativní důsledky pro své zdraví. Závislost je **onemocněním**, které postupně vede k narušení tělesných, psychických i sociálních funkcí.“³⁵*

Syndrom závislosti

„Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických vztahů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené

³² VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 794

³³ HUTYROVÁ, M. Etopedie pro výchovné pracovníky, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN: 80-244-1190-3; str. 25

³⁴ Rahn a Mahnkopf in VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 547

³⁵ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 548

*ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opoidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*³⁶

Typy závislostí na psychosomatických látkách

Somatická závislost je definována jako stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou psychoaktivní látku, bývá doprovázená rostoucí tolerancí organismu na látku, a tudíž dochází k potřebě zvyšování dávek psychoaktivní látky. Somatická závislost se projevuje **abstinenčním syndromem**.

Psychická závislost se projevuje obtížně přemožitelnou touhou vzít si drogu, nemocný si neumí představit situaci bez drogy, mívá pocit, že bez užití substance by se jeho stav zhoršil. Projevuje se často jako neklidnost, úzkost či podrážděnost.³⁷

Abstinenční syndrom neboli odvykací stav

*„Skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykáním psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání. Nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají stav k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užitá bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání. Odvykací stav může být komplikován křečemi.*³⁸

U určitých typů psychoaktivních látek a od určité míry závislosti může být odvykací stav doprovázen deliriem, například delirium tremens alkoholového původu.

„Etiologicky nespecifikovaný organický cerebrální syndrom, charakterizovaný současnými poruchami vědomí a pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, psychosomatického chování, emocí a spánkového rytmu. Trvání je různě dlouhé a stupeň těžkosti od lehčího po značně těžký.“

³⁶ SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů s platností k 1. 1. 2012, oficiální překlad Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR

³⁷ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 549

³⁸ SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů s platností k 1. 1. 2012, oficiální překlad Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR

Příčiny vzniku závislosti

„Závislost na užívání psychoaktivní látky je multifaktoriálně podmíněnou poruchou, na jejím vzniku se mohou podílet somatické a psychické vlastnosti jedince i vlivy vnějšího prostředí, především sociálního.“³⁹

„Příčiny alkoholismu a drogové závislosti jsou velmi komplexní. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti.“⁴⁰

Složení psychoaktivní látky

Pro vznik závislosti na psychoaktivní látce je klíčové zkoumání chemického složení látky a jejich působení na lidský organismus, rozlišujeme poté látky, které vyvolávají závislost u kohokoliv neohledně na jeho psychické a biologické vlastnosti, zejména se jedná o tvrdé drogy. Druhou skupinou jsou látky, které vyvolávají závislost pouze u určitých jedinců, či na vlastnostech jedinců závisí míra rychlosti vzniku závislosti.

Genetické dispozice

„Genetické dispozice jsou považovány za etiologicky významný faktor, který může zvýšit tendenci užívat psychoaktivní látku. Není ovšem jednoznačně určeno, zda jde o komplex specifických genetických informací, podmiňujících např. vznik poruchy osobnosti a s tím související potřebu nadměrného vzrušení, nebo o dědičně podmíněnou produkci určitého mediátoru, resp. Změnu jeho receptorů či enzymu, který se podílí na zpracování psychoaktivní látky (v případě alkoholu to je alkoholová dehydrogenáza).“⁴¹

Oproti tomu jedinou prokazatelně ověřenou genetickou souvislostí je zvýšená tolerance alkoholu u potomků rodičů – alkoholiků. Ta se projevuje od prvního užití alkoholu a nesmí být považována za pozitivní faktor. Takto geneticky vybavený jedinec konzumuje vyšší množství alkoholu než ostatní, pakliže chce dosáhnout stejného výsledku, to často vede k jeho sdružování s těmi, kteří konzumují také vyšší množství.⁴²

³⁹ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 550

⁴⁰ KUDRLE, S. in KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 1, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN: 80-86734-05-6; str. 91

⁴¹ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 550

⁴² ROYCE, E. J. Alcohol Problems and Alcoholism. The Free Press, New York, 1989.

Biologický základ

Biologickým základem vzniku závislosti na droze je určitý způsob jejího zpracování v organismu. Na zpracování této látky se podílí v mozku **kortikolimbický dopaminergní systém CNS**. Uživatel psychoaktivní látky si vytváří pozitivní systém zpětné vazby na užití látky, hovoříme o systému odměn. Trvalé užívání psychoaktivních substancí dochází v CNS ke změnám prakticky na všech úrovních od neurálních systémů až po submolekulární jednotky – rozvíjí se tzv. **adaptační změny**. Důsledkem adaptačních změn bývá pokles účinnosti látky, touha po jejím užití ale neklesá.⁴³

Psychologické faktory

Psychologická etiologie vzniku závislosti na psychoaktivních látkách mluví souhrnem o šesti základních nabídkách, kterými různé druhy drog disponují:

Dosažení větší kontroly, moci nad sebou či nad druhými, droga většinou nabízí uživateli tři hlavní odměny: poznání, moc a sex. V první fázi užívání se drogy stávají jakýmsi všelékem na problémy, postupně ale roste neschopnost uživatele žít nezávisle, neochota strach z volby. Droga tak prohlubuje problémy, kterým se jejím původním užitím snažil postižený vyhnout.

Urychlení a zkvalitnění vlastního vývoje. Zvláště v historii, např. v 60. letech, panoval pocit, že „drogy otevírají a stimulují mysl“. Dnes je však jasné, že užitím drog nedochází k posunu ve vývoji.

Zbavení se nepříjemného stavu. Drogy odjakživa působily dobrodiní v podobě odstranění pocitu bolesti a v tomto smyslu jsou lékem. Toto chemické řešení psychosociálních krizí je ale pouze částečným řešením problému, které reaguje na následky nikoli příčinu problému. Často se stává aplikace psychoaktivních látek za tímto účelem zdrojem závislosti, postižený tak řeší stále více svých problémů, ty se však hromadí a přibývá další – závislost.

Vyvolávání slasti, příjemného stavu, zintenzivnění smyslových zážitků, jedinec používá drogu na prohloubení slasti, postupem času se stává více otupělý a k navození

⁴³ FIŠEROVÁ, M. in KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 1, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN: 80-86734-05-6; str. 96-106

příjemného stavu je odkázán pouze na drogu, stavy slasti jsou pak střídány strastí při nedostatku drogy.

Usnadnění přizpůsobení. Jedinec začíná užívat drogu ze sociálních důvodů, užíváním psychoaktivní substance se snaží začlenit do kolektivu uživatelů. Často si drogu začíná aplikovat, i když je si vědom rizik a sám by drogu nikdy neužil.

Součást asociálního životního stylu, snížená dostupnost drog, jejich okrajové vnímání a obecný zákaz jejich užívání vede k vyloučení člena ze společnosti, jedinec se poté často utvrzuje ve své „jedinečnosti“ a drogy jsou plnou součástí jeho životního stylu.⁴⁴

Tendence k určitému způsobu prožívání, uvažování a reagování vede ke zvýšené pravděpodobnosti užití nějaké psychoaktivní látky, a tím zákonitě ke zvýšení pravděpodobnosti vzniku závislosti:

Emoční prožívání, pro které je typický nedostatek vnitřní pohody, zvýšená dráždivost a labilita, častý prožitek psychického napětí, úzkosti a deprese, spolu s pocitem generalizovaného neuspokojení.

Způsob uvažování a hodnocení situace, ke zneužívání drog mají tendence lidé s problematickým vyhodnocováním situací, neschopni adekvátně posuzovat sebe sama a své okolí. Mívají nízké sebevědomí, problémy se sebehodnocením a nereálná očekávání do budoucnosti.

Tendence k určitému způsobu chování, závislí lidé mívají sklony k impulzivnímu, nezdrženlivému způsobu chování, trpí nedostatečnou sebekontrolou. To je jeden z důvodů, proč bývají adolescenti rizikovou skupinou, obecně totiž mívají sklony právě ke zkratkovitým a rizikovým reakcím.

Osobnostní vlastnosti. Zvýšené riziko vzniku závislosti se vyskytuje u lidí, kteří pocítují vnitřní nepohodu, jsou labilní a nejsou schopni zvládat stresové situace. Zároveň mají tendence ke vzniku závislostí i lidé, kteří vyhledávají nové vzrušující zážitky a podněty.⁴⁵

⁴⁴ FROUZOVÁ, M. in KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 1, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN: 80-86734-05-6; str. 124-126

Sociální faktory

Mezi typické sociální faktory řadíme:

- společnost,
- městské prostředí,
- rodinu,
- sociální skupinu,
- nižší úroveň vzdělání,
- sociální deprivaci.⁴⁶

Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti⁴⁷

Na otázku zda existuje rodinné schéma, ze kterého vycházejí drogově závislí jedinci, bylo provedeno mnoho různých šetření. Jejich výstupem, ale není jednotný model takové rodiny. Je dokázáno, že se drogově závislí mohou stát děti z různě velkých, fungujících, zabezpečených, úplných i neúplných rodin. V současnosti ale rozlišujeme několik opakujících se faktorů, právě zatížení takovými faktory zvyšuje pravděpodobnost vzniku závislosti.

Nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte. Chování dítěte se vytváří v souladu s očekáváními a reakcemi, zpětnou vazbou, rodičů. Problematickou se ve zpětných pozorováních jeví zejména určitá lhostejnost a nedostatečná pozornost k výkonům dítěte. Jedná se o jak pozitivní reakce na jeho úspěchy, tak o nedostatečnou podporu, či naopak kritikou, při neúspěších a selháních dítěte.

Narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem. Nejčastěji frekventovanou strukturou rodinných vztahů, při níž dochází k problémům s návykovými látkami, jsou nadměrně ochraňující a pečující matka, v kontrastu s necitlivým, slabým či nepřítomným otcem. Vztahy mezi otcem a dítětem bývají chladné, negativní, konfliktní či prázdné.

Chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi. V moderní době dochází k záměnám v rámci rodinných struktur, nejsou pevně stanovené role, povinnosti a

⁴⁵ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 552-3

⁴⁶ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 554

⁴⁷ HAJNÝ, M. in KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 1, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN: 80-86734-05-6; str. 140-142

odpovědnost. Dítě, které vyrůstá v takto chaotických podmínkách a nejistotě, má problémy začlenit se následně v hierarchii jiných sociálních vztahů. Extrémním narušením mezigeneračních hranic je poté sexuální zneužívání či incest, dítě si z něho často odnáší celoživotní trauma, které vede k problémům se sebeúctou, sebevražedným sklonům či závislosti.

