



# Agrese u dětí s mentálním postižením

## Bakalářská práce

*Studijní program:* B7506 – Speciální pedagogika  
*Studijní obor:* 7506R029 – Speciální pedagogika pro vychovatele  
*Autor práce:* **Michal Vojta**  
*Vedoucí práce:* PaedDr. Jana Paukertová, Ph.D.



## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michal Vojta**  
Osobní číslo: **P13000934**  
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**  
Studijní obor: **Speciální pedagogika pro vychovatele**  
Název tématu: **Agrese u dětí s mentálním postižením**  
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Popsat agresivitu u dětí s mentálním postižením s nařízenou ústavní výchovou s výchovně léčebným programem s psychiatrickým léčením a zjistit, jakými způsoby je u těchto dětí agresivita nejčastěji a nejlépe zvládána.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník.

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ANTIER, E., 2011. Agresivita dětí. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-881-4.

BAZALOVÁ, B., 2014. Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0693-4.

ČERMÁK, I., 1999. Lidská agrese a její souvislosti. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Fakta v.o.s. ISBN 80-902614-1-8.

ERKERT, A., 2011. Hry pro usměrňování agresivity. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-885-2.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2009. Psychologický slovník. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1.

PAUKERTOVÁ, J., 2010. Vybrané kapitoly ze základů obecné, speciální a penitenciární pedagogiky. Stráž pod Ralskem: VS ČR. Interní učební text pro potřeby IV VS ČR.

PRAŠKO, J., et al., 2003. Poruchy osobnosti. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-737-X.

ŠVARCOVÁ, I., 2006. Mentální retardace. 3. aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.

TRAIN, A., 2001. Nejčastější poruchy chování dětí. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-503-2.

VÁGNEROVÁ, M., 2004. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

Vedoucí bakalářské práce:

**PaedDr. Jana Paukertová, Ph.D.**

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **23. dubna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2016**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.  
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2015

## Prohlášení

Byl jsem seznámen s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 7. 12. 2016

Podpis: Michal Vojta v. r.

## **Poděkování**

Děkuji srdečně PaedDr. Janě Paukertové, Ph.D. za její ochotu, profesionální vedení a konzultace při zpracování mé bakalářské práce, ale také za její nekonečnou trpělivost se mnou. Dále děkuji pedagogickým pracovníkům Výchovného ústavu, dětského domova se školou, základní školy, střední školy a školní jídelny Hostouň za vyplnění dotazníku a zdravotním sestřám tamtéž za ochotu pomoci s některými informacemi ohledně diagnóz klientů.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá agresivitou a agresí u dětí s mentálním postižením s nařízenou ústavní výchovou s výchovně léčebným programem s psychiatrickým léčením. V teoretické části objasňuje pojmy agresivita a agrese a pojmy s nimi související. Cílem praktické části bylo zjistit, jakým způsobem je u dětí s mentálním postižením agrese nejčastěji zvládána.

## **Klíčová slova**

agresivita, agrese, mentální retardace, emoce, asertivita, násilí, hněv, hostilita, výchova, ústav, dětský domov, škola, rodina

## **Annotation**

Bachelor thesis deals with aggression and aggression in children with mental disabilities with the constitutional education with individualized therapeutic programme with psychiatric treatment. In the theoretical section explains the concepts of aggression and aggression and related concepts. The aim of the practical part was to find out how children with mental disabilities aggression most often done.

## **Key words**

aggressiveness, aggression, mental handicap, emotions, assertiveness, violence, anger, hostility, education, institution, creche, school, family

# Obsah

Seznam obrázků.....	8
Seznam tabulek.....	8
Seznam použitých zkratk a symbolů.....	9
Úvod.....	10
1 Agrese a agresivita.....	12
1.1 Agresivita.....	12
1.2 Agrese.....	14
1.2.1 Druhy agrese.....	16
1.3 Pojmy související s agresivitou a agresí.....	19
2 Mentální postižení.....	21
2.1 Klasifikace dle MKN-10.....	22
2.2 Dělení mentální retardace.....	23
2.3 Autismus.....	26
2.4 Aspergerův syndrom.....	27
3 Institucionální výchova.....	28
4 Praktická část.....	31
4.1 Cíl šetření.....	31
4.2 Charakteristika souboru pro šetření.....	32
4.3 Analýza a interpretace výsledků.....	34
4.4 Shrnutí šetření a navrhovaná opatření.....	47
Závěr.....	49
Seznam použitých zdrojů.....	50
Seznam příloh.....	51



## **Seznam obrázků**

Graf č.1	Převládající formy agresivního chování
Graf č. 2	Povědomost pedagogických pracovníků o medikaci dětí
Graf č. 3	Způsob řešení prvních projevů agresivního chování
Graf č. 4	Způsob řešení opakovaného agresivního chování
Graf č. 5	Vlivy na agresivitu dětí v zařízení
Graf č. 6	Mluvíte s dětmi o problémech s agresí?
Graf č. 7	Jak získáváte informace o zvládnání agresivních mentálně postižených dětí

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1	Kategorie mentální retardace
Tabulka č. 2	Aktivity, kde se nejčastěji projevuje agresivita dětí a druhy agrese
Tabulka č. 3	Kdy se aktivita dětí projevuje nejčastěji a jak

## Seznam použitých zkratek a symbolů

DD	Dětský domov
DDŠ	Dětský domov se školou
DPN	Dětská psychiatrická nemocnice
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí, celým názvem Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, aktuálně v 10. revizi
SŠ	Střední škola
ŠJ	Školní jídelna
SVP	Středisko výchovné péče
TV	Televizní vysílání, televize
VLJ	Výchovně léčebná jednotka
VÚ	Výchovný ústav
WHO	Světová zdravotnická organizace, z anglického World Health Organisation
ZŠ	Základní škola

# Úvod

V naší práci se nebudeme zabývat agresí všeobecně, ale soustředíme se na agresi u dětí s mentálním postižením, kterým byla nařízena ústavní výchova s výchovně léčebným programem s psychiatrickým léčením. Ve své práci chceme ukázat právě problematiku agresivního chování dětí s mentálním postižením, které jsou navíc z různých důvodů vytrženy z rodinného prostředí a jsou předány do institucionální náhradní výchovy. Téma jsme si vybrali proto, že v tomto prostředí pracujeme a máme již zkušenosti s chováním výše uvedených dětí. Tyto děti jsou ve svém myšlenkovém světě jinde než intaktní děti, jinak reagují na stejné situace a navíc jsou jejich reakce někdy nepředvídatelné. Jeden den reagují jen smíchem, den druhý na tutéž situaci již reagují se zvýšenou agresí, např. shozením věcí se stolu či napadením spolužáka a třetí den na stejnou situaci reagují plačtivě. Navíc tyto děti, vzhledem k tomu, že jsou umístěny v dětském domově se školou, neprošly obvykle komplexní rodičovskou výchovou, která by jim ukázala, jak svoji agresivitu usměrňovat, případně jejich výchova byla silně ovlivněna negativním jednáním rodičů, tím omezena a jimi samotnými nesprávně vyhodnocena a vstřebána.

Cílem naší práce je zjistit šetřením mezi pedagogickými pracovníky Výchovného ústavu, dětského domova se školou, základní školou, střední školou a školní jídelnou v Hostouni u Horšovského Týna (dále VÚ, DDŠ, ZŠ, SŠ a ŠJ Hostouň), jakým způsobem během své práce s dětmi zvládají jejich agresivní chování. Z celého zařízení jsme si vybrali DDŠ a zde konkrétně Výchovně léčebnou jednotku (dále VLJ), kde jsou právě výše zmíněné děti umístěny. Chceme rovněž zjistit, zda agresivní chování dětí se pedagogičtí pracovníci snaží řešit tím, že jim po domluvě s ústavními zdravotními sestrami nechají zvýšit medikaci, aby došlo ke zklidnění agresora anebo tím, že s agresorem budou více komunikovat, rozebírat jeho problémy a důvody těchto problémů, bavit se s ním a domlouvat mu.

Práce je rozdělena do dvou částí – teoretické části a praktické části. V teoretické části naší práce se budeme s využitím odborné literatury a internetových zdrojů ve třech kapitolách zabývat samostatnými pojmy agrese, agresivita, mentální postižení a institucionální výchova. V kapitole první

vysvětlíme pojmy agresivita, agrese, druhy agrese a pojmy s nimi související. Ve druhé kapitole vysvětlíme pojem mentální retardace a jeho synonymum mentální postižení, jak který autor a kdy radí jaký termín použít, a podíváme se také na dělení mentální retardace a v krátkosti i na pojmy velice blízce související – autismus a Aspergerův syndrom. Ve třetí kapitole budeme krátce informovat o institucionální výchově – co to je, kdy je užitá apod.

Ve čtvrté kapitole v praktické části práce vyhodnotíme odpovědi z dotazníku, který vyplňovali pedagogičtí pracovníci VÚ, DDŠ, ZŠ, SŠ a ŠJ Hostouň, abychom získali odpověď na otázku „Jakými způsoby je u dětí s mentálním postižením agrese nejčastěji zvládána?“ Podrobněji popíšeme vzorek, na kterém probíhalo dotazníkové šetření a popíšeme DDŠ, VLJ a klienty zde umístěné, proč zde jsou, odkud přišli, co je čeká, jaký mají denní rozvrh apod. Výsledky šetření rozebereme u každé otázky zvlášť s podrobným komentářem. Kde to bude pro přehlednost příhodné, využijeme tabulky nebo grafu. Nakonec v závěru shrneme celé šetření, okomentujeme odpovědi na naši výzkumnou otázku a pokusíme se navrhnout další možnosti v přístupu k mentálně retardovaným dětem.

# 1 Agrese a agresivita

Agrese a agresivita jsou dva různé pojmy, které obvykle laické veřejnosti splývají v jeden. Podíváme se tedy na definice jednotlivých pojmů a tím je od sebe lehce odlišíme, byť spolu velice úzce souvisí.

## 1.1 Agresivita

Agresivita je vrozená v určité míře každé lidské bytosti (a samozřejmě i ostatním živým tvorům). Mohlo by se říci, že souvisí s pudem sebezáchovy, kde základními reakcemi jsou útok či útěk (ve zvláštních případech pak ještě stupor – nepřírozená ztuhlost organismu, hraní si na mrtvého – u zvířat).

Jak říká Antier (2011), agresivita byla, je a vlastně musí být součástí lidské přirozenosti, protože hraje velkou úlohu v přirozeném vývoji dítěte, vlastně úlohu téměř stejně velkou jako láska. Vnitřní tlak dítěti dodává energii a motivaci, které jsou nezbytné k překonávání sebe sama. Podporuje úspěch, ovšem pouze zůstane-li v kontrolovaných mezích. Úkolem edukace tedy není agresivitu dítěte zcela odstranit, ale hlavně usměrnit ji tak, aby bylo možné využít tuto energii pro dosažení pozitivních cílů nejen pro sebe, ale i pro ostatní. Je ovšem nutné hlídat, že sice je žádoucí a nezbytné uspokojovat životní potřeby fyzického i psychického vývoje dětí, ale není vhodné plnit naprosto všechna jejich přání.

*„Představa, že je absolutně zapotřebí vyhovět každému přání dítěte, protože chceme, aby prožívalo idylické dětství, nás totiž neuchrání frustrace.“ (Antier, 2011, s. 9)*

Vágnerová (2012) k agresi uvádí, že člověk má vrozené dispozice k agresivnímu jednání, avšak obdobně jako předpoklady k jiným vlastnostem a schopnostem nejsou vlohy k agresi u všech lidí stejné. Dále upřesňuje, že dispozici k agresivnímu jednání nelze hodnotit pouze negativně. V extrémní podobě se sice projevuje porušováním sociálních norem a omezováním či poškozováním jiných lidí či věcí, ale existují i přijatelné formy. Pozitivní, socializovaná vrstva, která respektuje dané sociální normy, se nazývá asertivita. Je to schopnost prosazení a realizace potřebných nebo dokonce velice žádoucích cílů bez užití agresivních postupů. Hranice mezi agresivitou a asertivitou je kulturně podmíněná.

Dále uvádí biologické předpoklady k agresivnímu chování – ty mohou být dány určitou změnou ve struktuře či funkci mozku. Tyto odchylky mohou mít buď genetickou příčinu nebo mohou vzniknout poškozením centrální nervové soustavy např. úrazem či nemocí.

