

TEORETICKÁ ČÁST .....	3
Úvod .....	3
1 Socializace a poruchy chování .....	5
1.1 Socializace .....	6
1.1.1 Etapy socializace .....	6
1.1.2 Prostředky (činitelé) socializace .....	8
1.1.3 Způsoby socializace .....	9
1.2 Konkrétní prvky socializačního procesu v souvislosti s poruchami chování .....	10
2 Poruchy chování .....	17
2.1 Epidemiologie .....	17
2.2 Diagnostická kritéria .....	17
2.3 Poruchy s příznivou prognózou .....	20
2.4 Poruchy s nepříznivou prognózou .....	22
3 Projevy poruch chování .....	26
3.1 Neagresivní projevy poruch chování .....	26
3.2 Agresivní projevy poruch chování .....	31
4 Etiologie .....	36
4.1 Biologické faktory .....	36
4.2 Psychologické faktory .....	37
4.3 Sociální faktory .....	39
5 Řešení problémů dětí s poruchami chování .....	43
5.1 Prevence a výchovné intervence .....	43
5.2 Léčba .....	45
EMPIRICKÁ ČÁST .....	47
6 Formulace problému a výzkumný vzorek .....	47
7 Výzkumný design .....	48
8 Výzkumná metoda .....	50
9 Kazuistika I. ....	52
9.1 Rodinná anamnéza .....	53
9.2 Osobní anamnéza .....	55
9.3 Školní anamnéza .....	56
9.4 Sociální anamnéza .....	57
9.5 Problémové chování .....	57
9.6 Psychiatrická anamnéza .....	58
9.6.1 Psychiatrická ambulance .....	58
9.6.2 Dětská psychiatrická léčebna Louny .....	58
9.6.3 Dětská psychiatrická léčebna Opařany .....	59
9.7 Etopedická intervence .....	61
9.7.1 Diagnostický ústav Dobřichovice .....	61
9.8 Doporučení a prognóza .....	63
9.9 Shrnutí případu .....	64
10 Kazuistika II. ....	66
10.1 Rodinná anamnéza .....	66
10.2 Osobní anamnéza .....	69
10.3 Školní anamnéza .....	69
10.4 Sociální anamnéza .....	70
10.5 Problémové chování .....	70
10.6 Psychiatrická anamnéza .....	71
10.6.1 Oddělení dětské psychiatrie Fakultní Thomayerovy nemocnice .....	71
10.7 Etopedická intervence .....	72

10.7.1	Středisko výchovné péče Klíčov .....	73
10.7.2	Diagnostický ústav Dobřichovice.....	73
10.8	Doporučení a prognóza.....	75
10.9	Shrnutí případu .....	76
11	Kazuistika III .....	77
11.1	Rodinná anamnéza.....	77
11.2	Osobní anamnéza.....	78
11.3	Školní anamnéza.....	79
11.4	Sociální anamnéza .....	79
11.5	Problémové chování .....	80
11.6	Psychiatrická anamnéza.....	81
11.6.1	Psychiatrická léčebna Bohnice .....	81
11.7	Etapedická intervence.....	82
11.7.1	Alternativa .....	82
11.7.2	Diagnostický ústav Dobřichovice.....	82
11.8	Doporučení a prognóza.....	85
11.9	Shrnutí .....	85
12	Kazuistika IV.....	87
12.1	Rodinná anamnéza.....	87
12.2	Osobní anamnéza.....	89
12.3	Školní anamnéza.....	89
12.4	Sociální anamnéza .....	89
12.5	Problémové chování .....	90
12.6	Psychiatrická anamnéza.....	91
12.6.1	Oddělení dětské psychiatrie Fakultní Thomayerovy nemocnice.....	91
12.7	Etapedická intervence.....	91
12.7.1	Středisko výchovné péče Rakovského .....	92
12.7.2	Diagnostický ústav Dobřichovice.....	92
12.8	Doporučení a prognóza.....	94
12.9	Shrnutí případu .....	94
13	Prezentace výsledných dat.....	96
14	Diskuse .....	99
15	Závěr.....	114
16	Použitá literatura.....	117
	Resumé .....	129
	Resumé .....	131