Skryté, nedostatečné naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině. Dítě mívá často problém orientovat se v rodinných vztazích, kdy dochází k nadměrnému, často agresivnímu vyjadřování zlosti, vzteku apod.. Toto chování může vyvolat pocit ohrožení a úzkostné stavy. Druhým jevem je potlačování těchto emocí, ty nejsou vyjadřovány explicitně, „bublají“ pod povrchem a projevují se vzrůstajícím tlakem v rodině. Dítěti později drogy mohou nabídnout útěk z této neutěšené situace.

Jeden či více závislých členů rodiny. Závislost jiného člena rodiny, nejčastěji rodiče, je nesporným faktorem pro vznik závislosti. Pravděpodobnost vzniku závislosti bývá přímo úměrná tomu, jak závislost člena rodiny ovlivňuje běžný chod domácnosti a její rituály. Paradoxní je, že na systém fungující rodiny může mít vliv i abstinující rodič, který se dosud rodině příliš nevěnoval a rodina fungovala „jemu navzdory“, psychické vztahy související s abstinencí mohou narušit rovnováhu rodinných vztahů.

Klasifikace závislosti ve vztahu k rodinnému prostředí

Klasifikace Cancriho (1985) dává do souvislosti typ závislosti a rodinnou strukturu.

Závislost traumatického typu je obvykle náhlou reakcí na trauma, ztrátu, konflikt či pocit úzkosti, zlosti a paniky. Rodinnými faktory jsou zneužívání, úmrtí, nezvládnutý odchod jednoho z rodičů, násilí apod..

Neurotická závislost se vyvíjí v rodině s nahromaděným napětím, neřešenými vztahovými problémy, problematickými mezigeneračními vztahy a strukturami, partnerskými obtížemi rodičů, vztahy rodičů k „dobrému“ a „špatnému dítěti“.

Přechodová závislost se vyskytuje u jedinců nestálostí v osobních vztazích, epizodickými úniky do fantazijního světa apod.. V rodinách se často vyskytuje nezhojené,

neléčené, trauma. Členové rodiny mohou tíhnout ke specifickým životním stylům a zájmům, např. sekty, esoterické vědy.

U **Sociopatické závislosti** je charakteristické, že závislý prošel rodinou s lhostejnými vztahy, násilím či kriminalitou. Často se vyskytuje u jedinců, kteří vyrůstali ve výchovných ústavech. Závislost není jediným problémem, ani hlavním problémem, pouze dokresluje poruchové chování jedince.⁴⁸

Stupně závislosti jedinců⁴⁹

Kalina uvádí, že ve společnosti rozlišujeme několik skupin lidí z pohledu jejich vztahu k drogám a možnosti přístupu k těmto látkám a typu zneužívání psychoaktivních látek.

Obecná populace nemá bezprostřední styk s drogově závislými ve svém okolí, nemá přístup k drogám. Tato skupina je hlavním cílem obecné primární prevence.

Rizikové skupiny a jednotlivci, označení skupiny a jednotlivců, kteří naplňují určité specifické znaky, které považujeme za rizikové. U skupin se zaměřujeme především na specifické etnické, sociální či zájmové skupiny, u jednotlivců naopak na individuality se specifickými biologickými a psychologickými vlastnostmi. **V souvislosti s užíváním drog můžeme označit celou kategorii 13-18 let jako rizikovou.** Rizikové skupiny a jednotlivci jsou cílem specifické primární prevence.

Experimentátoři je označení skupiny uživatelů drog, kteří drogy tzv. zkouší, typická je jednorázová aplikace a experimentování s různými druhy drog. „*Impulzem k tomu, aby dospívající zkusil drogu, může být nuda, zvědavost, potřeba něčeho nového, vzrušujícího a pokud možno tabuizovaného, protože takto si lze dokázat svou nezávislost na autoritách.*“⁵⁰

Příležitostní a rekreační uživatelé. Užívání drogy je u této skupiny součástí běžného života a životního stylu, ale není častější než jednou týdně. Je typické pro marihuanu a tzv.

⁴⁸ CANCRINI, L., CONSTANTINI, D., MAZONNI, S., CINGOLANI, S., COMPAGNONI, F. Juvenile drug addiction. A study on typology of addicts and their families. Walden House, San Francisco: Proceedings of 9th World Conference of Therapeutic Communities, 1985, str. 59-68

⁴⁹ KALINA, K. in KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 1, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN: 80-86734-05-6; str. 115

⁵⁰ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 562

párty drogy (LSD, extáze). „*Droga v této fázi vyvolává žádoucí pocity uvolněnosti, štěstí, sebejistoty, zvyšuje pocity kompetentnosti, umožňuje dosáhnout potřebnou míru aktivizace. Zbavuje člověka úzkosti, strachu a nejistoty.*“⁵¹

Pravidelní uživatelé. Pro pravidelnost užívání je typická konzumace drog častěji než 1x týdně. Drogová závislost má vliv na životní styl uživatele a prokazatelně mu škodí. Droga bývá potřebná k navození „normálního stavu“. Projevují se příznaky odvykacího syndromu. Uživatel často trpí iluzí kontroly, neuvědomuje si svůj problém a jeho rozvoj nebo mu není sám schopen čelit.

Závislí jedinci naplňují znaky syndromu závislosti, „*s postupující závislostí se zvyšuje lhostejnost k čemukoli, co se netýká drog. Závislý člověk ztrácí motivaci, mění se jeho hodnoty. Už se nesnaží svůj návyk skrývat.*“⁵² Vágnerová dále vyčleňuje terminální fázi závislosti, drogy narušily všechny sociální vztahy uživatele, jeho psychické i somatické zdraví. Závislý se pohybuje pouze v rámci uživatelské subkultury a není schopen běžných lidských činností. Dochází k úpadku jeho osobnosti. Jedinou motivací člověka je získání další dávky, potřeba je tak silná, že porušuje veškeré normy.⁵³

Děti, mládí a drogy

Pro práci s dětmi a mladistvými je klíčové uvědomit si, že se nejedná o okrajovou skupinu, skupina 15-19 letých je přibližně 50% skupinou s nejčastějším výskytem vzniku závislosti. Na druhou stranu děti do 15 se nenacházejí v tak dramatické situaci, i když ani závislost u této věkové skupiny není ničím výjimečná, zejména s dostupností legálních drog (alkohol, tabák) či obecnou popularizací konopí mezi mládeží. Obecně také platí, že čím mladší organismus je droze vystaven, tím rychleji dochází ke vzniku závislosti.

Adolescenti jsou problematickou skupinou z pohledu závislostí z několika důvodů. Adolescent právě prošel (mnohdy problematickou) pubertou, kdy může dojít k narušení dosavadních sociálních a rodinných vazeb, mnoho dětí ve věku puberty trpí sníženou sebedůvěrou. Adolescent opouští svou dětskou roli, už není odkázán na pomoc a péči rodičů, ale stává se samostatným, jeho role v rodině se významně mění. Adolescent se může cítit

⁵¹ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 562

⁵² VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 563

⁵³ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 563

opuštěn, bývá frustrován neúspěchy, kterým musí poprvé v životě čelit sám. Ve světle nově vzniklých situací hledá nový smysl života i nové sociální vztahy, kterými nahrazuje, doplňuje, původní vztahy. V neposlední řadě se adolescent stává dostatečně ekonomicky silný a nezávislý, může si dovolit občasné dávky psychoaktivních látek.

U dětí mladších 15 let je drogová závislost v naprosté většině případů projevem dysfunkční rodiny, případně institucí, jež ji nahrazují. To se projevuje problematicky při léčení závislosti, kdy dítě zpravidla nemá dostatečnou podporu rodičů nebo k nim nepocituje, na základě svých předešlých zkušeností, odpovídající důvěru. V nefunkční rodině se také může drogový problém déle skrývat, v této situaci je nezbytná úloha školy. Navíc není dítě mladší patnácti let dostatečně samostatné, není schopno uvědomit si závažnost své situace, čelit jí, nebo poskytnout dostatečnou součinnost při péči.⁵⁴

Stručná charakteristika vybraných typů návykových látek

Drogy můžeme členit z mnoha různých pohledů, nejčastěji se setkáváme s dělením na drogy **legální a nelegální**, které se liší normativním přístupem k výrobě, šíření a užívání těchto látek. Druhým používaným členěním je rozdělení na **měkké a tvrdé drogy**, kritériem je zde objektivní schopnost drogy vyvolat závislost. Nezbytné je si ale uvědomit, že na vzniku závislosti se podílí i jiné faktory než chemické vlastnosti látek, například biologické vlastnosti jedinců, na určité typy jedinců tak může mít určitá měkká droga horší účinky než podle objektivních měřítek droga tvrdší. Nehledě na to, že nikdo nemůže vědět, který druh drogy, chemické reakce, se může v jeho organismu stát spouštěčem závažnějších poruch.

Alkohol⁵⁵

Alkohol (chemicky etylalkohol, etanol $C_2H_5 - OH$) vzniká kvašením a destilací sacharidů. Alkohol je historicky nejvyužívanější a i dnes nejrozšířenější druhem drogy. Alkohol je rozšířen takřka po celém světě a na celém světě je drogou legální (výjimkou jsou různé náboženské kultury, typicky vyznavači islámu nepijí alkohol/pítí v noci). V historii bylo schváleno mnoho prohibičních zákonů, ale nikde se nesetkaly s úspěchem. V České republice je konzumace alkoholu velmi rozšířená a společensky tolerovaná. Češi tak dosahují v celosvětových statistikách první příčky v množství zkonsumovaného alkoholu, a obdobné úspěšnosti“ i ve statistikách problémových uživatelů.

⁵⁴ Srovnej BROŽA, J. in KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 2, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN: 80-86734-05-6; str. 232-238

⁵⁵ Srovnej POPOV, P. in KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 1, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN: 80-86734-05-6; str. 151-8

Problematické užívání alkoholu neboli alkoholismus, je od roku 1951 Světovou zdravotnickou organizací považováno za zdravotnický problém. Problematické užívání se pak dělí do dvou základních skupin. První skupinou jsou poruchy způsobené přímým účinkem alkoholu na CNS, a to bezprostředním i chronickým. Druhou skupinou jsou problémy vznikající s abusem alkoholu, které mohou vyústit v závislost. Ta může vyústit ve tři hlavní problémy: abstinenční syndrom, abstinenční syndrom s deliriem a alkoholovou psychózu a halucinózu.