Další faktory, které zvyšují agresivitu jsou podle Vágnerové (2012) duševní choroby a užívání psychoaktivních látek. Zvýšený sklon k agresivitě mají psychotici trpící bludy, halucinacemi a slyšící hlasy, které jim přikazují někoho zlikvidovat. Typickým příkladem je osoba trpící disociální poruchou osobnosti.

Tyto osoby se vyznačují nezájmem o práva druhých, často již od dětství lžou, kradou, týrají zvířata nebo slabší jedince, toulají se, chodí za školu, vytvářejí asociální party a nerespektují autority. Disociální jedinci mají velmi nízkou toleranci k frustraci a nízký práh pro uvolnění agrese a násilí. Postrádají soucit a empatie, neznají pocit viny, nejsou schopni se poučit ze zkušenosti, zvláště trestu, za všechny problémy podle nich vždy mohou ti druzí (Praško et al., 2009).

Podle Vágnerové (2012) pohotovost k agresivnímu jednání zvyšuje užívání psychoaktivních látek, obvykle alkoholu nebo některých nealkoholových drog např. amfetaminu. V tomto případě se jedná hlavně o důsledek omezení schopnosti kontroly vlastního jednání a snížení citlivosti k útrapám oběti. Jde také o nabuzení silné aktivizace a s tím souvisejícího napětí, které se tímto odreagovává.

Poslední faktor zvyšující agresivitu jedince je dle Vágnerové (2012) vliv prostředí. Sklony k agresivnímu chování se v dítěti utváří již (a nejen) rodičovskou výchovou. Dítě se učí mimo jiné nápodobou. Vidí-li tedy dítě, že někdo něco získal za použití agresivního chování, bude to tak dělat rovněž, nebude-li mu vysvětlena nesprávnost tohoto chování. Zvláště, vidí-li to u osob, které na jeho výchovu mají přímý vliv – tedy blízká rodina, ve které vyrůstá. Naopak, snaží-li se dítě něco získat pomocí agresivního chování a je za to rodiči přiměřeně potrestáno a je-li mu vysvětlena společensky záporná stránka tohoto chování, je pravděpodobné, že nadále toto chování nebude již praktikovat. Maximálně bude zkoušet, kam až mu dospělí dovolí zajít. Kromě rodiny mají další vliv také sociální skupiny, jejich normy a hodnoty, kterým se jedinec do této skupiny patřící automaticky přizpůsobuje, chce-li ve skupině zůstat. Na rozvoji agresivity

se podílí i celkové společenské klima, vliv společnosti, její vzorec hodnot a norem, který je závazný pro všechny členy dané společnosti. V neposlední řadě agresivita může být i součástí určité sociální role, např. u policistů či vojáků apod.

Jak říká Erkert (2011), před konflikty mezi dětmi nesmíme strkat hlavu do písku, ale musíme se jim postavit čelem. Děti se musí naučit, že konflikty upozorňují na nějaké problémy a je tedy třeba hledat uspokojivé řešení pro všechny strany. Obvykle u dětí s nařízenou ústavní výchovou je zvýšená agresivita častá, protože děti nemají svůj rodičovský vzor. Ten z nějakého důvodu selhal a pedagogičtí pracovníci ho nemohou zcela nahradit. Zvláště chlapci bývají agresivnější, protože jim chybí otec k tomu, aby našli svoji identitu.

*„Zůstávají-li základní potřeby dětí jako je láska a bezpečí nerespektovány, není-li jim věnována pozornost a čas, je nasnadě, že nebezpečné hádky a bitky se projeví u stále mladších dětí.“* (Erkert, 2011, s. 9)

K odbourávání agresivity jsou vhodné pohodlné a vkusně vybavené prostory umožňující dostatek pohybu, neboť i prostředí ovlivňuje náladu a chování člověka. Rovněž správně nastavená a zaměřená nabídka aktivit, při kterých je mimo jiné též vyžadována vlastní iniciativa, je umožněno dětem vzájemné poměření sil, cvičí se jejich sebeovládání, rozvíjí se také pocit sounáležitosti a je uspokojována základní dětská potřeba pohybu (Erkert, 2011).

*„Mít rád své dítě znamená vychovávat ho, naučit ho, aby umělo mít radost z práce a mělo rádo ty, kteří ho obklopují. V naší nynější společnosti musí dospívající mládež nekonečně dlouho čekat na sociální dospělost v době, kdy už fyziologicky dospěla. To ji nutí zaujímat k této společnosti vyzývavý postoj nebo ji zcela popírat, což u ní může vyvolat agresivitu.“* (Antier, 2011, s. 99)

## **1.2 Agrese**

Pojem agrese vykládají různí autoři různě – proto se můžeme setkat s tím, že je agrese na jedné straně vykládána jako vědomá, úmyslná a zlá, kdy ubližování jiným tvorům, lidem nebo zvířatům či ničení věcí přináší agresivnímu jedinci uspokojení; na straně druhé je pak prezentována jako nutná součást života jedince, nutná k jeho přežití, nutná k zachování druhu.

*„Člověk je jediným primátem, který zabíjí a týrá příslušníky svého druhu bez biologického nebo ekonomického důvodu a pociťuje při tom uspokojení.“ (Fromm, in Vágnerová 2012, s. 757)*

Čermák (1999) definuje agresi jako chování jedince, které vědomě a úmyslně ubližuje, omezuje či poškozuje jiné osoby, zvířata či věci. Kromě fyzického ublížení lze za agresi považovat také psychická a emocionální zranění, jako jsou např. zastrasování, zostouzení, vyhrožování apod. Někdy se do agrese nezahrnují ty případy, kdy osoba dobrovolně souhlasí s tím, aby se s ní zacházelo agresivně.

*„Agresivní chování je obvykle spojeno s určitým emočním prožitkem, který násilnou reakci stimuluje a doprovází, s určitou motivací a způsobem rozumového hodnocení volby násilného způsobu jednání. Převažující složka, emotivní, či kognitivní, slouží k diferenciaci typu agrese (je rozdíl mezi afektivní agresi a chladným rozumově vykalkulovaným použitím násilí.“ (Vágnerová, 2012, s. 764)*

Agrese je též někdy chápána jako nutný základ intelektuálního vývoje člověka, jako nezbytný předpoklad k získání jeho nezávislosti a hrdosti (Berkowitz in Čermák, 1999). Na druhou stranu Buss (in Čermák, 1999) tvrdí, že agrese je někdy chápána jako chování bez motivace, tj. jako udílení různě škodlivých stimulů druhému člověku.

Tedeschi a Felson (in Čermák, 1999) zase mluví spíše než o agresi o donucovacích způsobech jednání. Primárním cílem tohoto jednání je získání určité moci nad druhým člověkem, nějakým způsobem ho ovlivnit nebo si tak naopak potvrdit vlastní hodnotu. Agrese může být mnohdy vymezena také jako vyhledávání záliby v ubližování jiným lidem či zvířatům. Zde je pak agrese primárním zdrojem zvráceného potěšení, uspokojení ze sebe sama, je to také legrace, agresivní veselí a bujarost.

Větší sklon k agresi mají obvykle muži, kteří mají vyšší hladinu mužského pohlavního hormonu testosteronu. Reagují agresivně i bez předchozí provokace a jejich chování lze často označit za asociální, bývají nápadně konfliktní (Vágnerová, 2012).

Vágnerová (2012) k tomu ještě uvádí, že agresivní chování může být i jednou z reakcí na neuspokojení různých potřeb. Pohotovost jedince k násilnému chování



stoupá při přesycení (např. při bolestivých či intenzivních podnětech) či nedostatku, při ztrátě nebo ohrožení. Agresivní, násilné chování lze tak obvykle chápat jako použití účinnějšího prostředku k dosažení požadovaného cíle. Lze sem také zařadit situaci, kdy dochází ke zvýšení sklonu reagovat agresivně u skupiny lidí, kteří jsou nuceni trávit spolu delší čas na omezeném prostoru, tzv. ponorková nemoc.

Train (2001) k agresi uvádí, že již v dětském věku je nutné trénovat určité techniky zvládnání agrese. V dětech je potřeba vždy podporovat odpovědnost a kamarádství, pocity sounáležitosti, neboť děti budou vždy pozitivněji reagovat na svého vrstevníka než na dospělého. Pokud celá skupina spolupracuje a má kamarádského ducha, tím spíše pomůže dítěti, které má potíže.

V tomto smyslu by se děti měly naučit, že je důležité respektovat u každého právo na vlastní názor, pokusit se vcítit se do pocitů ostatních, najít vhodné řešení a neublížit přitom ostatním, naslouchat druhému a dát najevo, že opravdu poslouchají, vést dotyčné strany nebo jednotlivce k pojmenování problému, zůstat nezáujatí, podpořit je, aby našly řešení, které je přijatelné pro všechny, probrat spolu způsoby, jak se podobné situaci příště vyhnout.

Jak říká Erkert (2011), už základy nevhodného chování dětí způsobují hlavně rodiče, kteří nejsou schopni stanovit nějaké meze a nedokáží říct jasné „ne“ v těch situacích, kdy je to potřebné. Tímto ztrácejí svoji rodičovskou autoritu, nejsou pro děti žádnou oporou, nedávají jim správný směr. Zrovna tak v případech, kdy nejsou schopni své děti pochválit, uznat jejich schopnosti – tím způsobují dětem frustrace, mohou v nich podněcovat rozvoj pocitu méněcennosti a dítě si pak snadno vybere za vzor toho, kdo jej ocení, i když je to ten, který je špatný ve smyslu většinového uvažování a nastavených pravidel společnosti.

### **1.2.1 Druhy agrese**

Nejčastější dělení agrese je na instrumentální a emocionální. Instrumentální agrese je prostředkem, jak dosáhnout vnějšího cíle. Je-li přitom zraněna druhá osoba, jde pak o sekundární efekt. Použití instrumentální agrese je vždy založeno na předem připraveném plánu a na úvahách o možných variantách celého průběhu jednání. Emocionální agrese (nebo také zlostná, hněvivá, afektivní či

hostilní) naproti tomu je charakteristická přítomností silné negativní emoce, obvykle hněvu, a agrese není prostředkem, ale cílem sama o sobě (Čermák, 1999).

Berkowitz (in Čermák, 1999) v této souvislosti ještě upozorňuje na další označení těchto dvou druhů agrese: agrese vědomě kontrolovaná, kde aktér počítá s jistým rizikem a je schopen chladně uvažovat o možných důsledcích, a agrese impulzivní, která je vlastně spontánním vzplanutím či výbuchem negativních emocí a následných motorických reakcí bez možnosti okamžitého ovládnutí.

Hartl, Hartlová (2009) rozlišují čtyři stupně agrese: a) první probíhá bez vnějších projevů, pouze v myšlenkách, b) druhý se projevuje navenek, např. nadávkou, hrubým slovem, urážkou, c) třetí má již destruktivní charakter, např. bouchnutí dveřmi, rozbíjení předmětů, d) čtvrtý se projevuje fyzickým napadením druhé osoby.

Fromm (in Vágnerová, 2012) definuje agresi jako jednání, jehož cílem je způsobit škodu a v tomto smyslu rozlišuje dva základní druhy agrese. Benigní agrese je druh agrese, který slouží k přežití jedince, čili je to obranná reakce na strádání, ohrožení. Naproti tomu maligní agrese je druh agrese, kdy poškození či zničení cíle a krutost je zdrojem uspokojení.

Moyer (in Čermák, 1999) rozdělil agresi do sedmi různých druhů podle jejich odlišností v podnětových a fyziologických zdrojích. Tato klasifikace je založena na studiu zvířat, ovšem lze ji dobře využít i pro porozumění agrese lidské:

1. Predátorská agrese: jedná se o útočné chování zvířete proti přirozené kořisti. V naprosté většině případů jde o mezidruhovou agresi, i když se vzácně může vyskytnout i mezi příslušníky téhož druhu. Podnět vyvolávající tento druh agrese je nejčastěji pohybující se kořist.
2. Agrese mezi samci: agrese uvnitř stejného druhu. Jedná se typicky o udržení či nastolení hierarchie dominantních a podřízených samců v jedné skupině. Mezi samicemi se vyskytuje zřídka.
3. Agrese vyvolaná strachem: vyskytuje se hlavně v situaci, kdy ohrožený jedinec již nemá šanci na únik. Obvykle jí pokus o útěk předchází.