## Úvod

Poruchy chování u dětí a dospívajících představují velice závažnou a obsáhlou problematiku. Je nezbytné uvědomit si, že projevy vyplývající z poruch chování se ve většině případů nevyskytují ojediněle, ale jako komplex nebo syndrom. Pojímají širokou škálu zjevného chování, vedoucího od relativně méně závažného chování, jako jsou například výbuchy vzteku, k závažnějším formám antisociálního chování. To zahrnuje agresi, fyzické ničení či krádeže. Je důležité vyzdvihnout, že se tato problematika dotýká celé společnosti, neboť poruchy chování se odrážejí v rámci sociálního fungování jedince, tj. ovlivňují jeho působení ve společnosti.

Neadekvátní chování, zahrnující poruchy chování, je dle Vágnerové (2005) signálem narušeného socializačního vývoje. Je projevem nízké úrovně sociálních kompetencí, které můžeme definovat jako schopnost jednat účinně a konzistentně, v souladu s pravidly platnými v dané společnosti, skupině či instituci. Z tohoto důvodu se cíl naší práce orientuje na zmapování faktorů, které se podílejí na vzniku a rozvoji poruch chování, právě v kontextu socializace. Rovněž se zaměřujeme na načrtnutí povahy poruch chování v souvislosti s jejich projevy.

Práce je pro přehlednost rozdělena na část teoretickou a na část empirickou. V první části této práce shrnujeme dosavadní poznatky o poruchách chování u dětí a dospívajících. Teoretickou část započínáme kapitolou týkající se socializace. Zaměřujeme se na stručnou charakteristiku socializačního procesu, zmiňujeme se o etapách socializace, prostředcích (činitelích) socializace a způsobech socializace. Poté se věnujeme konkrétním prvkům socializačního procesu v souvislosti s poruchami chování, podrobněji se orientujeme zejména na prostředí rodiny, školy a vrstevnické skupiny.

Další kapitoly se týkají poruch chování. Zaměřujeme se na epidemiologii poruch chování a užívaná diagnostická kritéria. V souladu s těmito kritérii se zabýváme jednotlivými poruchami chování, které v souladu s námi citovanými autory rozdělujeme na poruchy s příznivou prognózou a poruchy s nepříznivou prognózou. Rovněž neopomeneme uvést projevy poruch chování, které rozdělujeme na neagresivní projevy a agresivní projevy. Určitý prostor ponecháváme také etiologii poruch chování. V rámci této kapitoly zmiňujeme faktory, které jsou vzhledem ke vzniku a rozvoji poruch chování považovány za faktory rizikové. Pro přehlednost tyto faktory rozdělujeme na faktory biologické, psychologické a sociální. V závěru empirické části se zabýváme řešením problémů dětí s poruchami chování. Tato kapitola zahrnuje prevenci, výchovné intervence i léčbu.

Empirická část sestává ze čtyř kazuistik, reprezentujících popis a rozbor případů jedinců ve věkovém rozmezí 14 až 15 let, u kterých byly zaznamenány poruchy chování. Metodu kazuistiky jsme zvolili, neboť předpokládáme, že poruchy chování jsou komplexně podmíněny. Domníváme se, že kazuistika nám umožňuje sestavit celkový obraz daných případů v co nejširších souvislostech, nahlédnout do komplexity vzniku a rozvoje poruch chování. Předpokládáme, že řada fenoménů, které mohou zůstat skryty kvantitativnímu výzkumu, může být díky komplexní povaze případových studií odhalena.

Tato práce obsahuje čtyři kazuistiky, které jsou členěny do několika sekcí. Obsahují rodinnou, osobní, školní a sociální anamnézu, sekci týkající se problémového chování, psychiatrickou anamnézu, etopedickou intervenci, navrhnutá doporučení a prognózu. Každá kazuistika je pak uzavřena shrnutím důležitých momentů a prvků.