Jellinek v roce 1940 vytvořil dnes již klasickou typologii abusu alkoholu, tzv. Jellinekova typologie (verze z roku 1960):

- **Typ alfa (problémové pití):** pití se stává sebemedikací při pocitech tenze, úzkosti, depresivních pocitů. Typické je pití o samotě.
- **Typ beta (společenské pití):** příležitostné pití jako sociokulturní fenomén, pití při společenských událostech, charakteristické je somatické poškození.
- **Typ gama (anglosaský typ, preference piva a destilátů):** progresivně rostoucí závislost na alkoholu, postupné zvyšování tolerance, poruchy kontroly pití a výrazná psychická závislost.
- **Typ delta (románský typ, preference vína):** chronická (až denní) konzumace alkoholu, bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly, postupně budovaná silná somatická závislost.
- **Typ ypsilon (kvartální pijáctví):** období abstinence jsou střídána záchvaty závislosti, nepříliš častá forma závislosti, může být provázena afektivním chováním.⁵⁶

Dodnes se prosazuje také Jellinekovo vymezení 4 fází vývoje vzniku závislosti na alkoholu vymezené v roce 1952.

- **Fáze občasné konzumace.** Alkohol je konzumován v rámci společnosti, často jako projev konformity, problémem se stává, pakliže se jedinec stane členem skupiny, kde je pití alkoholu normou. Zároveň je rizikové zařizování zkušenosti pití alkoholu jako dočasného řešení problémů.
- **Fáze prodromální, varovná.** Jedinec se naučil využívat alkohol k řešení problémů, pozvednutí sebevědomí apod. Postupně stoupá tolerance alkoholu, a tím roste velikost dávek. Jedinec si začne uvědomovat svou potřebu alkoholu, může ztrácet kontrolu.

⁵⁶ SKÁLA, J. a spol. Závislost na alkoholu a jiných látkách. Praha: Avicenum, 1987

- **Fáze kritická.** Stoupá tolerance k alkoholu a míra konzumace. Jedinec se přestává kontrolovat své pití a regulovat své chování. Stal se plně závislým, je psychicky i somaticky odkázaný na alkohol, dochází k popírání problému, nechce si závislost přiznat a není si již schopen sám pomoci. V této fázi dochází k narušení sociálních vazeb a alkohol zcela ovládá život závislého.
- **Fáze terminální.** V důsledku trvalého poškození zdraví člověka, zejména jater, dochází ke snižování tolerance alkoholu. Závislý pije nepřetržitě. Trvale je narušeno jeho psychické i somatické zdraví, vzrůstá počet sociálních konfliktů, ty vedou k sociální izolaci. Tato fáze bývá nazývána fází bezmocnosti, závislý si uvědomuje svůj stav, ale není sám schopen si pomoci. Problémy se vyskytují, když pije i nepije.⁵⁷

Opoidy a Opiáty⁵⁸

„Do skupiny opoidů patří opium, morfin, a jejich syntetické deriváty, např. heroin a metadon.“⁵⁹

Opoidy působí na organismus prostřednictvím opoidních receptorů. Mechanismus účinku je dán vazbou látky na opoidní receptory, které se vyskytují v celém CNS. Zjednodušeně se receptory vyskytují v několika typech a podílejí se na analgetickém působení, vedou k euforii, sedaci, útlumu dechového centra, podílejí se na analgezii, dysforii.

Mezi **somatické účinky** opoidů patří **povšechně tlumivý účinek na CNS** (útlum dýchacího centra, tlumí centrum kašle, působí stažení zornice a centrálně snižuje tělesnou teplotu), dále v krevním oběhu způsobuje **zpomalení frekvence srdeční činnosti a pokles krevního tlaku**. V trávicím traktu působí **silné zácpy**, v minulosti byly opoidy používány i jako léky na zácpu. Opoidy působí také v **urogenitálním systému** a způsobují **svědění kůže** (případy škrábání kůže i v bezvědomí).

Projevy užívání

Projevem intoxikace opoidem jsou zklidnění a příjemná euforie, můžou ale vyvolat i nevolnost, dysforii či zvracení. Opoidy jsou typické rychle vznikající a vysokou tolerancí.

⁵⁷ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 556-7

⁵⁸ Srovnej MINAŘÍK, J. in KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 1, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN: 80-86734-05-6; str. 159-162

⁵⁹ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 565

Pakliže dochází k **akutní intoxikaci**, prvními příznaky jsou nevolnost, svědění, pocit horka, povrchní dýchání až zástava dechu. Při **chronickém abusu** jsou postiženy charakterové vlastnosti (lenost, depresivní stavy, ztráta vůle, libida a potence). Z tělesného hlediska se projevuje nespavost, vyčerpání organismu, nezdravé hubnutí, časté jsou také infekce spojené s nesterilními aplikacemi drogy. Závislost má samozřejmě nepříznivý vliv také na sociální vazby uživatele drogy.

Opoidy a opiáty mají vysoký potenciál pro vznik závislosti somatického typu, ta se plně rozvíjí během několika týdnů. Spolu se závislostí se rozvíjí tolerance na drogu, pravidelní uživatelé několikanásobně překračují smrtelnou dávku pro prvouživatele. Síle závislosti odpovídají příznaky odvykacího stavu, objevují se problémy zažívacího traktu, nespavost, neklid, pocení, zvýšené teploty, třesy. Při odvykání může dojít i ke kolapsu organismu s následkem smrti.

Stimulancia⁶⁰

„Stimulancia zvyšují bdělost, zrychlují tepovou frekvenci i metabolismus, mívají anorektický účinek. Proto jsou často zneužívána jako doping lidmi, kteří potřebují zlepšit nebo prodloužit bdělost, pozornost a tím i výkonnost.“⁶¹

Typickými zástupci této skupiny jsou pervitin (metamfetamin), amfetamin a kokain. U nás nejrozšířenější drogou této skupiny je pervitin, celosvětově je pak velmi užívaný kokain.

Psychostimulancia mohou u uživatelů vyvolat pocity akutní úzkosti, vzrůst trémy, přecení vlastních schopností. Po odeznění se dostavuje takzvaný dojezd, kdy je tělo vyčerpané, energii doplňuje mnohdy i několikadenním spánkem střídaným fázemi vlčího hadu. Dlouhodobým užíváním závislý ohrožuje své tělesné zdraví, zvyšuje se riziko výskytu srdečních a mozkových příhod, dalším rizikem jsou dramatické úbytky na váze způsobené přetížením organismu a s tím spojené zdravotní komplikace.

Při dlouhodobém užívání psychostimulancií, krom vzniku závislosti, dochází i **toxické psychóze**. Ta se projevuje paranoidně – halucinatorním syndromem, toxická psychóza se rozvíjí pomalu, její syndromy se rozvíjí. Závislému se zhoršuje nálada, stupňují se paranoidní stavy a rozvíjejí se zrakové, sluchové i taktilní halucinace.

⁶⁰ Srovnej MINAŘÍK, J. in KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 1, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN: 80-86734-05-6; str. 159-162

⁶¹ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 566

Závislost na stimulantech je výhradně psychická, i když se tedy odvykání neprojevuje somaticky, může být mnohem obtížnější je překonat. Při somatické závislosti dochází k odvykání biologickými procesy a po odvyknutí nepociťuje závislý jedinec touhu vrátit se k droze. Při psychické závislosti se projevuje **craving**, neboli touha, dychtění, po droze. Při psychické závislosti pak bývá práce se závislým při odvykání dlouhodobého rázu.

Halucinogenní drogy⁶²

Rozeznáváme tři základní typy halucinogenních drog:

- **Přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub** (např. mezkalin, durman, psilocybin)
- **Přírodní halucinogenní drogy živočišného původu** (např. bufetin)
- **Semisyntetické a syntetické halucinogenní drogy** (např. LSD nebo andělský prach)
- **V českých podmínkách je užíváno nejčastěji LSD a psilocybin**, který se vyskytuje v lysohlávkách u nás rostoucích a populární hub.

Halucinogenní drogy způsobují změnu vnímání, obvykle jde o vizuální halucinace, pocity depersonalizace a derealizace. Navozují stavy excitace a změny nálady, ty se však mohou projevit jak pozitivně pocitem euforie, tak negativně ataky úzkosti, panickými reakcemi a depresivními stavy.⁶³

Při užívání halucinogenních drog nedochází k závislosti tak, jak ji známe u drog ostatních. Největší riziko představuje neznalost množství aktivní látky v konkrétní dávce, při předávkování dochází k tzv. bad tripu, kdy se vyskytují depresivní, úzkostné a paranoidní stavy, které jsou prohlubovány halucinacemi.

U disponovaných jedinců mohou halucinogenní drogy způsobit srdeční komplikace. Z psychického hlediska se může užívání halucinogenních drog stát spouštěčem duševních onemocnění nebo může projevit a prohloubit latentní duševní onemocnění. Časté jsou také flashbacky, stav kdy se projevují účinky drog i když není uživatel aktuálně intoxikován. Ty se přisuzují uvolňování látek, které se uložily v organismu.

⁶² Srovnej MIOVSKY, M. in KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 1, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN: 80-86734-05-6; str. 169-171

⁶³ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 567

Konopné drogy⁶⁴

Mezi konopné drogy řadíme marihuanu a hašiš a asi bychom nenašli drogu, které je u české mládeže více oblíbená. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) uvádí krom jiných statistik, že ve skupině 15-16 letých mělo v roce 2007 zkušenost s konopnou drogou 45% respondentů⁶⁵, což nás řadí suverénně na první místo evropských tabulek. Krom toho je užívání marihuany obecně mladými tolerováno a v určitých subkulturách takřka denním rituálem či nutností. Mladiství považují „kouření marihuany“ za naprosto neškodné a bez následků. Šíření drogy napomáhá také její snadné vypěstování, „rostlinku či dvě“ pro vlastní potřebu si dnes může vypěstovat prakticky každý, na českém trhu také existuje několik specializovaných obchodů, zaměřených na prodej doplňků k pěstování konopí.

Intoxikace konopnými drogami se projevuje nejprve pocitem hladu, suchem v ústech, uživatel pociťuje také chlad. Častým efektem je deformace vnímání času, krátké okamžiky se zdají být dlouhé i několik hodin, objevují se i deformace vnímání prostoru a zrakové, sluchové či hmatové iluze. Obecně je intoxikace doprovázena pocitem euforie a dobré nálady, typickým projevem jsou záchvaty dlouhého nekontrolovatelného smíchu. Na druhou stranu může docházet k pocitům nevolnosti až zvracení, při bad tripu se ojediněle mohou vyskytnout depresivní rozlady, panické a úzkostné stavy nebo agresivní chování.

Zhruba u 10 procent dlouhodobých uživatelů dochází ke vzniku psychické závislosti, častěji se projevuje tzv. amotivační syndrom. Amotivační syndrom není jednotně definován, jeho znaky jsou poruchy kognitivních funkcí, jedná se o zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti soustředění.