4. Dráždivá agrese: vyvolají ji různé živé i neživé objekty. Zde Moyer předpokládá, že ji předchází stresové stavy jako např. bolest, hlad, únava, frustrace apod.
5. Mateřská agrese: reakce matky v situaci, kdy je ohrožen život jejího mláděte.
6. Sexuální agrese: zde působí stejné podněty, které jsou příčinou sexuálních reakcí. Bývá běžná u samců, ale může se zřídka vyskytnout i u samic.
7. Agrese jako obrana teritoria: reakce jedince na narušení území, které tento jedinec považuje za své. Nezáleží na tom, zda je narušitel stejného či jiného druhu. Později se Moyer opravil v tom smyslu, že tento druh agrese může být i součástí některého z předcházejících druhů.

Moyer ještě zmiňuje tzv. instrumentální agresi, avšak stejně jako teritoriální agresi ji nepovažuje za samostatný typ. Instrumentální agrese se projevuje v chování v tom případě, je-li nějaký typ agrese posílen dosaženým úspěchem. V důsledku toho je agrese později použita opět pro dosažení dalšího úspěchu. Významná v chování člověka.

Dle Čermáka (1999) stojí za odlišení agrese přímá a nepřímá a verbální a fyzická agrese. Přímá fyzická agrese – kontaktní útok, přímá verbální agrese – nadávky, výhrůžky. Nepřímá fyzická agrese – ničení věcí patřící objektu agrese, nepřímá verbální agrese – pomluvy, posměšné žerty.

*„Je možné ještě uvažovat rovinu aktivita – pasivita. Tím pak vzniká následujících osm druhů agrese:*

1. *fyzická aktivní přímá (např. bití)*
2. *fyzická aktivní nepřímá (např. najmutí si útočníka)*
3. *fyzická pasivní přímá (např. fyzické bránění někomu v dosažení jeho cíle)*
4. *fyzická pasivní nepřímá (např. odmítnout splnit požadavky)*
5. *verbální aktivní přímá (např. urážet někoho)*

6. *verbální aktivní nepřímá (např. pomluvy)*
7. *verbální pasivní přímá (např. odmítnout s někým mluvit)*
8. *verbální pasivní nepřímá (např. nezastat se někoho, kdo nespravedlivě nařčen)“*

(Buss in Čermák, 1999, s. 11, 12)

### **1.3 Pojmy související s agresivitou a agresí**

Dle Čermáka (1999) s agresivitou a agresí ještě souvisí pojmy asertivita, násilí, hněv a hostilita.

*Asertivitou* se rozumí, že člověk dokáže trvat na svých názorech a prosazovat svoje práva v rámci existujících zákonů. Na základě takového jednání jedinec trvá na tom, aby jeho okolí připustilo, že má právo se rozhodovat, jak bude myslet a jednat.

*Násilí* je dle Čermáka (1999) někdy vyčleňováno z agrese jako samostatná subkategorie a je definováno jako záměrný pokus někomu ublížit. Kamarýt (in Čermák, 1999) ve shodě s van der Dennenem trvá na pojmovém oddělení agrese a násilí, neboť dle něj agrese představuje motivační zdroj násilí, kdežto násilí jako takové může být jen jedním z projevů agrese v chování.

*Hněv* je silný emocionální stav, který agresi často doprovází, není však nezbytnou podmínkou agrese. Člověk může být agresivní impulzivně bez vědomí stavu nahněvanosti. Nahněvaný člověk se také nemusí bezpodmínečně chovat agresivně. S agresí bývá spíše spojován afekt vzteku, kdy se člověk v tomto stavu stává nezvladatelný, přestává respektovat společenské normy a tendence k násilí jsou u něho jasně patrné. Naproti tomu hněv nemá takovou intenzitu jako vztek, navíc jeho zdroj může být i kvalitativně odlišný – rozhořčený člověk může pociťovat spravedlivý hněv, ale nikoliv zlost nebo vztek (Čermák, 1999).

S hněvem ještě úzce souvisí *afekt*, jehož je hněv podmnožinou. Afekt je velmi silný citový stav (hněv, radost, zděšení) provázený vegetativními reakcemi, mimickými a pantomimickými projevy. Afekt se dělí na stenický, který se projevuje zrychleným tepem a dýcháním a zčervenáním v obličeji a astenický,

který se projevuje zpomaleným tepem a dýcháním a zblednutím v obličeji (Hartl, Hartlová, 2009).

*Hostilita* je definována jako negativní postoj jedince k jinému jedinci či skupině osob. Pro hostilního jedince je typické, že jiné lidi hodnotí vždy kriticky a negativně (Čermák, 1999).

## 2 Mentální postižení

Mentální postižení neboli mentální retardace je podle Švarcové (2006) trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku nějakého poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to bohužel trvalý stav, způsobený buď neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.

*„Nejjednodušeji lze mentální postižení charakterizovat jako snížení intelektu, které se projeví v kognitivní, řečové, motorické a sociální složce osobnosti. Nejvíce je zasažen proces učení, poznávání a orientace ve světě. Jedná se o postižení trvalé, které nelze vyléčit, ale použitím vhodných přístupů může dojít ke zlepšení stavu.“* (Bazalová, 2014. s. 15)

Bazalová (2014) k tomu dále uvádí, že mentální retardace a mentální postižení jsou obvykle používány jako synonyma. Protože slovo retardace vyznívá ve většinové společnosti hanlivě, doporučuje tento termín používat v případě, hovoříme-li o označení onemocnění dle MKN-10 (viz dále v textu). V oborech speciální pedagogiky doporučuje používat termín osoba, žák nebo dítě s mentálním postižením. Samotné spojení „mentálně postižený“ zní hanlivě, lépe je proto nejprve zdůraznit, že jde o osobu a teprve potom upřesnit. Termín mentálně retardovaný odsuzuje stejně jako historické pojmenování duševně úchylní, rozumově zaostalí apod.

Nejnovější termín, reprezentující problematiku používání správného názvosloví zní „potíže v učení“. Nijak nezdůrazňuje diagnózu jedince, která pro ně může znít hanlivě, ale správně určuje důsledek – potíže v učení a osvojování si nových znalostí ať už ve školním či jiném prostředí.

Vágnerová (2012) mentální retardaci dále upřesňuje jako souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti. Hlavními znaky mentální retardace podle ní jsou:

- Nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje především nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky.
- Postižení je vrozené.

- Postižení je trvalé, přestože může dojít během procesu učení k určitému zlepšení.

Podle Vágnerové (2012) je mentální retardace jedním z projevů odchylky, resp. poruchy centrální nervové soustavy. Její příčiny bývají různé, lze je však obecně shrnout takto:

- Dědičně podmíněné postižení – vzniká na základě poruchy ve struktuře nebo funkci genetického aparátu. Patří sem zejména Downův syndrom.
- Postižení podmíněné působením teratogenních vlivů v prenatálním období. Sem řadíme faktory poškozující normální vývoj plodu matky během těhotenství, jako např. rentgenové záření, požívání léků, alkoholu, užívání drog. Ale patří sem i některá onemocnění, např. zarděnky, jejichž virus naruší vývoj embrya hned v několika oblastech. Případně může dojít k poškození při porodu – nedostatek kyslíku nebo mechanické poškození.
- Časně postnatální poškození mozku, ke kterému došlo v průběhu prvních 18 měsíců. Později vzniklá poškození jsou označována jako získaná.

Za mentálně postižené nelze ovšem považovat děti, které jsou z různých důvodů výchovně a sociálně zanedbané, tzn. nemají naučené správné hygienické a společenské návyky ve srovnání se svými intaktními vrstevníky a nemají ani příliš zájem se něco nového učit. Tyto děti se totiž pod správným výchovným vedením jsou schopny chybějící dovednosti a znalosti postupně doučit. Míra zlepšení je ovšem těžko odhadnutelná, protože rodiče, kteří dítě zanedbávali mohou být nějakým způsobem indisponováni a podobně tak může být postiženo i jejich dítě.

## **2.1 Klasifikace dle MKN-10**

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – MKN-10 – je výsledkem revize, jejíž přípravu koordinovala Světová zdravotnická organizace (WHO), a na které se podílela řada odborníků, komisí a konferencí na mezinárodní i národní úrovni. Na přípravě desáté revize se svými připomínkami od zástupců odborných společností podílela i Česká republika. 43. plenární zasedání Světového zdravotnického shromáždění (WHO) se usneslo

přijmout MKN ve znění desáté revize s novým názvem „Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)“, s účinností od 1. 1. 1993. V České republice je tato klasifikace v platnosti od roku 1994. V roce 2004 vydala WHO druhé aktualizované vydání MKN-10, na jehož základě vzniklo i české vydání druhé aktualizované verze MKN-10. Poslední aktualizovaná verze MKN-10 vstoupila v platnost 1. ledna 2014 Sdělením ČSÚ o aktualizaci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2016).

Dle MKN-10 se mentální retardace řadí do V. kapitoly – Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99), přesně do F70-F79.

*Tabulka č. 1: Kategorie mentální retardace*

F70	Lehká mentální retardace	IQ 50-69
F71	Střední mentální retardace	IQ 35-49
F72	Těžká mentální retardace	IQ 20-34
F73	Hluboká mentální retardace	IQ do 20
F78	Jiná mentální retardace	
F79	Neurčená mentální retardace	

Všechny v tabulce uvedené kategorie mentální retardace mají ještě následující podrobnější členění:

- .0 – Žádná nebo minimální porucha chování.
- .1 – Významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu.
- .8 – Jiné poruchy chování.
- .9 – Bez zmínky o poruchách chování.

## **2.2 Dělení mentální retardace**

Podrobnější informace k jednotlivým kategoriím mentální retardace uvádí Švarcová (2006) zhruba takto:

- Lehká mentální retardace, IQ 50-69, F70 – jedinci v této úrovni jsou obvykle schopni účelně používat řeč v každodenním životě, udržet konverzaci, jsou



schopni dosáhnout jisté nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, základní hygienické návyky) i v praktických domácích dovednostech, ovšem vývoj proti normě je znatelně pomalejší. Hlavní potíže se objevují při teoretické práci ve škole, často mívají potíže se čtením a psaním. Těmto dětem vyhovuje hlavně výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a rovněž kompenzování nedostatků. Takto postižení jedinci se mohou bez problémů integrovat do společnosti, kde není kladen důraz na teoretické znalosti. Ovšem, pokud je postižený jedinec navíc emočně a sociálně nezralý, není téměř schopen samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, navíc se mohou projevit i přidružené chorobné stavy, jako např. autismus, epilepsie, poruchy chování, tělesná postižení apod.

- Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49 (F71) – u jedinců v této klasifikaci je významně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči, rovněž i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také omezena a opožděna soběstačnost, samostatnost a zručnost. Při kvalifikovaném pedagogickém vedení je ale možné, že si někteří jedinci osvojí alespoň základy čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou tyto osoby schopny vykonávat jednoduchou manuální práci pod dohledem. Samostatný život je zřídka možný ač jsou tito lidé schopni komunikace s druhými a jsou schopni se podílet na jednoduchých sociálních aktivitách. Rozvoj řeči je na různých úrovních. Někteří lidé v této kategorii jsou schopni dosáhnout vyšší úrovně v dovednostech sensoricko-motorických než v úkolech, v kterých jsou závislí na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou motoricky neobratní, ale zase jsou přiměřeně schopni jisté sociální interakce a komunikace. Často se přidruženě vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Vzhledem k jejich omezené verbální komunikaci je těžší zjistit jejich psychiatrickou diagnózu a je potřeba spoléhat se na jejich blízké či opatrovníky.
- Těžká mentální retardace, IQ 20-34 (F72) – velmi podobná středně těžké mentální retardaci, avšak snížená úroveň schopností takto postižených osob je v této kategorii mnohem výraznější. Většina jedinců trpí vysokým stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které ukazují na přítomnost klinicky výrazného poškození či vadného vývoje

ústředního nervového systému. Ačkoli možnosti edukace těchto jedinců jsou dosti omezené, zkušenosti nám ukazují, že včasná systematická a též dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může znatelně přispět k jistému rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich určité samostatnosti a tím i k celkovému zlepšení kvality jejich života.