V závěru empirické části se v oddělení prezentace dat zaměříme na faktory, které jak na straně prostředků socializace tak i na straně jedinců, kteří jsou socializováni, mohou vznik a rozvoj poruch chování podporovat, podněcovat či s poruchami chování určitým způsobem souvisí. Zjištěné údaje zasazujeme do rámce Bronfenbrennerovy teorie ekologických systémů. Dále uvádíme přehled projevů poruch chování u každého jedince, vyzdvihneme vývojovou linii a oblasti, ve kterých se projevy poruch chování u každého jedince vyskytují. V rámci diskuze dat konfrontujeme naše zjištění s dostupnými literárními prameny.

Závěr práce obsahuje celkové shrnutí prezentovaných informací z části teoretické i praktické.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Socializace a poruchy chování

Socializace začíná již v raném dětství a probíhá po celý život. Dle Heluse (1973), pokud označujeme člověka za sociální bytost, myslíme tím zejména to, že jeho nejcharakterističtější vlastnosti vznikají až v důsledku jeho začleňování do kultury určitého lidského společenství, do mezilidských vztahů a společenských činností. Jelikož se poruchy chování odrážejí zvláště v oblasti sociálního fungování jedince a jeho chování v rámci společnosti, lze předpokládat úzkou souvislost mezi procesem socializace a poruchami chování. Vágnerová (2000) dokonce poruchy chování označuje jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni, která by odpovídala jeho věku a rozumovým schopnostem.

Neúspěch socializace je problémem jak pro jedince (společenské vyloučení), tak pro společnost (sociální deviace) (Havlík; Kořa, 2002). Již Freud (in Jedlička; Kořa, 1998) konstatoval, že nepřiměřená či nevhodná socializace může vést k poruchám osobnosti, z nichž mnohé mohou produkovat problémové, až antisociální jednání (dokonce i ve smyslu deviantního).

Někteří autoři rozlišují určité typy chování podle druhu socializace:

- Prosociální chování – socializovaný typ jedince, kdy chování nevybočuje z norem.
- Disociální chování – nejmírnější forma poruchy chování (např. u neurotiků).
- Asociální chování – sem patří takové projevy chování, které nejsou v souladu se společenskou morálkou. Asociální jedinci v objektivním pohledu svým chováním škodí především sobě a to poškozováním své osoby. Patří sem například některé druhy školních přestupků, záškoláctví, útěky z domova, toulání.
- Antisociální chování – zahrnuje protispolečenské chování, které již přímo poškozuje společnost (např. krádeže, agresivní jednání) (Klíma; Klíma, 1978).

Projevy spojené s asociálním a antisociálním chováním se v podstatě shodují s projevy poruch chování (viz kapitola 3. Projevy poruch chování). Z tohoto důvodu předpokládáme úzkou souvislost mezi socializačním procesem a vznikem či rozvojem poruch chování. V této části práce se v první řadě pokusíme charakterizovat proces socializace, poté se budeme této oblasti věnovat z pohledu poruch chování.

## 1.1 Socializace

Havlík a Kořa (2002) předpokládají, že osobnost a chování jedince jsou utvářeny vzájemným působením vnitřních dispozic a vnějších vlivů. V těchto procesech jedince ovlivňuje kulturní a sociální prostředí a on zase naopak působí na ně. Sociální dispozice, s nimiž se člověk rodí, jsou založeny zvláště v druhové schopnosti symbolické komunikace. V sociálním učení, v interakci s okolím se pak projevují, formují a rozvíjejí v reálném chování. Lidé se učí žít s druhými, rozumět požadavkům sociálního prostředí, reflektovaně na ně reagovat. Nejdříve se zmíníme o etapách socializace, následně o prostředcích (činitelích) socializace a způsobech socializace.

### 1.1.1 Etapy socializace

Jelikož se v této práci zaměřujeme na dospívající, orientujeme se na socializační proces právě z tohoto hlediska, tj. do období adolescence. Pokud uvažujeme o socializaci jako o začleňování se do společnosti, do mezilidských vztahů a celkově hodnot společnosti, jako o osvojování si společensky uznávaných a očekávaných norem chování, musíme za počátek tohoto socializačního procesu pokládat již novorozenecké období.