Těkavé látky; organická rozpouštědla

„Organická rozpouštědla (např. toluen, trichloretylen, benzin) jsou značně toxická, jejich užívání tedy lze považovat za velice nebezpečné. Jsou velmi levná, snadno dostupná, proto je zneužívají hlavně děti a dospívající. Inhalování rozpouštědel vyvolává apatii, ospalost, zhoršení pozornosti, paměti, zpomalení myšlení, poruchy motorické koordinace (artikulace, jemné i hrubé motoriky) a nepřiměřené emoční reakce. Je zde značné riziko poškození zdraví a smrti. Chronické užívání se projeví závažnými somatickými (poškození

⁶⁴ Srovnej MIOVSKY, M. in KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 1, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN: 80-86734-05-6; str. 174-177

⁶⁵ EMCDDA: ESPAD 2007 school surveys prevalence of cannabis use among students 15-16 years; dostupné online na <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/eyetab21a>

CNS, dýchacích cest, jater) i psychickými poruchami. Ty jsou důsledkem organického poškození mozku, zvyšuje se sklon k podrážděnosti a afektivní labilitě, typické je poškození pozornosti, paměti, řeči a myšlení, objevují se poruchy vědomí a celkové orientace, v krajním případě dochází k demenci. ... Závislost je psychického charakteru, biologická závislost se nevytváří.“⁶⁶

Tabák a závislost na tabáku⁶⁷

Tabákový kouř obsahuje 4 – 5 tisíc složek, pouze jedna z nich je návyková, jedná se o toxický rostlinný alkaloid **nikotin**. Tabák je dnes celosvětově rozšířenou drogou, moderním trendem je šíření tabákových výrobků v rozvojích zemích, v západním světě spotřeba tabákových výrobků stagnuje.

I přes celkový pokles počtu kuřáků u nás, se stále pohybuje počet kuřáků mezi 15–18 rokem života na úrovni 40–50%, tento stav je zajímavý zejména s ohledem na fakt, že u nás v obyvatelstvu nad 15 let kouří přibližně 30% obyvatelstva. To je alarmující s ohledem na to, že dle zákona nemají mít osoby mladší 18 let možnost získat tabákové výrobky.

Tabáková epidemie a vzestup kuřáctví začala s masivním rozšířením cigaret v období od první světové války až do roku 1950. Kolem roku 1950 jsou zveřejňovány první komplexní studie spojující rakovinu plic a jiná nádorová onemocnění s kouřením tabáku.

Akutní účinky tabákových výrobků nejsou podstatné, jedná se o lokální podráždění sliznic, nauzeu, bolest hlavy, průjem. Tyto problémy málokoho, zejména ze sociálních důvodů, odradí od kouření, na tyto příznaky navíc rychle vzniká tolerance.

Tabák způsobuje nejprve **psychosociální závislost**, při dlouhotrvajícím užívání tabáku může vznikat i slabá somatická závislost. K abstinčním syndromům závislosti na tabákových výrobcích patří carving (touha po dávce), nervozita, deprese, podrážděnost, nesoustředěnost, poruchy spánku, únava.

Dramatický vliv má dlouhodobé užívání tabákových výrobků na somatické zdraví, je prokázáno, že každého druhého kuřáka kouření zabije. Kuřáci umírají v průměru o deset let dříve, jejich celkový zdravotní stav je horší, jsou náchylnější ke vzniku různých chorob. Psychická závislost často kuřáky nutí neuvědomovat si následky, zlehčovat své vzrůstající zdravotní problémy a jejich příčinu nespojovat se svou závislostí na kouření.

⁶⁶ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3; str. 567-8

⁶⁷ Srovnej KRÁLÍKOVÁ, E. in KALINA, K. a kol. Drogové závislosti mezioborový přístup 1, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN: 80-86734-05-6; str. 205-208

2 Rodina

„Rodina odedávna a především existuje proto, aby lidé mohli náležitě pečovat o své děti. Kromě toho, že je rodina biologicky významná pro udržení lidstva, je také základní jednotkou každé lidské společnosti. Reprodukují člověka nejen jako živočicha, zprostředkují mu vrůstání do jeho kultury a společnosti.“⁶⁸

Rodina je instituce provázející lidstvo od samého počátku jeho existence, prošla mnohým vývojem a i dnes se ve světě vyskytuje nespočet různých modelů rodin, které jsou převážně determinovány kulturním prostředím.

V historii a i v dnešní době vzniklo a vzniká mnoho definic rodiny, na rodinu můžeme pohlížet z historického, právního, biologického, psychologického, sociologického, pedagogického či ekonomického pohledu. Všeobsažná definice rodiny tedy doposud nevznikla, je potřeba tedy užívat definici oboru nejbližšího pro účely naší potřeby. Ve své práci jsem se rozhodla oprostít od výčtu historických a oborových definic. Pojem rodiny naopak pro účely své práce explikuji na jejím historickém vývoji a vlastnostech.

2.1 Kulturní historie rodiny

Pravěk

O sociálním a rodinném životě pravěkých lidí se můžeme pouze dohadovat z archeologických výzkumů a zároveň ze studia primitivních kmenů, které v odlehlých částech světa s minimálním kontaktem s jinými kulturami zůstaly jako memento doby minulé. I v pravěku byla společnost organizována, kmeny byly tvořeny na základě rodinných klanů, v rámci kmene poté existovali jednotlivé rodiny a současně dělení na lovce a nelovce. V popředí společnosti stála žena díky rození dětí a péče o ně, hovoříme o matriarchátu. S dalším rozvojem společnosti, pokročilou dělbou práce a zejména s rostoucí interakcí mezi kmeny (války o území a majetek), se do společenského popředí dostává mužský ochranný a vojenský princip. Ten v naší společnosti přetrvává až do dnes.⁶⁹

Starověké Řecko a Řím

Ve starověkém Řecku je společnost nejprve organizována na rodovém přístupu, kdy široké rodiny tvoří jeden rod. S postupným rozvojem společnosti a vznikem nerodových

⁶⁸ MATOUŠEK, O. Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ, 2003. ISBN: 80-86429-19-9; str. 9

⁶⁹ MATOUŠEK, O. Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ, 2003. ISBN: 80-86429-19-9; str. 23-25

státních útvarů, městských polis, upadá rodová kultura. Řecká společnost je patriarchální, muži jsou hlavami rodiny a mají více práv, pouze mužům svědčí dědické právo, jsou vzdělávání, mají právo na konkubíny, právo zavrhnout své dítě pro vady apod. Na druhou stranu řecká společnost protěžovala rodinný systém, kdy dlouho svobodní muži byli vystaveni veřejným sankcím a opovržení.

Římská společnost je tradičně silně patriarchální, otec rodiny, *pater familias*, vlastnil práva nad všemi členy své domácnosti (manželka, děti, manželky synů, vnuci...) a nad veškerým majetkem rodiny. Měl například i právo usmrtit své děti.⁷⁰

Středověk

Středověká společnost je poznamenána křesťanstvím, které má monopol na vzdělání a výchovu, společnost se na dlouhou dobu stává rigidní a proces emancipace žen je zastaven. Faktory rodinného života jsou ovlivněny ve značné míře stavem rodiny a prostředím (šlechta, měšťanstvo, rolníci). Sňatky jsou převážně smlouvané rodiči často z ekonomických důvodů.⁷¹

Evropský novověk

Spolu se změnou ekonomického charakteru společnosti dochází ke změnám demografickým a sociologickým. Roste úloha ženy ve společnosti, ta získává přístup ke vzdělání a zároveň se od ní očekává stejná práce jako od muže. Rozvíjí se také emancipační proces v rámci duchu francouzské revoluce, kdy rovnost mezi pohlavími před zákonem a ve společnosti je jedním ze sekundárních cílů, proces emancipace trvá a nebyl ukončen dodnes.

Z hlediska demografie dochází i díky oslabení vlivu křesťanství k pozdějšímu uzavírání manželství, menšímu počtu dětí, zvýšení rozvodovosti, vznik neformálních rodin – tyto jevy se stupňují dodnes, až dochází k tzv. Krizi rodiny⁷².

2.2 Funkce rodiny⁷³

Funkce rodiny se mění ve vztahu se společenskými změnami a proměnou kulturních faktorů, které ovlivňují postavení rodiny i vztahy uvnitř rodiny. Můžeme je chápat jako úkoly, které by rodina měla plnit vůči sobě samé i vůči společnosti. Mezi základní funkce rodiny

⁷⁰ MATOUŠEK, O. Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ, 2003. ISBN: 80-86429-19-9; str. 25-29

⁷¹ MATOUŠEK, O. Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ, 2003. ISBN: 80-86429-19-9; str. 29-32

⁷² MATOUŠEK, O. Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ, 2003. ISBN: 80-86429-19-9; str. 32-35

⁷³ Srovnaj STŘELEČ, S., MARÁDOVÁ, E., MARHOUNOVÁ, E., ŘEHULKA, J. Kapitoly z rodinné výchovy. Praha. Fortuna, 1992. ISBN: 80-85298-84-8

řadím funkci biologickou, materiální, výchovnou a emociální. V literatuře můžeme objevit i další typy funkcí např. statusovou, náboženskou, ochrannou nebo obnovující.

2.2.1 Funkce biologická (reprodukční)

Reprodukční funkce rodiny je funkcí základní. Ze základního pohledu se jedná o naplnění sexuálního a rodičovského instinktu rodičů, který je vnímán jako základ rodiny vůbec. Současně je cílem reprodukce navýšit (či udržet) početnost populace, čímž je sledován ekonomický rozvoj populace.

2.2.2 Funkce materiální (ekonomická)

Před vznikem sociální společnosti a státu měla rodina klíčový význam při materiálním zajištění jejích slabších členů na ekonomické síle silnějších, docházelo tak k přerozdělování statků v rámci rodiny.

Z hlediska hospodářského má ekonomická funkce rodiny dvě strany. Za prvé se jedná o získávání prostředků k zajištění obživy a hmotného zabezpečení rodiny, zejména materiálních podmínek pro zdravý a plnohodnotný vývoj dětí. Z druhého pohledu je rodina nezbytná součást makroekonomického koloběhu, na trhu poskytuje své schopnosti a čas, získává prostředky a ty dále utrácí za statky.