- Hluboká mentální retardace, IQ nižší než 20 (F73) – takto postižení lidé jsou již významně omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům na ně kladeným či zadáním úkolů nebo jim alespoň v částečné míře vyhovět. Většina osob v této skupině je buď zcela imobilní nebo alespoň výrazně omezená v pohybu, je častá inkontinence, komunikace je pouze primitivní neverbální. Vyžadují téměř stálou pomoc a stálý dohled, protože sami mají pouze minimální či vůbec žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby. Je těchto jedinců je možné dosáhnout pouze nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se tak může při dostatečném dohledu a správném vedení podílet alespoň částečně na praktických sebeobslužných úkonech. Použití řeči a vlastně i její chápání je obvykle omezeno pouze na reakci na zcela jednoduché požadavky. U těchto osob se velmi často vyskytují těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání.
- Jiná mentální retardace (F78) – kategorie, která by měla být použita pouze v tom případě, kdy přesné stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je obzvláště nesnadné nebo úplně neuskutečnitelné z důvodů přidružení senzorického nebo somatického poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či těžce tělesně postižených osob.
- Nespecifikovaná mentální retardace (F79) – tato kategorie se používá v těch případech, kdy mentální retardace je sice prokázána, ale není dostatek dalších informací, aby bylo možné zařadit pacienta do některé shora uvedených kategorií.

Samozřejmě není možné všechny mentálně postižené osoby, byť ze stejné kategorie postižení, sloučit komplexně do jedné skupiny a tak s nimi pracovat. Je třeba vždy mít na paměti, že každá mentálně postižená osoba, ačkoli může navenek projevat shodné rysy chování s ostatními ve stejné skupině, je ve skutečnosti jedinečná bytost se svými charakteristickými osobnostními rysy, svými potřebami a v neposlední řadě také svými touhami. Významným problémem u lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací je velmi výrazné omezení všech jejich schopností a možností komunikace a vyjádření vlastních pocitů a potřeb. Pouze rodiče, pedagogičtí a zdravotničtí pracovníci, kteří jsou s těmito lidmi ve styku každý den nebo alespoň velmi často, jsou schopni jejich komunikaci pochopit a adekvátně reagovat.

### **2.3 Autismus**

U dělení mentální retardace byl několikrát zmíněn autismus. Paukertová (2010) říká, že autismus patří mezi pervazivní vývojové poruchy, což je skupina poruch, které se diagnostikují na základě projevů chování. Stupeň závažnosti poruch bývá různý, typická je také značná různorodost symptomů. Porucha se diagnostikuje bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost jakéhokoli přidruženého chorobného stavu. Specifický projev deficitů charakteristických pro autismus se mění s věkem dětí, nicméně syndrom je možné diagnostikovat v každé věkové skupině. Autismus se obvykle projevuje před třemi roky věku dítěte.

Hartl, Hartlová (2009) uvádějí k autismu podrobněji následující: stažení se do sebe, zapadnutí do sebe, sociální izolace, egocentrické, nerealistické myšlení, snění, neschopnost komunikace s druhými. Myšlení postiženého je zaměřeno výhradně na osobní potřeby a přání. Neschopnost komunikace s druhými a nedostatky v komunikaci ústí v častý mutismus, echolálii, nesprávné používání zájmen a opakování frází. Autismus zmiňují dětský, kdy se narušený vývoj projevuje před věkem tří let jako porucha sociální interakce, porucha komunikace, výskyt stereotypního opakujícího se chování, nedostatečné užívání řeči a další. Porucha je třikrát až čtyřikrát častější u chlapců než u dívek. Stereotypní způsoby chování jsou rigidní, mají charakter nefunkčních rituálů, jejichž narušení je ale špatně snášeno a často bývají přidruženy různé fobie, poruchy příjmu potravy,

záchvaty vzteku, agrese. Deficity pokračují až do dospělosti. U postižených jsou zastoupeny všechny stupně IQ, ale výrazně převládají případy s mentální retardací.

Dále pak Hartl, Hartlová (2009) ještě zmiňují autismus atypický, který se liší od autismu dětského tím, že narušený vývoj se projeví až ve věku nad tři roky nebo tím, že chybí jedna nebo dvě ze tří patologických diagnostických kategorií autismu: a) porucha sociální interakce, b) porucha komunikace, c) výskyt stereotypního, opakujícího se chování; nejčastěji u jedinců výrazně retardovaných, s vývojovou poruchou receptivní řeči.

Dle dělení MKN-10 řadíme autismus do kapitoly V. – Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99), kategorie F84.

## **2.4 Aspergerův syndrom**

S autismem úzce souvisí Aspergerův syndrom. *„Jde o poruchu autistického spektra, která charakterizována vážnou a trvalou poruchou v oblasti sociálních dovedností, vztahů, stereotypním chováním a omezenými zájmy, ale bez výraznějšího jazykového postižení. Na rozdíl od autismu není nijak postižen intelekt, který bývá v pásmu průměru i nadprůměru, mnozí jedinci vykazují i nadprůměrné schopnosti a zvláštní, ale obvykle jen úzce zaměřené nadání. Tito lidé jsou schopni se zařadit do běžného života, i když s určitými omezeními. Nemají rádi časté změny, spíše jim vyhovuje stereotypní práce nebo činnost. K tomu je třeba přihlížet např. při jejich zařazování do práce.“* (Paukertová, 2010, s. 40)

Dle dělení MKN-10 řadíme Aspergerův syndrom do kapitoly V. – Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99), kategorie F84.

### 3 Institucionální výchova

Institucionální výchovou se rozumí výchova dětí v náhradním zařízení, jako je např. diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou či výchovný ústav. Pro mnoho dětí je to jediná možnost, selže-li výchova v jejich primární rodině, ať už z jakéhokoli důvodu a není zároveň možnost umístit je do rodiny pěstounské.

Samozřejmě, než dojde situace až k odebrání dítěte rodičům, jsou ještě mezistupně, které se tomuto kroku snaží zabránit. V první řadě to je výchovný poradce, který je téměř na každé základní či střední škole. Tento se zaměřuje na informační činnost pro žáky, rodiče i pedagogické pracovníky. Sleduje a hodnotí chování a prospěch žáků, navrhuje vlastní opatření ke zlepšení, dojde-li někde k propadu. Poskytuje žákům a rodičům konzultační hodiny.

Další je školní psycholog. Ten má obvykle ve své působnosti několik škol. Činnost školního psychologa je převážně diagnostická a reedukační. Tím, že je obeznámen se žáky v jejich školním prostředí, dokáže zachytit jejich problémy v počátečních fázích a může tak ve spolupráci s rodiči a pedagogy včas zasáhnout. U rodičů ovšem jako vždy platí, že musí sami projevit o chování dítěte zájem a hlavně zájem o nápravu tohoto chování, zjistit všechna proč a jak.

Pedagogicko-psychologické poradny poskytují svoji pomoc klientům obvykle od 3 do 21 let. Pomáhají řešit zejména výukové a výchovné obtíže klientů a spolupracují se školami, školskými zařízeními, rodiči, zákonnými zástupci. Klientům pomáhají i se zjištěním jejich schopností a nadání a s výběrem vhodného zaměření studia či učebního oboru. Klientům dále poskytují i pomoc v oblasti osobních a rodinných problémů, individuální či rodinné terapie, zapojení do programů v rámci prevence sociálně patologických jevů apod.

Speciální pedagogická centra poskytují speciálně pedagogickou, psychologickou a další potřebnou péči klientům ve věku od 3 do 19 let. Poskytují rovněž poradenské služby školám a školským zařízením, kde jsou integrováni žáci se zdravotním postižením. Speciální pedagogická centra se mohou dělit dle zaměření na žáky s vadami řeči, se zrakovým postižením, se sluchovým

postižením, s poruchami autistického spektra, s tělesným postižením, s mentálním postižením a dalšími.

Střediska výchovné péče poskytují obvykle všestrannou preventivně výchovnou péči klientům s projevy poruch chování a negativních jevů v oblasti sociálního vývoje, popř. klientům propuštěným z ústavní péče při jejich integraci do společnosti.

Hlavním úkolem SVP je poskytnutí pomoci při takovém chování jedince, kdy ještě nejsou důvody pro nařízení ústavní výchovy nebo uložené ústavní výchovy. Takováto preventivní pomoc je ovšem založena na dobrovolném přístupu klienta a jeho ochoty spolupracovat. SVP také poskytují konzultace a odborné informace osobám odpovědným za výchovu, rodičům a pedagogickým pracovníkům. Cílem preventivní pomoci je včasným zásahem rodině pomoci řešit problémy s výchovou dítěte, zachovat funkci rodiny za pomoci individuálních, rodinných či skupinových terapií. Celá pomoc je ovšem založena na spolupráci rodiny s pracovníky střediska. SVP poskytují ambulantní služby klientům ve věku od 6 do 19 let. SVP také sama aktivně mapují situaci v regionu své působnosti se zaměřením na rizikové oblasti a vyhledávají mravně ohrožené či narušené jedince a nabízejí včas vhodnou pomoc ve spolupráci např. se školou.

Ty nejčastější důvody, proč je dítě rodičům odebráno, ale bývají na straně rodičů. Jedná se zejména o nezáměr o řádnou výchovu dítěte nebo je výchova výrazně nedostatečná. Mnohdy je rodina neúplná, neboť jeden z rodičů pobývá v nějakém typu nápravného zařízení nebo se rodiče rozešli a dítě pobývá buď u jednoho nebo střídavě u obou z rodičů. Dítě pak nemá správné či úplné rodičovské vzory, kterými by se mohlo řídit. Rodina může být závislá na alkoholu nebo nealkoholových drogách či herních automatech, může být bez domova. V rodině také může docházet k nějakému druhu týrání dítěte, to může být zneužíváno, ať už fyzicky, psychicky nebo sexuálně. V některých případech se potom o dítě snaží starat prarodiče či jiní příbuzní, ale ani oni obvykle neuspějí, často z podobných důvodů jako rodiče dítěte.

Ze strany dítěte se pak jedná o záškoláctví, lhaní, útěky z domova, toulky, domácí krádeže, nerespektování autorit, užívání návykových látek, sebepoškozování, promiskuita, páchaní provinění, závadová parta apod. Ovšem

téměř ve všech případech, ať už byla rodina dítěte jakákoli, je přesun do zařízení pro toto dítě vysoce traumatizujícím zážitkem, se kterým se těžko vyrovnává a mnohdy řeší situaci právě zvýšenou, zbytečnou a hlavně neadekvátní agresí.

Institucionální výchovu řeší zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

## 4 Praktická část

### 4.1 Cíl šetření

Bakalářská práce měla za cíl popsat agresivitu u dětí s mentálním postižením, kterým byla nařízena ústavní výchova s výchovně léčebným programem s psychiatrickým léčením, a zjistit, jakými způsoby je u těchto dětí agresivita nejčastěji a nejlépe zvládána.

Děti jsou umístěny ve VÚ, DDŠ, ZŠ, SŠ a ŠJ Hostouň, konkrétně v DDŠ, jehož součástí je i VLJ. Účelem dětského domova se školou je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou a s uloženou ochrannou výchovou. Na základě soudních rozhodnutí jsou v něm umístěni chlapci a dívky ve věku od 9. let až po dobu dokončení povinné školní docházky. Kapacita dětského domova a výchovně léčebné jednotky je celkem 44 chlapců a dívek, kteří jsou rozděleni do šesti výchovných skupin. Všechny děti umístěné na VLJ a téměř polovina z DDŠ jsou psychiatricky léčeny a výčet jejich postižení se pohybuje obvykle kolem dvou až čtyř současně, například lehká mentální retardace s poruchami chování, disharmonický vývoj osobnosti, citová deprivace, těžká porucha pozornosti a grafomotoriky, disociální porucha osobnosti, emočně nestabilní porucha osobnosti apod.

Je tedy samozřejmé, že tyto děti vyžadují naprosto odlišný způsob přístupu ve výchově a učení než ostatní děti umístěné v DDŠ. Tyto děti jsou totiž obvykle agresivnější než ostatní děti v DDŠ a to hned z několika důvodů: prvním je zcela nepopíratelně změna prostředí z rodinného na ústavní (což je společné všem dětem, jde zde o jakýsi druh obranné agrese), druhým je jejich mentální a další přidružená postižení a třetím jsou nejčastěji posměšky a někdy i takové chování vrstevníků, které by se již dalo nazvat šikanou. A bohužel, nezřídka zde hraje roli i zesměšňující chování dospělých, týkající se jejich stavu, pomalosti, nešikovnosti apod., za což však ony děti nemohou, a na které reagují agresivně (ovšem i zde se vlastně jedná o obrannou agresi). Lze říci, že tyto děti se dívají na okolní svět jako malé šelmičky – hlídají si, kde je kdo může případně ohrozit, doslova číhají, kdy mají zaútočit a kdy se stáhnout. Agresivita je vybičovaná na samou hranici, k samotné agresi není nikdy daleko.