Podle Kotáskové (1987) má rané období vývoje dítěte z psychologického hlediska dva nejdůležitější momenty. První moment představuje utváření primární zkušenosti dítěte - tedy první učení (včetně citového) jako báze pro jeho vyšší formy. Druhý se týká významu tohoto období pro další životní cestu jedince, tj. otázky "kritické periody". Ta představuje možnost jakési psychické stigmatizace člověka, celé jeho osobnosti nebo jejích složek v pozdějším věku. Tyto dva důležité momenty svědčí o tom, že pro zdravý vývoj jedince, pro vývoj sociálního učení a mezilidských vztahů, je raný vztah s pečujícími osobami (rané období vývoje celkově) nezbytným článkem socializačního procesu. Podle Méreie (in Emöke, 1983) se lidský jedinec rodí v podstatě závislý na svém okolí. Rozvinutí vrozených vloh a potenciálních vlastností se váže k sociálním podmínkám, jsou k němu potřebné vzory, které člověk získává ze svého sociálního okolí.

V batolecím období podle Vágnerové (2000) dochází k učení se nápodobou, která umožňuje přejmout hotový vzorec chování. Specifickou variantou napodobování je identifikace, ztotožnění se s někým (obvykle s rodiči stejného pohlaví). Děti napodobují chování rodičů či jiných pečujících osob, přejímají jejich postoje a hodnoty, protože chtějí být jako oni. Je to spojeno nejen s obdivem osoby, s níž se dítě identifikuje, ale také se strachem ze ztráty vazby s citově významnou osobou.

V předškolním věku je jedním z hlavních zdrojů diferencovanějšího a přitom komplexnějšího průběhu interakce dítěte s prostředím postupující kognitivní vývoj. K těmto procesům napomáhá učení a jeho stále složitější formy. V tomto období nastupuje jako důležitá součást socializace hra, která je pro dítě podmínkou pokroku k novým stádiím reálného zvládnutí světa a zvládnutí zkušenosti vůbec. Dítě současně přijímá očekávání druhých, které se týká role jeho samého. Nejvíce se přitom hovoří o imitačním učení a procesu identifikace s určitým sociálním modelem (Kotásková, 1987). V předškolním věku se dítě učí žádoucím vzorcům chování, které mají obecný charakter, tj. nejsou součástí jen některé role. Jde o rozvoj prosociálního chování, respektujícího ostatní, které je spojeno s rozvojem empatie a se schopností ovládat agresivitu a vlastní aktuální potřeby. I to je však výsledkem sociálního učení nápodobou, respektive identifikace (důležitá je existence vhodného modelu), ale i vysvětlování a podmiňování (Vágnerová, 2000).

Po nástupu školní docházky se dítě dostává do školního prostředí, které je pro dítě narozdíl od rodiny neosobní a vyžaduje plnění zadaných úkolů, jejichž nesplnění je zpravidla doprovázeno možností trestu. Škola předkládá určitý řád, mnoho norem, jejichž interiorizace je pokládána za nezbytný předpoklad pro začlenění jedince do společnosti. Dítě se má naučit soužití s jinými jedinci, má se naučit ovládat projevy svých emocí, vystupovat před skupinou, spolupracovat, podřídit se skupinovému cíli (konformita). Má se naučit přijímat hodnocení svých úkonů, přijímat následky za své činy. Nastupuje zde také srovnávání se s druhými jedinci. Ve středním školním věku pak hraje roli identifikace s vrstevnickou skupinou. Učení nápodobou a sociálním zpevněním, které probíhají již od raného dětství je obohacováno dalšími formami sociálního učení - observačním učením (učení pozorováním), učením anticipací (očekáváním) a identifikací (ztotožněním) (Výrost; Slaměnik, 1998). Ve školním věku nabývají na významu také média.