2.2.3 Funkce výchovná (socializační)

Člověk je živočich, u kterého se na výchově mládeže podílejí rodiče nejdéle ze všech živočichů.⁷⁴ Cílem výchovy je pak vývoj dítěte v plně samostatného a platného člena společnosti. Rodina má zcela zásadní vliv zejména při socializaci dítěte. Dítě, které na počátku svého života, kdy tráví většinu svého času v rodině, přejímá její vzorce chování, postoje ke světu, blízkému okolí sobě samému. Rozhodující úloha ve výchově dětí je tak společností svěřena do rukou jeho rodičů, rodiny. Obecná pravidla výchovy dětí jsou pak vymezena v zákoně č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění:

„§31

(1) Rodičovská zodpovědnost je souhrn práv a povinností

- a) při péči o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj,*
- b) při zastupování nezletilého dítěte,*

⁷⁴ MATOUŠEK, O. Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ, 2003. ISBN: 80-86429-19-9; str. 66

c) *při správě jeho mění.*“⁷⁵

„§32

1 *Rozhodující úlohu ve výchově dětí mají rodiče.*

2 *Rodiče mají být osobním životem a chováním příkladem svým dětem.*“⁷⁶

Situace, za kterých může být rodičovská zodpovědnost pozastavena, omezena nebo jí může být rodič zbaven, popisuje zákon o rodině a jeho prováděcí předpisy.

2.2.4 Funkce emociální (psychosociální)

Jedinečná funkce rodiny, v níž nemůže být její role uspokojivě zastoupena. Pakliže je rodina v této oblasti dysfunkční, je rodinné prostředí pro dítě zraňující a často dochází k poruchám chování podmíněných právě citovou deprivací v dětství. Mezi základní potřeby, které by měla rodina uspokojovat je podpora, pomoc, přijetí, společných rituálů, společných plánů a další.

K úplnému naplnění těchto potřeb je nezbytná přítomnost kompletní rodiny, neúplná rodina není schopna plně odpovídat na potřeby dítěte. Přítomnost pouze jednoho rodiče je pro dítě emociálně i sociálně škodlivá a vyvolává následky.

2.3 Pásma funkčnosti rodiny⁷⁷

Dunovský uvádí, že to zda a jak rodina naplňuje své funkce, je třeba analyzovat jako komplex jejích vztahů a interakcí, nikoli pouze pozorováním jejích jednotlivých členů. Poruchová rodina je rodina, kde jeden nebo více členů není schopen zabezpečit základní rodinné funkce, a to z objektivních i subjektivních příčin.

Dunovský dále definoval ve své praxi čtyři pásma funkčnosti rodiny:

1. Funkční rodina

Zhruba 85% rodin ve společnosti je schopno zajistit svým dětem zdravý a dobrý vývoj.

⁷⁵ ZÁKON č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění.

⁷⁶ ZÁKON č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění.

⁷⁷ DUNOVSKÝ, J. Dítě a poruchy rodiny. Praha. Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1986. ISBN: 80-246-0139-7.

2. Problémová rodina

V problémové rodině se vyskytuje porucha jedné nebo více funkcí rodiny, není však ohrožen rodinný systém ani vývoj dítěte. Rodina je sama nebo s drobnou pomocí schopna problém vyřešit.

3. Dysfunkční rodina

Dunovský uvádí, že takováto rodina má poruchu více funkcí, je ohrožen zdravý vývoj dítěte nebo celý rodinný systém. Rodina si v takovém případě již není schopna sama pomoci a zásah zvenčí je tedy nezbytný. V určitých případech je pro odborné pracovníky nutné zaměřit se místo na sanaci rodinných vztahů na ochranu dítěte.

4. Afunkční rodina

Rodina, která selhává ve všech svých funkcích a její sanace už není proveditelná. Z pohledu dítěte je nezbytné jeho odebrání a výchova v jiném prostředí.

2.4 Typy dysfunkčních rodin

Etiologii nefunkčnosti rodiny se věnuje ve svém díle Trpišovská, považuje za něj především typ a způsob výchovy dítěte. Ve svém díle pak člení následující typy nefunkčních rodin:

- **Nezralá rodina** – Mladá rodina s nechtěným dítětem. Dítě vnímáno jako omezení svobody rodičů, mladí rodiče nemají dostatek životních zkušeností, ustálené životní hodnoty, v oblasti citů bývají afektivní. Mladá dvojice může svůj vztah „ustálit“ a vytvořit vhodné prostředí, nebo naopak může počáteční nezralost přerůst ve stálou vztahovou krizi.
- **Přetížená rodina** – Zdrojem přetížení mohou být např. konflikty, narození dalšího dítěte, starosti způsobené nemocí či ekonomickými problémy. To zda je bude rodina těmito problémy přetížena, záleží na jejím charakteru, určitá situace může jednu rodinu přetížit a druhá se s ní snadno vyrovná.
- **Ambiciózní rodina** – V této rodině dítě vyrůstá ve vhodných, mimořádných, podmínkách, zároveň ale od něj ale rodiče předem očekávají naplnění předem stanovených cílů. Dochází k poruše emocionální rodiny, kdy dítě nepociťuje lásku. Dítě neumí často vyjádřit, co mu schází, a rodiče si neuvědomují, že by mu mohlo něco chybět.

- **Perfekcionistická rodina** – Na dítě je vyvíjen abnormální tlak na úspěch, musí být vždy lepší než jiné děti. Dítě je neustále pod tlakem, často jeho schopnosti neodpovídají očekávaným výsledkům. Časem vzniká krize vztahu mezi dítětem a rodiči.
- **Autoritářská rodina** – V rodině je pevný řád, dítě musí poslouchat a plnit příkazy rodičů, každé „provinění“ je přísně až nepřiměřeně trestáno. Tresty bývají psychického i fyzického charakteru.
- **Rozmazlující rodina** – Dítě je „vůdcem“ rodiny, všechny rodinné vztahy jsou podřízeny dítěti, to má vždy pravdu, musí mu být vyhověno apod. Rodiče obviňují okolí ze zasednutí na dítě v případě neúspěchu, nebo s ním naopak „spolutrčí“. V určitých typech protekcionářských rodin se dítě stává diktátorem, kterému je absolutně vše podřízeno.
- **Liberální a improvizující rodina** – Dítě nemá ze strany rodičů stanovená pravidla, jemu dána přemíra volnosti. Případné problémy jsou pak podceňovány a neřeší se včas.
- **Odkládající rodina** – Rodina, která v případě problémů či krizí svěřuje své dítě dočasně do výchovy někomu jinému (rodičům, známým), dítě nemá pocit stálého prostředí, má pocit, že nezapadá, a že nikam nepatří.
- **Disociovaná rodina** – V tomto typu rodiny jsou narušeny základní vztahy, které podmiňují její funkčnost. Narušeny mohou vnitřní (alkoholismus, týrání dětí) vnější (izolace, konflikty s okolím) vztahy rodiny.⁷⁸

⁷⁸ TRPIŠOVSKÁ, D. a kol. Kapitoly ze sociální psychologie. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2000. ISBN: 80-7044-304-9.

3 Vliv vrstevnických skupin

„Ať už bohužel nebo bohudík, rodina nemá na socializaci svých dětí monopol. Stupně k dospělosti jsou také stupni k autonomii od rodičovského vlivu, a vlivy odjinud vstoupí do dětského světa velmi záhy.“⁷⁹

3.1 Typologie skupin

- a) **Malé a velké skupiny.** Malá skupina se od liší tím, zda se její členové setkávají všichni tváří tvář, měřítkem je tedy bezprostřední kontakt členů. Malá skupina nemůže přesahovat 20-40 členů.
- b) **Primární a sekundární skupiny.** Dělení skupin dle povahy vztahu, u intimních typů vztahů, kdy je vztah ke skupině a jejím členům osobní, hovoříme o primárních skupinách. U sekundárních skupin mají členové mezi sebou vztah založený pouze na příslušnosti ke stejné skupině.
- c) **Formální a neformální skupiny.** Ve formálních skupinách je pevně daná hierarchie, vzájemná práva a povinnosti členů pevně zakotveny.
- d) **Členské a referenční skupiny.** Členské skupiny je jedinec součástí, zatímco k referenční se řadí na základě svých názorů, postojů či hodnotami.
- e) **OPT-OUT a OPT-IN skupin.** Subjektivní pohled jedince, zda je členem skupiny nebo stojí vně.
- f) Existují i další druhy dělení například dle exkluzivity, způsobu nabývání členství.⁸⁰

3.2 Vrstevnická skupina

Vrstevnické skupiny umožňují mladistvému jedinci získat zkušenosti v interakci a komunikaci s osobami, které mu nejsou nadřazeny tak jako rodiče, učitelé, či další dospělí. V rámci vrstevnické skupiny se mladistvý jedinec učí komunikovat s osobami, které mají jiný názor, učí se prosazovat vlastní názor, ale také ho v případě nutnosti korigovat, učí se řešit konflikty, diskutovat, vyjednávat, hledat kompromis, ale také se bránit a mnohdy se vyrovnávat s nespravedlností a nezdarem.⁸¹

⁷⁹ MOŽNÝ, I. Sociologie rodiny. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ, 2002, ISBN: 80-86429-05-9; srt. 144

⁸⁰ KELLER, J., Úvod do sociologie. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ, 2002. ISBN: 80-88249-39-3; str. 188-189

⁸¹ ČÁP, J., MAREŠ, J. Psychologie pro učitele. Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-463-x.

Pro vývoj jedince je nezbytné do jaké skupiny se skutečně zařadí a do jaké skupiny touží být zařazen. Volba skupiny, ke které dítě touží patřit, bývá často determinována rodinou, z funkční rodiny nemá potřebu zařazovat se do skupin, s rizikovým nebo poruchovým chováním. Z hlediska poruch chování jsou pak rizikové ty vrstevnické skupiny, které mohou dítě svádět k poruchovým projevům.

Dítě se často poruchovým projevem snaží do takovéto skupiny zařadit, či je tento projev nezbytný k udržení jeho příslušnosti ke skupině. V určitých subkulturách je poruchové chování charakteristickým znakem, například užívání měkkých drog nebo vandalismus. V určitých případech může dítě subjektivně cítit tlak skupiny chovat se určitým způsobem, i když reálně na něj tento nátlak nikdo nevyvíjí.

4 Výchovné a poradenské instituce v období povinné školní docházky, sociálně právní ochrana dětí

4.1 Škola a poradenská centra

Škola je po rodině a vrstevnické skupině nejdůležitější institucí v procesu socializace jedince. Školní prostředí má zásadní vliv na vývoj dítěte zejména v období povinné školní docházky.