Z této situace vyplynul i náš dotazník. Kdy, kde a jak často se pedagogičtí pracovníci výše zmíněného zařízení s agresí u dětí setkali a jakým způsobem jí čelili. Zda jsou schopni a ochotni agresí u dětí řešit a jak – aktivně či pasivně. Dotazník jsme vybrali proto, že jde o nejjednodušší formu oslovení většího množství lidí. Jde nasbírat relativně velké množství dat v poměrně krátkém (pevně stanoveném) časovém úseku. V dotazníku byly použity otevřené, uzavřené i polouzavřené otázky. Celkem bylo osloveno 30 respondentů z řad učitelů a vychovatelů; odpověděli všichni.

V dotazníku je 14 otázek, dotazník je přílohou A. V dotazníku nebylo dotazováno vzdělání respondenta neboť není pro šetření relevantní (všichni dotazovaní respondenti již potřebné vzdělání pro svůj výkon práce buď mají nebo na něm v zákonné lhůtě pracují, u některých hraje roli i jejich praxe v oboru).

#### **4.2 Charakteristika souboru pro šetření**

Oslovených respondentů bylo 30, 12 mužů a 18 žen. Dva respondenti jsou ve věku do 30 let, dvanáct jich je ve věku mezi 30 a 40 lety, jedenáct mezi 40 a 50 lety a pět jich je nad 50 let. V oboru, tzn. jako pedagogický pracovník, pracuje šest respondentů v období do 5. let, mezi 5. a 10. lety jich pracuje deset, stejně tak i mezi 10. a 15. lety. Nad 15 let v oboru pracují čtyři. Jednotlivá pracovní zařazení respondentů jsou následující:

- učitelé/učitelky: 4 muži, 5 žen
- asistentky pedagogů: 2 ženy
- vychovatelé/vychovatelky: 3 muži, 6 žen
- asistentky vychovatelů: 2 ženy
- ranní vychovatelky: 2 ženy
- noční vychovatelé: 3 muži, 2 ženy
- etopedka: 1 žena

Do souboru respondentů jsme nezařadili např. sociální pracovníci nebo zdravotní sestry, protože ty se s dětmi stýkají minimálně na rozdíl od uvedených

respondentů, které jsou s dětmi ve styku denně. To sice neplatí pro etopedku, ta však s dětmi má pravidelné měsíční pohovory o jejich chování, touhách a přáních, problémech a plánech, proto lze říci, že zkušenosti s nimi má natolik vysoké, aby mohla být zařazena k šetření. Navíc s nimi tráví spoustu času při mimoškolních aktivitách – jezdí s nimi na výlety, pořádá různá vystoupení apod.

Někdo by zde mohl namítnout, že odpovědi nočních vychovatelů nejsou relevantní proto, že jsou s dětmi pouze v noci, kdy děti spí, a oni tedy nemohou řádně posoudit, jak se chovají, jsou-li nebo nejsou-li agresivní a v jaké míře apod. Zde tedy musíme upřesnit, že noční vychovatelé nastupují směnu před 18. hodinou tak, aby v době, kdy jdou děti na večeři (v 18:00), byli již s nimi spolu ještě s odpoledními vychovateli. Po večeři odpolední vychovatelé odcházejí a noční s dětmi absolvují večerní program, hygienu, večerku a provádí noční kontroly. Ráno před 6. hodinou přichází ranní vychovatelky a asistentky vychovatelů. Ty si od nočních vychovatelů převezmou děti, odvedou je na snídani a do školy, kde si je převezmou učitelé, kteří je po skončení vyučování odvedou na oběd a poté předávají odpoledním vychovatelům. Čili noční vychovatelé mají s dětmi také dost co do činění. Navíc, některé děti jsou aktivní i v noci a je třeba je hlídat, aby nerušily či nenapadaly ostatní spící. Ranní vychovatelky a asistentky vychovatelů mají ještě na starosti případné nemocné děti, které nemohou do školy a jsou na nemocenském pokoji. Samozřejmě jsou vždy k dispozici ústavní zdravotní sestry, které jsou zde dvě. Ranní vychovatelky končí ve 14 hodin, kdy nastupují odpolední vychovatelé a vychovatelky.

Převládající počet žen v oboru je pochopitelný, je to odraz školství všeobecně – vyšší počet mužů ve školství roste se stupněm školy. Zde v zařízení jsou muži – respondenti na pozicích tělocvikářů nebo mají na starosti pracovní vyučování a pak jsou to také hlavně noční vychovatelé, kde je žen méně. Ženy – respondentky jsou ranní a odpolední vychovatelky v DD a učitelky ve speciální základní škole, kde probíhá výuka dle platných učebních osnov a plánů vyplývajících ze vzdělávacích programů pro ZŠ č.j. 79-01-C/01 a také ŠVP pro základní vzdělávání „Příležitost pro všechny“ a ŠVP pro základní vzdělávání „Šance pro každého“ pro žáky s LMP.

### **4.3 Analýza a interpretace výsledků**

#### **Otázka č. 1**

Setkal/a jste se při práci s dětmi s nějakými formami agresivního chování?

Odpovědi byly dvě – ano nebo ne. Zde naprosto všichni respondenti odpověděli kladně – s nějakými formami agrese se setkala všech 100% respondentů. Je to vlastně i pochopitelné, jak bylo již uvedeno v předchozím textu.

#### **Otázka č. 2**

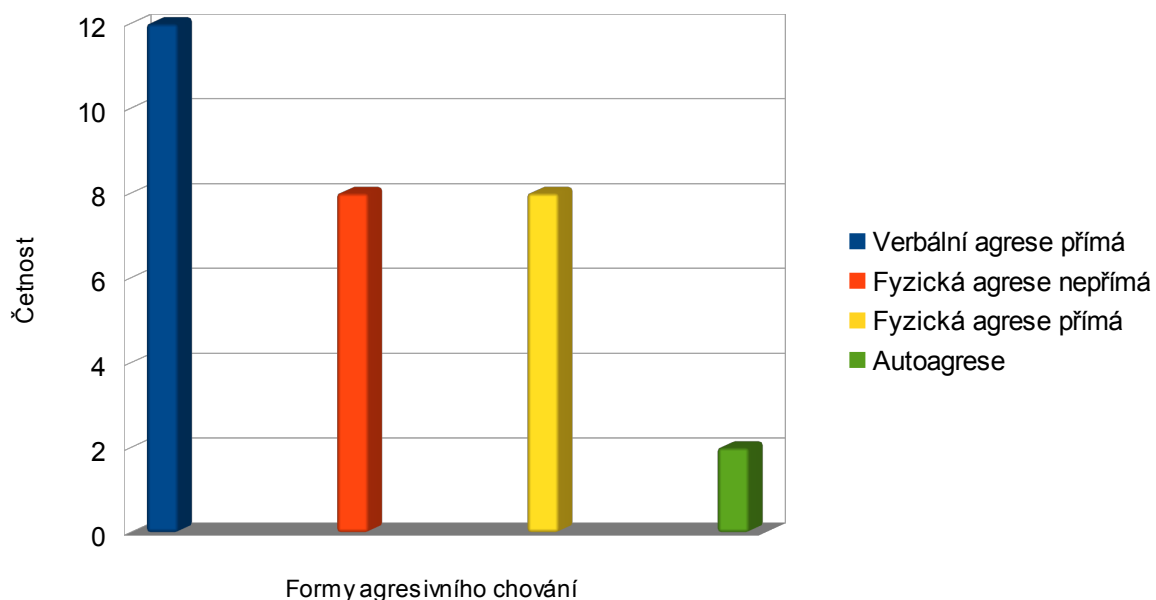
Převládá agrese u chlapců nebo u dívek?

Opět jednoznačné odpovědi – více agresivní jsou chlapci. Na 100%. Ovšem osm respondentů připsalo, že u dívek, pokud k agresivnímu chování dojde, je agrese na výrazně vyšším stupni, je krutější. Průměrně ať již po stránce fyzického útoku, kdy jsou schopny znenadání zaútočit na obličej protivnice (v jednom případě dokonce kamenem rychle sebraným z cesty na společné vycházce), tak i po stránce nepřímé agrese – pomluvy a intriky za zády oběti v takovém rozsahu, že poškodí nejen oběť, ale i její blízké okolí.

#### **Otázka č. 3**

S jakými formami agresivního chování jste se setkal/a? (uved'te 4 nejčastější)

Otázka byla otevřená, respondenti měli k dispozici čtyři očíslované řádky, kam měli napsat odpovědi. Z těchto odpovědí po sloučení a seskupení mírně odlišných odpovědí stejného významu, např. shození věcí na zem, převrácení lavic apod. – tj. typy agrese verbální, fyzická, přímá, nepřímá; jsme sestavili graf č. 1.



Graf č.1: Převládající formy agresivního chování

V grafu se nevyskytuje typ agrese verbální nepřímé – tj. pomluvy, intriky, posměšné žerty apod. z toho důvodu, že všichni respondenti ji řadili na úroveň verbální agrese přímé, tzn. uváděli společně na jednom řádku nadávky, osočování, vyhrožování a pomluvy (typu: se o tobě (o něm) říká, že... apod.), proto jsme je sloučili, neboť se domníváme, že pro cíl šetření to takto postačuje.

Z odpovědí je patrné, že u dětí převládá verbální agrese, celých 40%. Fyzická agrese přímá i nepřímá jsou na stejné úrovni – obě mají každá 27%, je zřejmé, že některým agresorům stačí útok pouze naznačit. Autoagrese byla zaznamenána u dvou dětí, tj. 6%.

#### Otázka č. 4

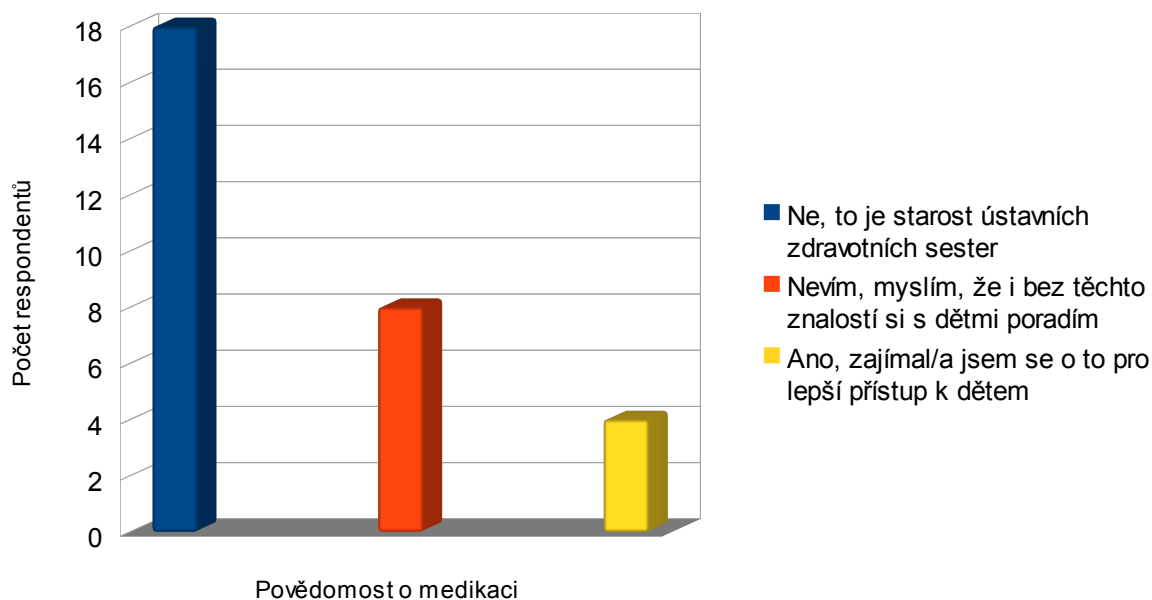
Zdá se Vám, že v poslední době (např. v období posledních 5. let) roste agrese mezi dětmi navzájem a u dětí vůči dospělým nebo klesá?

U této otázky byli všichni respondenti v odpovědích opět na 100% jednoznační – agrese roste mezi dětmi navzájem i u dětí vůči dospělým. Proč je tomu tak se můžeme dozvědět z odpovědí u otázky č. 10. Ovšem, lze říci, že trošku s touto otázkou souvisí i otázky č. 8 a č. 9. Viz odpovědi na tyto otázky.