V období pubescence jedinec odmítá podřízenou roli. Podle Homoly (1972) vystupuje dospívající jedinec v různých sociálních rolích, přičemž každá obsahuje nějaký aspekt já. Učí se diferencovat své role. Postupně si vytváří primární roli, ve které se cítí nej pohodlněji, a která je významnou součástí pocitu sebeidentity. Vágnerová (2000) soudí, že v dospívání se obecně zvyšuje význam a vliv vrstevnické skupiny, která obvykle slouží jako referenční model. Také role, kterou jedinec ve skupině získá, má pro něj velký význam.

V tomto období dochází k emancipaci od rodiny. Za normálních okolností si však dospívající i přes svou touhu po emancipaci udržují pozitivní vztahy k rodičům. Mění spíše jen vnější způsoby svého chování, avšak ponechávají si základní hodnoty a morální postoje přejaté ze své rodiny. V tomto období jedinci vědomě přijímají základní normy a principy,

kteře rozhodují o tom, co je či není správné. Požadují však jejich stoprocentní dodržování, to jest za všech okolností (Langmeier; Krejčířová, 1998).

Adolescenti si sami vybírají hodnoty a normy, k nimž chtějí být loajální a nepřijímají automaticky to, co jim rodiče či společnost nabízejí. Uvažují o morálních principech a normách, zaujímají k nim vlastní stanovisko. Sociální role se přibližuje dosažení role dospělého. Jedinec se zbavuje subjektivně degradující role dítěte. Významnou proměnou procházejí i role směřující k profesnímu uplatnění (Vágnerová, 2000).

### **1.1.2 Prostředky (činitelé) socializace**

Podle Janouška a kol. (1988) jsou hlavními činiteli socializace ty primární skupiny, do nichž je jedinec relativně trvale a pevně začleněn, a které proto mají možnost dlouhodobého působení na jedince. Z tohoto hlediska se největší význam přisuzuje zejména rodině, škole, skupinám vrstevníků, hromadným sdělovacím prostředkům.

Osobnost vznikající v rámci rodiny je pod vlivem dvou významných činitelů. Souhrnného, ale skrytého, spontánně se projevujícího vlivu, který je každodenním zážitkem a zkušeností dítěte. Jeho povaha jasně zrcadlí komunikaci dítěte i jeho vztahy k druhým lidem. První, na zkušenostech založené sociální učení, obsahuje mimovolně osvojované si mechanismy komunikace. Druhý zahrnuje uvědoměle zprostředkované představy o výchově dětí, ideály a metody, které jsou dané rodině vlastní. Utvářejí životní plány dítěte, upevňují jeho žebříček hodnot a způsoby chování (Emöke, 1983).

Rodičovské postoje ovlivňují také sebepojetí dítěte. Utvářející se sebepojetí odráží především pojetí dítěte druhými osobami (rodiči). Dítě od raného věku "filtruje" svou informaci o světě přes chování, slova a posléze celé postoje rodičů - k sobě samému, jiným lidem, institucím, hodnotám materiálním i duchovním. Je zde velká pravděpodobnost celoživotního vlivu rané struktury postojů pod vlivem postojů rodičovských. Například při pozdějším založení rodiny se často odrážejí v postojích k partnerovi, k dětem a celé koncepci rodinného života (Kotásková, 1987).

Škola zprostředkovává působení makroprostředí na jedince (formální hodnoty a normy). Zdůrazňuje socializační působení zaměřené především na přípravu pro budoucnost, pro pozdější uplatnění jedince ve společnosti. Neformální hodnoty a normy jsou pak většinou implicitní povahy. Mohou vznikat přímo ve školní třídě jako výraz svébytnosti skupiny, která usiluje o plnění předpokládaných požadavků. Školní třída představuje skupinu, do které je žák relativně trvale začleněn, a která má možnost dlouhodobého a přímého socializačního působení (Výrost; Slaměník, 1998).

Výzkumy z posledních dob ukazují, že také určité charakteristiky osobnosti, jako je například výkonová orientace, vůle učit se, zájem o poznání, kooperativnost, se rozhodujícím způsobem formují již v první třídě (Smékal, 2002). Tedy i na rozvoj těchto charakteristik má fundamentální vliv instituce školy.