„§36

(1) *Školní docházka je povinná po dobu devíti školních roků, nejvýše však do konce školního roku, v němž žák dosáhne sedmnáctého roku věku.*

(3) *Povinná školní docházka začíná počátkem školního roku, který následuje po dni, kdy dítě dosáhne šestého roku věku, pokud mu není povolen odklad. Dítě, které dosáhne šestého roku věku v době od září do konce června příslušného roku, může být přijato k plnění povinné školní docházky již v tomto školním roce, je-li přiměřeně tělesně i duševně vyspělé a požádá-li o to jeho zákonný zástupce....“⁸²*

V případě rizikového vývoje dítěte nebo při projevech poruch chování, by měla být škola první institucí, která na problém upozorní a s dítětem a jeho rodinnou ho začne řešit. Ve škole jsou odpovídající poradenské služby zaměřené na prevenci školní neúspěšnosti, primární prevenci sociálně patologických jevů, kariérové poradenství, odbornou pomoc při integraci a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, péči o vzdělání nadaných žáků, průběžnou a metodickou péči o žáky s neprospěchem, metodickou podporu učitelům.⁸³

„§2 ÚČEL PORADENTSKÝCH SLUŽEB

Účelem poradenských služeb je přispívat zejména k

- a) *vytváření vhodných podmínek pro zdravý tělesný a psychický vývoj žáků, pro jejich sociální vývoj, pro rozvoj jejich osobnosti před zahájením vzdělávání a v průběhu vzdělávání,*

⁸² ZÁKON č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, v platném znění.

⁸³ VYHLÁŠKA 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, v platném znění, §7

- b) *naplňování vzdělávacích potřeb a rozvíjení schopností, dovedností a zájmů před zahájením a v průběhu vzdělávání,*
- c) *prevenci a řešení výukových a výchovných obtíží, projevů různých forem rizikového chování, které předchází vzniku sociálně patologických jevů a dalších problémů souvisejících se vzděláváním a s motivací k překonávání problémových situací,*
- d) *vytváření vhodných podmínek pro vzdělávání žáků se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním,*
- e) *vytváření vhodných podmínek, forem a způsobů práce pro žáky, kteří jsou příslušníky jiných kultur nebo etnických skupin,*
- f) *vytváření vhodných podmínek, forem a způsobů práce pro žáky nadané a mimořádně nadané,*
- g) *vhodné volbě vzdělávací cesty a pozdějšího uplatnění*
- h) *rozvíjení pedagogicko-psychologických a speciálně pedagogických znalostí a profesních dovedností pedagogických pracovníků ve školách a školských zařízeních,*
- i) *zmírňování důsledků zdravotního postižení, zdravotního znevýhodnění a sociálního znevýhodnění a prevence jejich vzniku.*⁸⁴

Pedagogickým pracovníkům vykonávajícím pedagogicko-psychologickou činnost ve školách jsou dále, v případě vážnějších problémů k dispozici **pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra, které jsou ve smyslu této vyhlášky poradenskými centry.**

4.2 Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy

Ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy musí být zajištěno právo každého dítěte na výchovu a vzdělání. Dítěti musí být vytvářeny podmínky pro zdravý a harmonický vývoj a rozvoj jeho osobnosti.

Školskými zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy jsou:

- a) diagnostický ústav,
- b) dětský domov,
- c) dětský domov se školou,
- d) výchovný ústav.⁸⁵

⁸⁴ VYHLÁŠKA 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, v platném znění

⁸⁵ ZÁKON č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, v platném znění

4.2.1 Diagnostický ústav

Dětský diagnostický ústav je internátní výchovné zařízení, které z pedagogicko-psychologického hlediska komplexně vyšetřuje děti od 3 let věku do ukončení povinné školní docházky. Děti jsou do diagnostických ústavů umísťovány na základě rozhodnutí soudu o ústavní nebo ochranné výchovy. Dále pak na základě předběžného opatření soudu nebo žádosti zákonných zástupců dítěte. Vlastní pobyt dítěte včetně komplexního vyšetření pak trvá zpravidla 2 měsíce, poté bývá dítě umístěno do zařízení náhradní rodinné péče. Většina diagnostických ústavů nabízí i ambulantní péči.

4.2.2 Dětský domov se školou

Do dětského domova se školou jsou zpravidla umísťovány děti s diagnostikovanou poruchou chování a s nařízenou ústavní výchovou, jimž byla uložena ochranná výchova nebo předběžné opatření. Na rozdíl od diagnostického ústavu zde probíhá péče dlouhodobě, často v rodinných skupinách. Cílem je náhradní rodinná výchova a reedukace dětí. Ve vlastní škole učí speciálně vyškolení pedagogové s větším ohledem na individuální potřeby dětí. V takových to zařízeních se krom vychovatelů a pedagogů vyskytují i psychologové a etopedi.

4.2.3 Výchovný ústav

Výchovné ústavy jsou primárně určeny pro mladistvé od 15 do 18 let s diagnostikovanými poruchy chování, zpravidla se závažnějšími poruchami chování a emocí. Do výchovných ústavů opět přicházejí děti se soudem nařízenou ústavní léčbou, uloženou ochranou léčbou anebo s uloženým předběžným opatřením. Účelem zařízení je předcházet vzniku a rozvoji negativních projevů v chování dítěte a zmírňovat příčiny a důsledky vzniklých poruch chování. Dále je cílem vytvoření bezpečného prostředí pro nápravu a předcházení rizikového chování a situací, dbá se na rozvoj vědomostí a návyků, dítěti je umožněno uspokojení citových, materiálních i speciálních potřeb.

4.3 Školská zařízení pro preventivně výchovnou péči

Školským zařízením pro preventivně výchovnou péči je středisko výchovné péče (dále jen „středisko“), „*středisko poskytuje všestrannou preventivní speciálně pedagogickou péči a psychologickou pomoc dětem s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a dětem propuštěným z ústavní výchovy při jejich integraci do společnosti. Tato péče je zaměřena na odstranění či zmírnění již vzniklých poruch chování a na prevenci*

vzniku dalších vážnějších výchovných poruch a negativních jevů v sociálním vývoji dětí, pokud u nich nenastal důvod k nařízení ústavní výchovy nebo uložení ochranné výchovy.“⁸⁶

Středisko poskytuje konzultace a odborné informace školním a předškolním zařízením v oblasti výchovy a vzdělávání. Úzce spolupracuje s pedagogicko-psychologickými poradnami a speciálně pedagogickými centry.

4.4 Odbor sociálně právní ochrany dětí

Sociálně-právní ochranou dětí můžeme rozumět:

- a) ochranu práv dětí a jejich příznivý vývoj a řádnou výchovu,**
- b) ochranu oprávněných zájmů dětí, včetně ochrany jejich majetku,**
- c) působení směřující k obnovení narušených rodin.**

Cílem sociálně právní ochrany dětí jsou pak děti, jejichž rodiče zemřeli nebo neplní a zneužívají práva a povinnosti vznikající z rodičovské zodpovědnosti. Dále děti, které byly svěřeny do péče jiné osoby než rodiče, pokud tato osoba neplní své povinnosti, které vedou zahálčivý a nemravný život, které se opakovaně dopouští útěků nebo děti, na nichž byl spáchán trestný čin nebo je podezření ze spáchání takového činu. Kumulativní podmínkou dlouhodobé působení nepříznivých okolností takové intenzity, že mohou porušovat zdravý vývoj dítěte.⁸⁷

⁸⁶ ZÁKON č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, v platném znění, §17

⁸⁷ ZÁKON č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, v platném znění

5 Praktický výzkum

„Výzkum je systematický způsob řešení problémů, kterým se rozšiřují hranice vědomostí lidstva. Výzkumem se potvrzují či vyvracejí dosavadní poznatky, anebo se získávají nové poznatky.“⁸⁸

Ve výzkumu se řeší buď jeden, nebo více zpravidla spolu souvisejících problémů. Řešení vědeckého problému představuje řadu navzájem propojených a na sobě závislých kroků a činností. Jednotlivé výzkumy se mohou navzájem poněkud lišit co do posloupnosti jednotlivých činností, ale základní schéma postupu bývá následující:

- a) stanovení problému,
- b) formulace hypotézy,
- c) testování (ověřování) hypotézy,
- d) vyvození závěrů a jejich prezentace.⁸⁹

5.1 Uvedení do výzkumného problému

S projevy poruch chování a emocí v období povinné školní docházky dětí a mládeže se setkáváme denně, v rámci teoretické části své práce jsem se věnovala jejich klasifikaci, projevům a příčinám. Pro zjištění a vytvoření obecných závěrů a trendů je ale nezbytné zároveň analyzovat názory a zkušenosti dětí a mladistvých k problematice, jelikož věnovat se projevům poruch chování pouze v teoretické rovině by bylo nedostatečné.

5.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit názory a zkušenosti intaktních dětí a mládeže na vybraná související témata v kontextu sociálně patologických jevů, které determinují poruchy v období povinné školní docházky.

5.2.1 Dílčí cíle výzkumu

Zmapovat názory a zkušenosti respondentů v následujících oblastech:

- a) Zjistit v jakém rodinném prostředí děti a mladiství vyrůstají?
- b) Zjistit, zda děti či mladiství kouří cigarety?
- c) Zjistit zkušenosti dětí a mládeže s alkoholem?
- d) Zjistit, zda se v okolí dětí vyskytují projevy šikany?

⁸⁸GAVOR, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6. str. 11

⁸⁹CHRÁSKA, M. METODY PEDAGOGICKÉHO VÝZKUMU Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-2471369-4. Str. 183

- e) Zjistit názor dětí a mládeže na podmíněnost agrese dětí a mládeže?
- f) Zjistit, zda děti považují delikvenci za celosvětový problém?
- g) Zjistit stanovisko dětí a mládeže k problematice vězení pro mladistvé?

5.3 Hypotézy výzkumu

Pro formulaci hypotéz je nezbytné brát na zřetel zejména tato kritéria:

- Hypotéza je tvrzení vyjádřené oznamovací větou.
- Hypotéza musí vyjadřovat vztah mezi dvěma proměnnými.
- Hypotézu musí být možné empiricky ověřovat, její proměnné tudíž musí být měřitelné.⁹⁰

Konkrétní hypotézy svého výzkumu, včetně jejího následného potvrzení či vyvrácení, uvedu u jednotlivých dílčích kategorií svého výzkumu.

5.4 Metoda výzkumu

Pro svůj výzkum jsem zvolila nestrukturované interview, „*interview je metoda shromažďování dat o pedagogické realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta.*“⁹¹

Nestrukturované interview se přibližuje přirozené komunikaci mezi lidmi, konkrétní formulace sled otázek je na tazateli. Výhodou je zejména užší a snadnější navázání kontaktu mezi výzkumným pracovníkem a respondentem, což může vést k upřímnějším odpovědím respondenta, nevýhodou naopak rozdílné podmínky u různých respondentů.⁹²

Nestrukturované interview jsem zvolila ze dvou důvodů, jednak jsem chtěla navázat užší kontakt s dětmi, aby nelhali při osobních otázkách, a dále proto, abych jim případně dovysvětlit otázku či termín.