### Otázka č. 5

Víte, jak jsou děti, které máte ve třídě/skupině medikovány, jak často a proč?

Na této otázce, resp. v odpovědích na ni je vidět nynější přístup pedagogických pracovníků k dětem. Samozřejmě ne všech a všude. Podívejme se na graf:



Graf č. 2: Povědomost pedagogických pracovníků o medikaci dětí

Nyní vidíme, že převážná většina pedagogických pracovníků, 18, tedy celých 60% se nezajímá o to, zda dítě nějakou medikací má a proč a tvrdí, že pro tento problém jsou v zařízení kvalifikované zdravotní sestry. Část zaměstnanců přiznává, že neví o medikaci dětí nic podrobného, ale jsou schopni si s dětmi poradit i bez medikace, těch je 8, čili 27%. Jen velmi malá část – 4 pedagogičtí

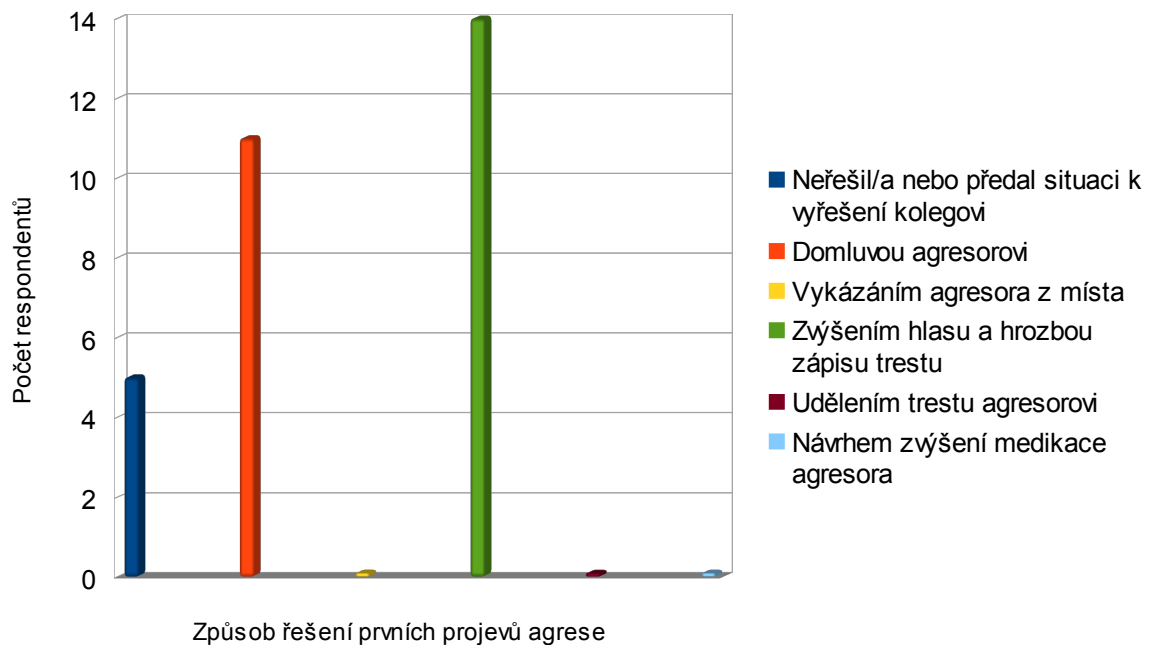
zaměstnanci, 13%, se o tuto věc zajímá proto, aby věděla, co s dětmi je a jak se k nim proto nejlépe chovat.

### Otázka č. 6

Jakým způsobem jste řešil/a první projevy agresivního chování u dítěte?

Respondenti měli vybrat z nabízených odpovědí své způsoby řešení a očíslovat je podle priority postupu. Nabízeny byly tyto možnosti:

- Neřešil/a nebo předal/a situaci k vyřešení kolegovi
- Domluvou agresorovi
- Vykázáním agresora z místa např. na chodbu
- Zvýšením hlasu a hrozbou zápisu trestu agresorovi
- Udělením trestu agresorovi (např. zákaz vycházky či úklid navíc apod.)
- Návrhem zvýšení medikace agresora pro klidnější chování



Graf č. 3: Způsob řešení prvních projevů agresivního chování

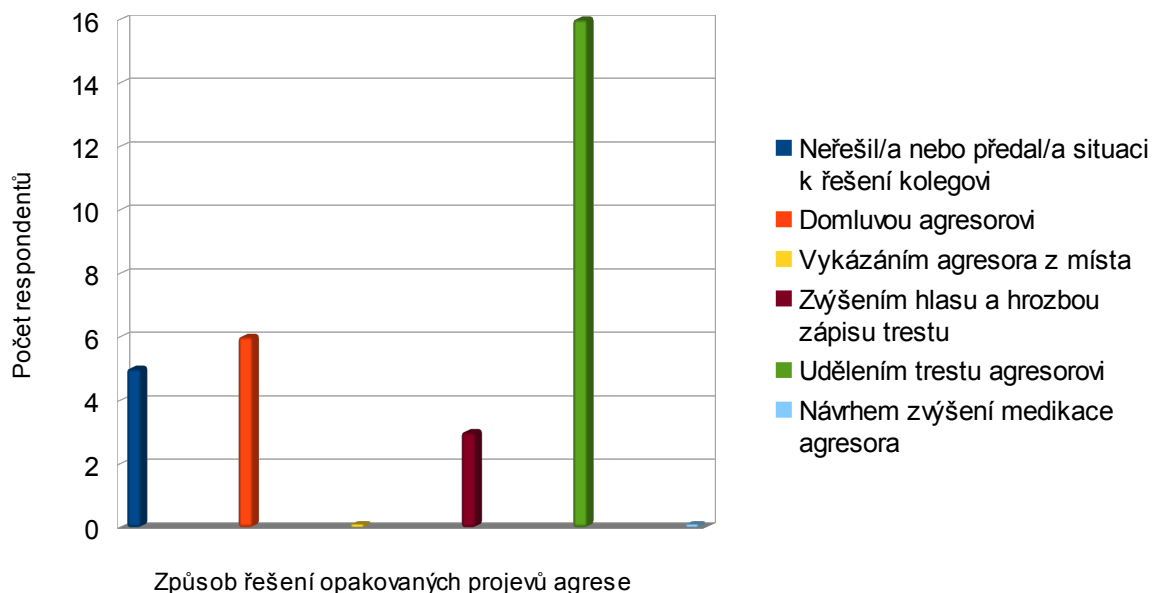
Z odpovědí je patrné, že nikdo nevyužil možnosti agresora vykázat na chodbu, což je vpravdě moudré řešení, vzhledem k tomu, jaké děti v zařízení jsou. Bez dohledu by totiž byly schopny něco zničit, ale i hůře – pokusit se ublížit sobě či vběhnout do jiné třídy či k jiné skupině a napadnout někoho tam. Trochu překvapivě pro nás nikdo nevyužil ani možnosti informovat zdravotní sestru o navýšení medikace pro zklidnění agresora.

Řešení prvních agresivních projevů je u všech respondentů mírné, někteří je ani neřeší či předávají k řešení kolegovi – obvykle třídnímu učiteli nebo zástupci ředitele, což může svědčit o malé autoritě pedagogického pracovníka nebo pouze nevůli řešit problémy. Těch je jen 5, tedy 16%. Pedagogických pracovníků, kteří řeší první projev agrese domluvou je 11, což je 37%. Překvapivě nejvíce je těch, kteří již hrozí trestem – 14, tzn. 47%. Sami jsme původně předpokládali, že více pedagogů bude těch, kteří se přikloní k domluvě agresorovi.

#### **Otázka č. 7**

Při opakovaném agresivním chování dítěte jste situaci řešil/a jak?

Respondenti měli vybrat z nabízených odpovědí své způsoby řešení a očíslovat je podle priority postupu. Nabízeny byly možnosti totožné s otázkou č. 6, nicméně podle grafu vše dopadlo opět jinak, než jsme očekávali.



Graf č. 4: Způsob řešení opakovaného agresivního chování

Počet pedagogických pracovníků, kteří problém přenechají k vyřešení kolegovi zůstal nezměněn – 5, čili 16%. Poklesl ale počet řešení domluvou o 5 na 6 a dostal se tak na 20%, zcela razantně poklesl počet řešení hrozbou zápisu trestu – ze 14 na 3, tj. na 10%, zato s udělením trestu by se nerozpakovalo 16 pedagogů, tedy celých 54%. Tresty jsou rozdílné ve škole a v DD, ve škole dostane již tradičně něco napsat, počty navíc apod. V DD je trestem úklid chodby mimo rozpis služeb, úklid koupelny apod. Nárůst okamžitého udělení trestu nás trochu překvapil, očekávali jsme více nerepresivního řešení.

Opět nikdo nevyužil ke zklidnění agresora zvýšení medikace, ač se tato možnost sama nabízí jako nejjednodušší. Ovšem vzhledem již k těm problémům, co děti mají, je to však správně, bylo by zbytečné zatěžovat jejich organismus další dávkou chemického preparátu, který způsobí sice zklidnění, ale toto zklidnění by bylo na úkor pozornosti, čili školní výuka by se zřejmě zcela mýjela účinkem.



## Otázka č. 8

Při jakých aktivitách se agresivita dětí projevuje nejčastěji a jaká? (očísľujte podle priority a doplňte max. tři projevy agresivního chování)

Nabízené možnosti byly tyto:

- Při školní výuce
- Během školních přestávek
- Při volnočasových aktivitách
- Na pracovních či klubovních
- Při volné činnosti, vycházkách apod.
- Jiná, uveďte:

Z odpovědí jsme sestavili tabulku, kde jsme seřadili druh aktivity sestupně podle toho, kde jsou děti nejagresivnější. Jak vidno, nejvíce agresivity projevují ve škole, je to tedy nejméně oblíbená aktivita dětí, podle odpovědí 60%. Následují školní přestávky – 20%, potom pracovní a klubovní, kde probíhá výchovná činnost, příprava dětí do školy apod. a je zde tedy také mnoho případů agrese z toho důvodu, že děti nemohou dělat to, co chtějí, ale to, co musejí – 10%. Méně agrese je při volnočasových aktivitách, kde svoji agresivitu vybijí při hrách – 6%. Nejméně pak při vlastním volnu nebo na vycházkách – 4%. Ze všech odpovědí jsme verbální agrese zapsali pod pojmem nadávky či hrozby, fyzickou agrese pak pod pojmy postrkování a fyzické napadení.

Tabulka č. 2: *Aktivity, kde se nejčastěji projevuje agresivita dětí a druhy agrese*

1.	Při školní výuce	nadávky	hrozby	
2.	Během školní přestávky	nadávky	postrkování	fyz. napadení
3.	Na pracovních/klubovních	nadávky	postrkování	fyz. napadení
4.	Při volnočas. aktivitách	nadávky	postrkování	
5.	Volná činnost, vycházky	nadávky	postrkování	

Je jisté, že ve škole, která většinu dětí nebaví, je agresivita v pohotovosti a možnost, že děti přejdou k agresivnímu útoku tak vyšší. Ono vyhrožování ve škole obvykle vyjde do ztracena, jakmile agresor opustí školní prostředí. Změnou prostředí dojde i ke změně nálady k lepšímu. Při sportování je také běžné, že na sebe děti pokřikují, vyhrožují si, ale zde se napětí uvolní ve sportovním klání.

Poslední možnost – uvést jinou aktivitu, která nebyla ve výčtu respondenti nevyužili.