5.5 Výzkumný vzorek a organizace výzkumu

Organizace výzkumu

- a) zpracování chronologického plánu včetně vypracování dotazníku

⁹⁰ CHRÁSKA, M. METODY PEDAGOGICKÉHO VÝZKUMU Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-2471369-4. Str. 17

⁹¹ CHRÁSKA, M. METODY PEDAGOGICKÉHO VÝZKUMU Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-2471369-4. Str. 182

⁹² CHRÁSKA, M. METODY PEDAGOGICKÉHO VÝZKUMU Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-2471369-4. Str. 183

- b) výběr souboru respondentů
- c) hlavní výzkum
- d) příprava údajů pro jejich zpracování
- e) zpracování empirického materiálu

Pro svůj výzkum jsem zvolila oblast Horních Počernic, konkrétně jsem se dotazovala dětí a mladistvých v době po konci vyučování před základní školou Chodovická a SOŠ pro administrativu EU.

Podařilo se mi získat 30 respondentů věkové kategorie 10-13 let a 30 respondentů věkové kategorie 14-18 let. Interview se mi podařilo uskutečnit s 30% oslovených dětí a mladistvých. Neochotu k zodpovězení mnou pokládaných otázek každým z oslovených dětí spatřuji především ve velmi citlivém tématu pro tyto věkové skupiny, kdy se i přes anonymitu, dotazování, vzhledem k svému věku, cítí ohrožení a zranitelní. Z důvodu získání, co nejobektivnějších (pravdivých) odpovědí, jsem na oslovené nijak nenaléhala a ponechala možnost zodpovězení dotazů pouze na jejich vůli bez dozoru pedagogů nebo rodičů

Tabulka 1: Struktura respondentů interview

	Dívky	Chlapci
10-13 let	13	17
14-18 let	16	14

Zdroj: Výzkum autorky

5.6 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Výsledky interview budu interpretovat za pomoci základního ukazatele absolutní četnosti a dále pomocí relativní četnosti odpovědi v celku určeném věkovou kategorií a pohlavím respondenta, ta je vyjádřena v procentech.

5.6.1 Zjistit v jakém rodinném prostředí děti a mladiství vyrůstají?

Hypotéza 1: Většina dětí a mladistvých vyrůstá v prostředí úplné rodiny.

Tabulka 2: V jakém typu rodiny vyrůstáte?

Věk	10-13 let				14-18 let			
Pohlaví	Dívky		Chlapci		Dívky		Chlapci	
Odpověď	Abs. č.	%	Abs. č.	%	Abs. č.	%	Abs. č.	%
Úplná r.	7	53,8	12	70,6	9	56,3	7	50
Neúplná r.	5	38,5	5	29,4	7	43,7	6	42,9
Dětský d.	0	0	0	0	0	0	1	7,1
Pěstounská p.	1	7,7	0	0	0	0	0	0

Zdroj: Výzkum autorky

Hypotéza 1 se potvrdila ve všech kategoriích kromě skupiny Chlapci 14-18 let, kde pouze polovina respondentů žije v úplné rodině.

V obou věkových kategoriích dívek, převažuje počet dívek z úplných rodin pouze těsně, 53,8% a 56,3%. V kategorii Chlapci 10-13 let dosahuje počet úplných rodin nejlepšího a relativně uspokojivého výsledku 70,6%. Celkově výsledky tohoto dílčího problému bohužel dosvědčily, že značné procento dětí nevyrůstá v úplné rodině, což může mít negativní vliv na jeho vývoj. Z 60 respondentů pouze jeden žije v pěstounské péči a jeden v dětském domově.

5.6.2 Zjistit, zda děti či mladiství kouří cigarety?

Hypotéza 2: Část dětí poprvé zneužívá tabákové výrobky ve věku 10-13 let.

Hypotéza 3: Ve věkové kategorii 14-18 kouří pravidelně více chlapců než dívek.

Tabulka 3: Kouříte?

Věk	10-13 let				14-18 let			
Pohlaví	Dívky		Chlapci		Dívky		Chlapci	
Odpověď	Abs. č.	%	Abs. č.	%	Abs. č.	%	Abs. č.	%
ANO	2	15,4	1	5,9	7	43,7	6	42,9
NE	10	78,9	12	70,6	2	12,6	0	0
Zkusil/a jsem	1	7,7	4	24,5	7	43,7	8	57,1

Zdroj: Výzkum autorky

Hypotéza 2 se potvrdila, 23,1% dívek a 30,4% chlapců ve věku 10-13 let zneužilo tabákový výrobek. 2 dívky a 1 chlapec uvedli, že kouří pravidelně.

Hypotéza 3 se nepotvrdila. Ve zkoumaném vzorku kouří pravidelně 43,7% dívek a 42,9% chlapců. Výsledek můžeme zobecnit, tak že poměr kuřáků a nekuřáků se v kategorii 14-18 neliší.

Výsledky této otázky odhalují dle mého názoru dva zásadní problémy, jednak je to relativní dostupnost tabákových výrobků pro děti v kategorii 10-13 let, kdy tabákové výrobky často zásadně poškozují organismus dítěte. Druhým problémem je rozšířenost cigaret v kategorii 14-18 let, kdy pouze dvě dívky z 30 respondentů nemají s cigaretami zkušenost.

5.6.3 Zjistit zkušenosti dětí a mladistvých s alkoholem?

Hypotéza 4: Chlapci mají s alkoholem větší zkušenosti.

Tabulka 4: Máte zkušenost s alkoholem?

Věk	10-13 let				14-18 let			
Pohlaví	Dívky		Chlapci		Dívky		Chlapci	
Odpověď	Abs. č.	%	Abs. č.	%	Abs. č.	%	Abs. č.	%
ANO	0	0	1	5,9	8	50	6	42,9
NE	13	100	16	94,1	4	25	1	7,1
Pijí pravidelně	0	0	0	0	4	25	7	50

Zdroj: Výzkum autorky

Hypotéza 4 se potvrdila v obou věkových kategoriích, kategorii 10-13 má zkušenost s alkoholem pouze jeden chlapec. V kategorii 14-18 let pije pravidelně 50% chlapců a dalších 42,9% , oproti tomu má zkušenost s alkoholem pouze 75% dívek, z toho 25% pije pravidelně.

Pro účely tohoto výzkumu jsem si určila jako hranici pravidelného pití, opakované pití o frekvenci minimálně dvakrát do měsíce. Domnívám se, že z toho výzkumu jednoznačně vyplývá společenská tolerance zneužívání alkoholu mladistvých, ti nejenže musí k alkoholu získat přístup, ale zároveň prostor i čas k užití. Potěšujícím faktorem jsou výsledky v kategorii od 10-13 let, kdy bylo dosaženo radikálně lepších výrobků oproti zneužívání tabákových výrobků.

5.6.4 Zjistit, zda se v okolí dětí vyskytují projevy šikany

Hypotéza 5: Se šikanou se setkávají spíše starší děti.

Tabulka 5: Zažili jste šikanu na sobě nebo ve svém okolí?

Věk	10-13 let				14-18 let			
Pohlaví	Dívky		Chlapci		Dívky		Chlapci	
Odpověď	Abs. č.	%	Abs. č.	%	Abs. č.	%	Abs. č.	%
ANO – na sobě	0	0	3	17,6	2	12,5	1	7,1
ANO – v okolí	4	30,8	6	35,2	9	56,3	10	71,4
NE	9	69,2	8	47,1	5	31,3	3	21,4

Zdroj: Výzkum autorky

Hypotéza 5 se potvrdila, jelikož se se šikanou setkala 22 respondentů starší kategorie oproti 13 respondentům kategorie 10-13 let.

U této otázky jsem se soustředila na vysvětlení pojmu šikana respondentům, domnívám se, že mnoho dětí si pod pojmem šikana představuje pouze násilné a agresivní chování, a to se v průběhu mnoha interview prokázalo. Z výzkumu dále vzešlo, že se se šikanou setkávají spíše chlapci než dívky.

5.6.5 Zjistit názor dětí a mládeže na podmíněnost agresivity dětí a mládeže?

Výzkumný předpoklad 1: Děti nepřisuzují majoritní vliv TV a PC na agresivitu dětí a mládeže.

Tabulka 6: Co má vliv na agresivitu dětí a mladistvých?

Věk	10-13 let				14-18 let			
Pohlaví	Dívky		Chlapci		Dívky		Chlapci	
Odpověď	Abs. č.	%	Abs. č.	%	Abs. č.	%	Abs. č.	%
Vliv TV a PC	2	15,4	1	5,8	5	31,3	4	28,5
Výchova rodičů	5	38,5	9	52,9	4	25	3	21,4
Vrstevníci	5	38,5	4	23,4	6	37,5	8	57,1
Jiné	1	7,7	3	17,6	1	6,7	1	7,1

Zdroj: Výzkum autorky

Výzkumný předpoklad 1 se potvrdil v obou věkových kategoriích. V kategorii 10-13 let byl vliv TV a PC vnímán respondenty spíše okrajově. V kategorii 14-18 let přikládají děti a mladiství až sekundární význam za vlivem skupiny vrstevníků.

Pro výzkum tohoto faktoru jsem se rozhodla, protože je v médiích často uváděn vliv TV a PC na chování dětí, zejména her a nepřístupných filmů. Právě proto jsem se zajímala o názor dětí na tuto problematiku. V kategorii jiné respondenti jmenovali zneužívání alkoholu a lehkých drog.

5.6.6 Zjistit, zda děti považují delikvenci mládeže za celosvětový problém?

Hypotéza 6: Delikvenci mládeže považují za celosvětový problém spíše dívky.

Tabulka 7: Je delikvence mládeže celosvětový problém?

Věk	10-13 let				14-18 let			
Pohlaví	Dívky		Chlapci		Dívky		Chlapci	
Odpověď	Abs. č.	%	Abs. č.	%	Abs. č.	%	Abs. č.	%
ANO	5	38,5	7	41,2	11	68,7	5	35,8
NE	8	61,5	10	58,8	5	31,3	9	64,2

Zdroj: Výzkum autorky

Hypotéza 6 se potvrdila částečně, ve věkové kategorii 14-18 let považují delikvenci mládeže za celosvětový 68,7% dívek, což je téměř dvojnásobek proti chlapcům. Zatímco v kategorii 10-13 nepatrně převažují chlapci.

5.6.7 Zjistit stanovisko dětí a mládeže k problematice vězení pro mladistvé?

Hypotéza 7: Děti a mladiství nesouhlasí s vězením pro mladistvé.

Tabulka 8: Souhlasíte s vězením pro mladistvé?