### Otázka č. 9

Kdy (v časové ose od probuzení do večerky) se agresivita dětí projevuje nejčastěji? (očísľujte podle priority a doplňte max. tři projevy agresivního chování)

Nabízené možnosti byly následující:

- Probuzení, ranní hygiena, snídaně
- Dopolodne, škola
- Poledne, oběd, relaxace
- Odpoledne, volnočasové aktivity, hry, příprava do školy
- Večeře, večerní program, večerní hygiena, večerka

Tabulka č. 3: Kdy se aktivita dětí projevuje nejčastěji a jak

1.	Dopolodne, škola	nadávký	hrozby	fyz. napadení
2.	Vstávání, hygiena, snídaně	nadávký	postrkování	
3.	Odpoledne, hry, úkoly	nadávký	postrkování	fyz. napadení
4.	Poledne, oběd, relaxace	nadávký	postrkování	
5.	Večeře, hygiena, večerka	nadávký	postrkování	

Stejně jako u předchozí otázky jsme verbální agresii zapsali pod pojmem nadávky či hrozby, fyzickou agresii pak pod pojmy postrkování a fyzické napadení. Je patrné, že nejvíce agresivních útoků je dopoledne ve škole,

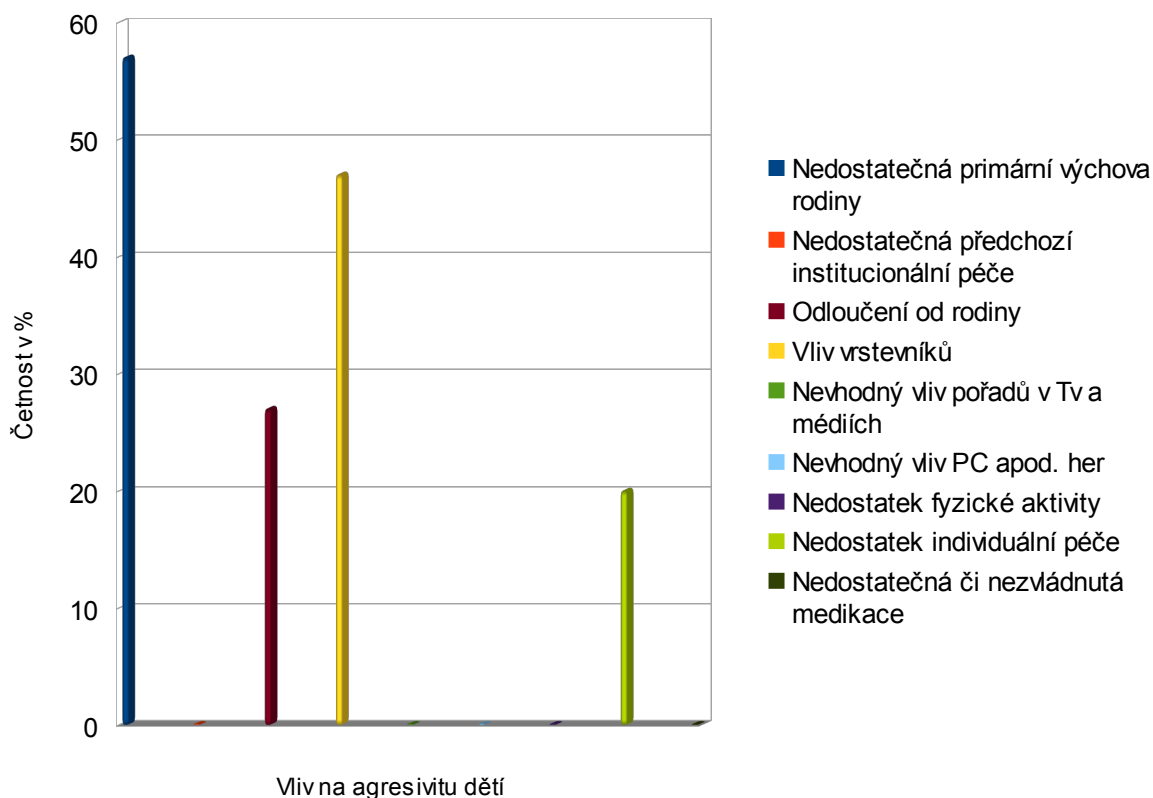
celých 55%. Škola je zřejmě pro tyto děti traumatizujícím prostředím. Na druhém místě se je vstávání, ranní hygiena a snídaně – 15%. To je zajímavé, protože by ráno měly být děti klidné, odpočaté, plné pozitivní energie, ale zřejmě jsou plné té energie, kterou musí nějak ventilovat. Odpoledne, kdy mají děti v náplni dne obvykle přípravu do školy a hry, sport, vycházky apod. se dostalo na třetí místo se 13%. Čtvrté místo obsadil polední čas, čas oběda a relaxace, i zde se děti pošfuchují – 11%. Agresivita dětí postupně směrem k večeru klesá, což je logické – děti jsou již unavené a nemají tolik síly, případně již svoje spory vyřešily – 6%.

### **Otázka č. 10**

Co má podle Vás vliv na agresivitu dětí v zařízení? (je možné vybrat více odpovědí)

Nabízené možnosti jsou následující:

- Nedostatečná primární výchova rodičů (rodiny celkově)
- Nedostatečná předchozí institucionální péče
- Odloučení od rodiny
- Vliv vrstevníků
- Nevhodný vliv pořadů v TV či jiných médiích
- Nevhodný vliv počítačových her (odtržení od reality)
- Nedostatek fyzické aktivity
- Nedostatek individuální péče (rozptýlena mezi větší počet dětí)
- Nedostatečná či nezvládnutá medikace dětí
- Jiná příčina, uveďte:



Graf č. 5: Vlivy na agresivitu dětí v zařízení

Odpovědi na tuto otázku pro nás byly překvapením. Ne v tom, že respondenti nevedli pořady v TV či jiných médiích nebo počítačové hry jako jeden z vlivů, protože na TV a k počítači nebo tabletu mohou děti pouze pod dozorem, takže nemohou sledovat a hrát vše, jak by chtěly. Zrovna tak nemají nedostatek fyzické aktivity, děti jsou denně venku, mají mnoho sportovních aktivit, chodí na výlety, jezdí na kole, koloběžce, bruslích, jezdí do plaveckého bazénu. Překvapilo nás, že nikdo nevedl nedostatečnou či nevyhovující medikaci dítěte, ač jsme zde nějaké hlasy předpokládali. Vliv vrstevníků je celkem očekávaný – 47%.

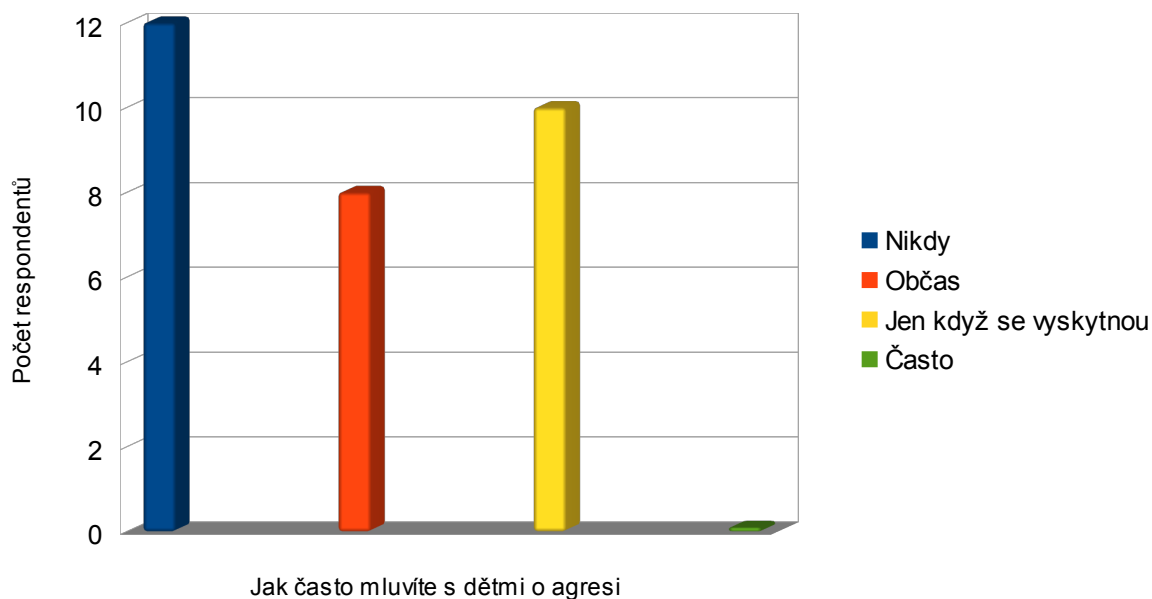
Zarazilo nás také, že mnoho pedagogických pracovníků „hází“ vinu jen na rodinu – 57% a opomíjí i odloučení od rodiny – 27% a nedostatek individuální péče o dítě – pouhých 20%. Hodně dětí má tendence si pedagoga „přivlastnit“ a žárlí na ostatní děti, když se jim také věnuje. Je ovšem bohužel smutná pravda,

že ústavní výchova nikdy nemůže nahradit rodičovskou a je otázka, zda je lepší špatná rodičovská nebo neúplná ústavní výchova. Mnoho dětí, ač si třeba zpočátku na rodinu stěžovaly, po umístění do DDS se jim i tak začalo stýskat. Ale bylo i několik takových dětí, které z DDS ani nechtěly jezdit domů na víkendy apod.

### Otázka č. 11

Mluvíte s dětmi někdy o problémech a agresí?

Na výběr byly tyto odpovědi: nikdy, občas, jen když se vyskytnou, často.



Graf č. 6: Mluvíte s dětmi o problémech s agresí?

Z odpovědí vyplynulo, že většina pedagogů – 12, tedy 40% s dětmi o agresí vůbec nemluví a to ani při společných posezeních, kdy si právě s dětmi mají pohovořit o vzájemných problémech. Někteří pedagogičtí pracovníci s dětmi o problémech s agresí hovoří občas, těch je 8, čili 27% a poslední odpověď s 10 hlasy a tedy 33% zní, že s dětmi o problémech s agresí hovoří, když se tyto problémy vyskytnou.

Z vlastní zkušenosti víme, že pedagogičtí pracovníci s dětmi komunikují na různá témata, ale zdá se, že u agrese či agresivního chování by bylo třeba komunikaci zlepšit. Je to závažný nedostatek, mohlo by to být i lepší.

### **Otázka č. 12**

Řešíte agresivní chování dětí s kolegou či kolegy?

Zde byla jednoznačná a stejná odpověď všech respondentů – ano, tedy plných 100%. A ono je to vlastně logické, prohřešky dítěte přijdou „na přetřes“ ve sborovně i na vychovatelně, řeší se situace, důvod, trest apod.

### **Otázka č. 13**

Řešíte agresivní chování dětí s ústavními zdravotními sestrami ohledně úprav medikace dítěte?

Na výběr byly tyto možnosti:

- Ne, nikdy
- Občas se zeptám
- Často se dotazuji
- Ano, téměř vždy po takovém chování dítěte

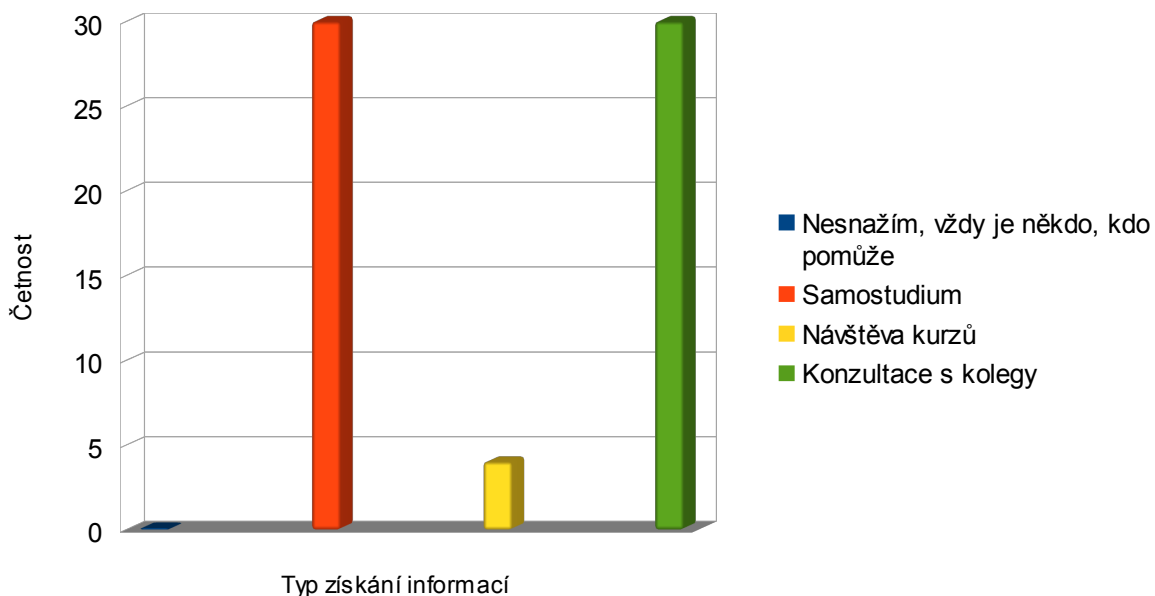
Tato otázka souvisí trochu s otázkou č. 5, byly i velmi podobné odpovědi. O medikaci se vůbec nezajímá 18 respondentů, tedy 60%. Občas se jich zeptá 5 pedagogů, čili 17%, často se dotazují 4, tzn. 13% a vždy po agresivním chování dítěte jdou se zdravotními sestrami řešit tuto situaci 3 pedagogičtí pracovníci, což znamená 10%.

### **Otázka č. 14**

Snažíte se sami získat více informací o zvládnání agresivních mentálně postižených dětí a jak? (je možné vybrat více odpovědí)

Nabízené možnosti byly následující:

- Nesnažím, vždy je v dosahu někdo, kdo mi pomůže
- Samostudiem
- Návštěvou speciálních kurzů
- Konzultacemi s ostatními kolegy



Graf č. 7: Jak získáváte informace o zvládnání agresivních mentálně postižených dětí

Všech 30 respondentů informace o zvládnání agresivních mentálně postižených dětí získává samostudiem a zároveň konzultacemi s kolegy, tedy obě možnosti mají 100% účast. Pouze 4, tedy 13% pedagogických pracovníků navštěvují speciální kurzy. Nikdo z respondentů neodpověděl, že se vůbec nesnaží nějaké informace získávat.

#### **4.4 Shrnutí šetření a navrhovaná opatření**

S agresí se setkali všichni respondenti, ale ne všichni ji nějakým způsobem s agresory řešili, někteří ožehavý problém předali k vyřešení kolegovi. Výzkumná otázka zněla: Jakými způsoby je u dětí s mentálním postižením agrese nejčastěji zvládána?

První předpoklad, tedy že pro zvládnutí agrese dětí s mentálním postižením je častěji používán osobní pohovor s dítětem než zvýšení medikace, se nesplnil. Osobní pohovor s dítětem se umístil až na druhém místě, na prvním byla hrozba trestu a v případě opakovaného chování již udělení trestu. Pedagogičtí pracovníci sice s dětmi na téma agrese hovoří, ale pouze menší část pravidelně nebo jen těsně po agresivním projevu. Oproti předpokladu se o medikaci dětí zajímalo minimální množství respondentů a nikdy nikdo nepožadoval její zvýšení.

Nepotvrdil se ani druhý předpoklad – služebně mladší pedagogičtí pracovníci se obvykle domnívají, že ani jeden z výše uvedených způsobů zvládnutí agrese nemá nijak zvláštní vliv na školní výsledky dětí s mentálním postižením, naproti tomu služebně starší pedagogičtí pracovníci ví, že zvýšená medikace tyto výsledky zásadně ovlivňuje směrem k horšímu.

Podle dotazníku se o medikaci dětí zajímali pouze čtyři respondenti, šest jich tvrdí, že si s dětmi poradí i bez medikace a ostatní se o medikaci dětí nezajímali vůbec s tím, že je to záležitost ústavních zdravotních sester. Zrovna tak řešení agresivního chování dětí se zdravotními sestrami vůbec neřeší 18 respondentů, občas se zeptá pět, často čtyři respondenti a pouze tři vždy po agresivním chování dítěte. Z toho vyplývá, že pedagogičtí pracovníci medikaci dětí nesledují, ale z větší části ani nevyžadují její navýšení z důvodu zklidnění agrese, zvládají to vlastními silami. Tento přístup je zajisté chvályhodný, léky navíc by dětský organismus zbytečně přetěžovaly a pozornost a vnímavost dětí by nebyla na potřebné úrovni.

Z dotazníku ovšem ještě vyloučily věci, o kterých jsme původně ani neuvažovali – a to, jak zlepšit chování dospělých k dětem tak, aby se více předcházelo jejich agresivnímu chování. Více řešit agresivní chování s dětmi, ne



hrozit trestem nebo jej hned udělit, ale více si s nimi povídat. S tím souvisí i nedostatek individuální péče o děti.

Samozřejmě je to těžké a časově i psychicky náročné pro zúčastněné dospělé, ale bylo by vhodné, kdyby si každý pedagogický pracovník našel soukromou chvíli pro každé dítě a tím mu alespoň trochu zlehčoval již tak dost těžkou situaci v zařízení, kde je odloučeno od rodiny, kterou pro svůj zdravý vývoj každé dítě potřebuje.

## Závěr

V předložené práci jsme se zabývali agresí u dětí s mentálním postižením s nařízenou ústavní výchovou s výchovně léčebným programem s psychiatrickým léčením a chtěli jsme zjistit, jakými způsoby je u těchto dětí agrese nejčastěji a nejlépe zvládána.

V teoretické části jsme nejprve objasnili pojmy agresivita, agrese, mentální postižení a pojmy s těmito související a obecné informace k těmto pojmům. Zmínili jsme také institucionální výchovu, vzhledem k tomu, kde se šetření odehrávalo. Všechny informace jsme čerpali z odborné literatury, jejíž seznam je uveden v práci.

Praktická část byla zaměřena na šetření provedené mezi pedagogickými zaměstnanci Výchovného ústavu, dětského domova se školou, základní školy, střední školy a školní jídelny v Hostouni u Horšovského Týna, kteří pracují na oddělení Výchovně léčebná jednotka, kde jsou umístěny pouze děti s lehkou mentální retardací. K té se obvykle pojí další postižení jako např. citová deprivace, emoční plochost, expresivní porucha řeči, hyperaktivitu, hyperkinetické poruchy chování, disharmonický vývoj osobnosti, lehká mozková dysfunkce s poruchou osobnosti, poruchy pozornosti a grafomotoriky a další. Charakteristika dotazovaných zaměstnanců byla uvedena v podkapitole 4.2.

Šetření bylo prováděno na základě dotazníku, který výše zmínění pedagogičtí pracovníci vyplňovali, výsledky byly zpracovány a popsány, některé i za pomoci tabulek a grafů. Zjistili jsme, jak pedagogičtí pracovníci výše zmíněného zařízení vycházejí s agresivními mentálně postiženými dětmi, jak s nimi komunikují a spolupracují, s čím se u nich setkávají, co si o nich myslí a jak nastalé situace řeší mezi sebou.

*„... aby v nové budově nazvané Jubilejní okresní dětský domov vládl duch domova, duch rodinný a aby pracováno bylo zde s láskou ve prospěch chovanců, jimž osud nedopřál žítí pod pečlivým okem matky a pod silnou rukou ochrannou otcovou.“ (Ústavní kronika, 1931)*

## Seznam použitých zdrojů

- ANTIER, E., 2011. *Agresivita dětí*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-881-4.
- BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0693-4.
- ČERMÁK, I., 1999. *Lidská agrese a její souvislosti*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Fakta v.o.s. ISBN 80-902614-1-8
- ERKERT, A., 2011. *Hry pro usměrňování agresivity*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-885-2
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2009. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1
- PAUKERTOVÁ, J., 2010. *Vybrané kapitoly ze základů obecné, speciální a penitenciární pedagogiky*. Stráž pod Ralskem: VS ČR.
- PRAŠKO, J. et al., 2009. *Poruchy osobnosti*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-558-5
- ŠVARCOVÁ, I., 2006. *Mentální retardace*. 3. aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7
- TRAIN, A., 2001. *Nejčastější poruchy chování dětí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-503-2
- VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0255-7
- ÚZIS: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [vid. 15. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>

## **Seznam příloh**

Příloha A: Dotazník pro pedagogické pracovníky VÚ, DDŠ, ZŠ, SŠ a ŠJ Hostouň

# Příloha A

## Dotazník pro pedagogické pracovníky VÚ, DDS, ZŠ, SŠ a ŠJ Hostouň

1. Setkal/a jste se při práci s dětmi s nějakými formami agresivního chování?
  - Ano
  - Ne
  
2. Převládá agrese u chlapců nebo u dívek?
  - Chlapci
  - Dívky
  - Nemohu rozhodnout
  
3. S jakými formami agresivního chování jste setkal/a? (uveďte 4 nejčastější)
  - 1 ...
  - 2 ...
  - 3 ...
  - 4 ...
  
4. Zdá se Vám, že v poslední době (např. v období posledních 5. let) roste agrese mezi dětmi navzájem a u dětí vůči dospělým nebo klesá?
  - Roste jen mezi dětmi
  - Roste jen u dětí vůči dospělým
  - Roste mezi dětmi navzájem i u dětí vůči dospělým
  - Je stejná jako dříve
  - Klesá jen mezi dětmi
  - Klesá jen u dětí vůči dospělým
  - Klesá mezi dětmi navzájem i u dětí vůči dospělým
  
5. Víte, jak jsou děti, které máte ve třídě/skupině medikovány, jak často a proč?
  - Ne, to je starost ústavních zdravotních sester
  - Nevím, myslím, že si i bez těchto znalostí s dětmi poradím
  - Ano, zajímal/a jsem se o to pro lepší přístup k dětem

6. Jakým způsobem jste řešil/a první projevy agresivního chování u dítěte? (je možné vybrat více odpovědí a očíslovat je podle priority postupu)
- Neřešil/a nebo předal/a situaci k vyřešení kolegovi
  - Domluvou agresorovi
  - Vykázáním agresora z místa např. na chodbu
  - Zvýšením hlasu a hrozbou zápisu trestu agresorovi
  - Udělením trestu agresorovi (např. zákaz vycházky či úklid navíc apod.)
  - Návrhem na zvýšení medikace agresora pro klidnější chování
7. Při opakovaném agresivním chování dítěte jste situaci řešil/a jak? (je možné vybrat více odpovědí a očíslovat je podle priority postupu)
- Neřešil/a nebo předal/a situaci k vyřešení kolegovi
  - Domluvou agresorovi
  - Vykázáním agresora z místa např. na chodbu
  - Zvýšením hlasu a hrozbou zápisu trestu agresorovi
  - Udělením trestu agresorovi (např. zákaz vycházky či úklid navíc apod.)
  - Návrhem na zvýšení medikace agresora pro klidnější chování
8. Při jakých aktivitách se agresivita dětí projevuje nejčastěji a jaká? (očísľujte podle priority a doplňte max. tři projevy agresivního chování)
- Při školní výuce ...
  - Během školních přestávek ...
  - Při volnočasových aktivitách ...
  - Na pracovních či klubovních ...
  - Při volné činnosti, vycházkách apod. ...
  - Jiná, uveďte ...
9. Kdy (v časové ose od probuzení do večerky a usnutí) se agresivita dětí projevuje nejčastěji? (očísľujte podle priority a doplňte max. tři projevy agresivního chování)
- Probuzení, ranní hygiena, snídaně ...
  - Dopoledne, škola, víkend ...
  - Poledne, oběd, relaxace ...
  - Odpoledne, volnočasové aktivity, hry ...
  - Večeře, večerní program, večerní hygiena, večerka ...

10. Co má podle Vás vliv na agresivitu dětí v zařízení? (je možné vybrat více odpovědí)
- Nedostatečná primární výchova rodičů (rodiny celkově)
  - Nedostatečná předchozí institucionální péče
  - Odloučení od rodiny
  - Vliv vrstevníků
  - Nevhodný vliv pořadů v TV či jiných médiích
  - Nevhodný vliv počítačových her (odtržení od reality)
  - Nedostatek fyzické aktivity
  - Nedostatek individuální pozornosti (rozptýlena mezi větší počet dětí)
  - Nedostatečná či nezvládnutá medikace dítěte
  - Jiná příčina, uveďte ...
11. Mluvíte s dětmi někdy o problémech s agresí? (např. v rámci „volné“ hodiny či posezení s dětmi ve společenské místnosti)
- Nikdy
  - Občas
  - Jen když se vyskytnou
  - Často
12. Řešíte agresivní chování dětí s kolegou či kolegou?
- Ano
  - Ne
  - Někdy
13. Řešíte agresivní chování dětí s ústavními zdravotními sestrami ohledně úprav medikace dítěte?
- Ne, nikdy
  - Občas se zeptám
  - Často se dotazuji
  - Ano, téměř vždy po takovém chování dítěte
14. Snažíte se sami získat více informací o zvládnání agresivních mentálně postižených dětí a jak? (je možné vybrat více odpovědí)
- Nesnažím, vždy je v dosahu někdo, kdo mi pomůže

- Samostudiem
- Návštěvou speciálních kurzů
- Konzultacemi s ostatními kolegy