Věk	10-13 let				14-18 let			
Pohlaví	Dívky		Chlapci		Dívky		Chlapci	
Odpověď	Abs. č.	%	Abs. č.	%	Abs. č.	%	Abs. č.	%
ANO	1	7,7	5	29,4	10	62,5	7	50

NE	2	15,4	1	5,9	4	25	6	42,9
NEVÍM	10	76,9	11	64,6	2	12,5	1	7,1

Zdroj: Výzkum autorky

Hypotéza 7 neplatí, v kategorii 10-13 nemá většina respondentů na problematiku názor. V kategorii 14-18 chlapci i dívky s vězením pro mladistvé spíše souhlasí. U chlapců se ale nepřevažuje souhlas tak významně jako u dívek, v absolutní četnosti s vězením souhlasí pouze 7 chlapců oproti 6, kteří nesouhlasí. Domnívám se, že je to způsobeno tím, že chlapci se vězením cítí více ohroženi než dívky.

ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem rozhodla zaměřit se na poruchy chování dětí a mládeže a jejich projevy, ke kterému mne vedly zejména osobní důvody.

V rámci naplnění cílů své práce jsem se nejprve věnovala explikaci poruch chování, jejich klasifikaci a etiologii, kde jsem v rámci dostupné odborné literatury naplnila své očekávání, přesvědčila jsem se o tom, že žádná definice ani klasifikace není spásná a při práci s problémovými a rizikovými dětmi, je nejdůležitější zejména osobní přístup k dítěti a etiologii jeho problémů.

Dále jsem se rozsáhle věnovala analýze konkrétních projevů poruch chování dětí a mládeže, lhaní, šikany, krádežím, záškoláctví, útěkům a zneužívání návykových látek. V oblasti šikany jsem vytknula její projevy a fáze, v pozdější praktické části jsem se při interview přesvědčila o tom, že děti a mladiství často nevnímají počáteční fáze a neagresivní druhy šikany jako šikanu, takže se domnívám, že bylo širší zaměření na tuto problematiku trefné. Důležitým bodem analýzy šikany byla i část týkající se kyberšikany, moderního způsobu šikany, který se rychle rozvíjí.

Zneužívání návykových látek je celospolečenský problém, nejprve jsem se zaměřila na zneužívání návykových látek a jejich důsledky obecně, popis syndromu závislosti, akutní intoxikace, abstinenční syndromu a předpokladům vzniku závislosti.

Následně jsem se věnovala popisu vybraných jednotlivých druhů návykových látek, uvědomění si, že každý druh drog se projevuje jinak, má jiné příznaky a prognózy, je dle mého názoru důležité zejména pro rodiče laiky, a samozřejmě také pro rizikové jedince. Zvláštní prostor jsem věnovala zneužívání legálních drog, alkoholu a tabákových výrobků, dětmi, kdy na tyto látky vzniká silná závislost a u dětí a mladistvých rychleji, intenzivněji a má horší zdravotní následky.

Na etiologii poruch chování mládeže jsem navázala v části, která se věnuje rodině. Analyzovala jsem s odbornou literaturou funkce rodiny, přejala obecně přijímaná pásma funkčnosti rodiny dle Dunovského. V této pasáži hodnotím jako významné uvedení typů nefunkčních rodin dle Trpišovské, myslím si, že je to zvláště užitečné pro rodiče, aby si uvědomili, která rizika při výchově a fungování rodiny existují.

V poslední části teoretické práce jsem se stručně věnovala vlivu vrstevnické skupiny, který se už projevoval v různých částech práce a jednalo se tedy spíše o shrnutí poznatků z předchozích kapitol práce (například etiologie poruch, konkrétní projevy poruch). Dále jsem pospala instituce výchovy a dozoru nad výchovou dětí, zejména na jejich legislativním

základě, v této strohé legislativní podobě na mne práce institucí působila kladně, z vlastní zkušenosti, ale vím, že například práce školních poradců na základních školách, nedosahuje potřebných kvalit.

V praktické části jsem uskutečnila nestrukturované interview mezi dětmi a mladistvými ze základní a střední školy v Praze – Horních Počernicích. Celkem mi zodpovědělo 60 respondentů, nejedná se množství, z kterého by šlo vysledovat trendy, ale zároveň se nejedná o zanedbatelný počet. Průběh a výsledky intervui s dětmi naplnil má očekávání. Alarmující statistiky týkající se zneužívání legálních návykových látek se v mém průzkumu bohužel potvrdily. Při konání interview jsem se přesvědčila o tom, že děti často nevědí, jaké druhy chování jsou již šikanou, a takřka každému respondentovi jsem musela vysvětlit znaky a druhy šikany.

Při zpětném pohledu na svou diplomovou práci se domnívám, že tvoří v rámci možností a rozsahu diplomových prací ucelené dílo týkající se poruch chování dětí a mládeže, zároveň si ale uvědomuji, že každá jednotlivá část by stála za hlubší analýzu a samostatnou diplomovou práci či publikaci. Domnívám se, že jsem naplnila své cíle, a že kdybych byla na této úrovni s problematikou seznámena před lety, tak bych zaregistrovala nepříznivý vývoj u mladšího syna dříve a mohla mu čelit efektivněji.

Seznam použité literatury

- 1) CANCRINI, L., CONSTANTINI, D., MAZONNI, S., CINGOLANI, S., COMPAGNONI, F. Juvenile drug addiction. A study on typology of addicts and their families. Walden House, San Francisco: Proceedings of 9th World Conference of Therapeutic Communities, 1985
- 2) ČÁP, J., MAREŠ, J. Psychologie pro učitele. Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-463-x.
- 3) EMCDDA: ESPAD 2007 school surveys prevalence of cannabis use among students 15-16 years; dostupné online na <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/eyetab21a>
- 4) DUNOVSKÝ, J. Dítě a poruchy rodiny. Praha. Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1986. ISBN: 80-246-0139-7.
- 5) GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu . Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- 6) GIDDENS, A. Sociologie. Praha: Argo, 2005. ISBN: 80-7203-124-4.
- 7) HAVLÍK, R. Úvod do sociologie. Praha: Karolinum, 2004. ISBN: 80-246-0381-0
- 8) HUTYROVÁ, M. Etopedie pro výchovné pracovníky, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN: 80-244-1190-3
- 9) CHRÁSKA, M. METODY PEDAGOGICKÉHO VÝZKUMU Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-2471369-4
- 10) KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 1, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN: 80-86734-05-6
- 11) KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 2, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN: 80-86734-05-6

- 12) KELLER, J., Úvod do sociologie. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ, 2002. ISBN: 80-88249-39-3
- 13) KOLÁŘ, M. Skrytý svět šikanování ve školách. Příčiny, diagnostika a praktická pomoc. Praha. Portál, 1997. ISBN. 80-7178-123-1
- 14) KREJČÍ, V. Kyberšikana-kybernetická šikana (studie), Olomouc, 2010. ISBN:978-80-7791-5
- 15) KREJČÍŘOVÁ, D., ŘÍČAN, P., a kol. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 1997. ISBN:978-80-247-1049-5
- 16) MATOUŠEK, O. Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ, 2003. ISBN: 80-86429-19-9
- 17) MOŽNÝ, I. Sociologie rodiny. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ, 2002, ISBN: 80-86429-05-9
- 18) ROYCE, E. J. Alcohol Problems and Alcoholism. The Free Press, New York, 1989.
- 19) SKÁLA, J. a spol. Závislost na alkoholu a jiných látkách. Praha: Avicenum, 1987
- 20) STÁRKOVÁ, L., a kol. Když se řekne dítě s poruchami chování. Olomouc: MMO, 2001.
- 21) STŘELEČEK, S., MARÁDOVÁ, E., MARHOUNOVÁ, E., ŘEHULKA, J. Kapitoly z rodinné výchovy. Praha. Fortuna, 1992. ISBN: 80-85298-84-8
- 22) SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů s platností k 1. 1. 2012, oficiální překlad Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR

- 23) TRPIŠOVSKÁ, D. a kol. Kapitoly ze sociální psychologie. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2000. ISBN: 80-7044-304-9
- 24) VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese – Vydání 3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3
- 25) VOJTOVÁ, V. Úvod do etopedie, Brno: Paido, 2008. ISBN: 978-80-7315-166-9
- 26) VYHLÁŠKA 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, v platném znění
- 27) ZÁKON č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění
- 28) ZÁKON č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, v platném znění
- 29) ZÁKON č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, v platném znění
- 30) ZÁKON č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, v platném znění

Seznam tabulek

Tabulka 1: Struktura respondentů interview	52
Tabulka 2: V jakém typu rodiny vyrůstáte?	53
Tabulka 3: Kouříte?	53
Tabulka 4: Máte zkušenost s alkoholem?	54
Tabulka 5: Zažili jste šikanu na sobě nebo ve svém okolí?	52
Tabulka 6: Co má vliv na agresivitu dětí a mladistvých?	55
Tabulka 7: Je delikvence celosvětový problém?	56
Tabulka8: Souhlasíte s vězením pro mladistvé?	56

Seznam zkratek

Sb.	Sbírka
č.	číslo
např.	například
tzv.	tak zvaně
EU	Evropská unie
ČR	Česká republika
SOŠ	Střední odborná škola
CNS	centrální nervová soustava
apod.	a podobně
č. j.	číslo jednací
LSD	Diethylamid kyseliny lyergové
MKN	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Markéta Votánková
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	PhDr. Vojtěch Regec, PhD.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Poruchy chování dětí a mládeže v období povinné školní docházky
Název v angličtině:	Behavioral disturbances during basic school attendance
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá poruchami chování dětí a mládeže v období povinné školní docházky, jejich definicí, klasifikací a etiologií. Následně se věnuje konkrétním projevům poruch chování dětí a mládeže v období povinné školní docházky, zejména s důrazem na šikanu a zneužívání návykových látek. Další částí je vliv rodiny, vrstevnické skupiny a státních školských a neškolských zařízení. Neposlední částí práce výzkum provedený formou interview provedený mezi dětmi a mládeží.
Klíčová slova:	Poruchy chování, povinná školní docházka, šikana, zneužívání návykových látek , rodina
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the Behavioral disturbances during basic school attendance, their definitions, classification and etiology. Subsequently thesis aims to describe concrete acts of behavioral disturbances, especially bullying and addictive substance abuse. Another part targets influence of family, peers and school and non-school units. The last part of thesis is own interview research between kids and young people
Klíčová slova v angličtině:	Behavioral disturbances, basic school attendance, bullying, addictive substance abuse, family.
Přílohy vázané v práci:	0
Rozsah práce:	66

Jazyk práce:	Český jazyk
---------------------	-------------