Socializační vliv se dle Janouška a kol. (1988) přisuzuje také hromadným sdělovacím prostředkům. V souvislosti s médii se diskutuje zejména o pozorování agrese v médiích a zvyšování agrese diváka na principu nápodoby. Dle závěrů metaanalýzy Wooda, Wonga a Cachereho (1991), která hodnotila výsledky 23 experimentů prováděných v reálných podmínkách, skutečně agrese v médiích posiluje u diváků agresivní chování.

Na závěr této části je nutné vyzdvihnout, že socializace představuje specifický vzájemný vztah. Podle Janouška a kol. (1988) subjekt a objekt socializace jsou dvě odlišné, přitom však vzájemně se doplňující role v tomto vzájemném vztahu. V každém procesu socializace musí být současně jak ten, kdo někoho socializuje, kdo je nositelem socializačního působení a kdo v tomto smyslu představuje subjekt socializace, tak i ten, kdo je v důsledku tohoto působení subjektu socializace určitým způsobem socializován, a kdo tedy v procesu socializace hraje roli objektu socializace.

### 1.1.3 Způsoby socializace

Mezi způsoby socializace patří zejména nápodoba, identifikace, diferenciatní zpevnování (systém odměn a trestů) a verbální vedení.

Podstatou nápodoby je tzv. observační učení. Rozhodující je, co jedinec vidí, že se děje s modelem a co dělá model. Rozhoduje, jestli je model za své chování odměněn či potrestán, je-li úspěšný či neúspěšný, je-li přitažlivý či odpuzující, má-li vysoký či nízký společenský status, prestiž a samozřejmě, jaký cit k němu imitátora váže. To platí i o modelech, o kterých jedinec četl či slyšel, popřípadě které viděl. Modely můžeme rozdělit na ty, které jsou jedinci předkládány sociálním okolím a na ty, které si ze svého okolí jedinec sám vybírá. Modely mohou působit buď přímo nebo zprostředkovaně (např. prostřednictvím televize) (Helus, 1973).

Identifikace dle Vágnerové (2000, s. 97) znamená „...ztotožnění s někým, potřeba být jako on, a tudíž chovat se stejně jako on.“ Jedinec si na základě identifikace osvojuje hotové vzorce chování a řešení problémů, které jsou charakteristické pro identifikační model. Identifikace s jedincem stejného pohlaví je důležitá také z hlediska přijetí pohlavní role.

Diferenciatní zpevnování (zpevnování pomocí odměn a trestů) v terminologii I.P.Pavlova je vlastně podmiňováním, podmíněným chováním. Lidské chování je

kontrolováno svými důsledky. Upevňují se způsoby chování, které byly odměňovány, zatímco neúčinné a potrestané způsoby chování jsou opuštěny (Nakonečný, 1999).

Verbální vedení představuje usměrňování chování instrukcemi. Pokud je verbální specifikace spojena s konkretizací důvodů odměn a trestů, efekt vedení se zesiluje (Nakonečný, 1999).

## **1.2 Konkrétní prvky socializačního procesu v souvislosti s poruchami chování**

Jelikož rodina představuje silný socializační prostředek, nejprve se pokusíme uvést do souvislosti proces socializace ve vztahu k rodině a poruchám chování. Poté se zaměříme na školu a skupinu vrstevníků. Protože si však uvědomujeme, že proces socializace je ovlivňován vzájemnou interakcí jednotlivých aktérů, zamyslíme se také nad charakteristikami dětí a jejich vlivem na prostředky socializace.

### **Socializace v rodině a poruchy chování**

Pokud se zaměříme na psychoanalytické teorie, ty kladou poruchy chování do souvislosti s rodinným prostředím, konkrétně s výchovou a superegem. Freud (in Jedlička; Kořa, 1998) upozorňuje, že pokud rodiče s dítětem špatně zacházejí, nebo mu nevěnovali dostatek péče, může pro takového jedince být velice obtížné být empatickým. Bez této schopnosti má pak jedinec méně důvodů kontrolovat některé agresivní impulsy a výpady vůči ostatním lidem. Další problémy mohou vycházet z nerozvinutého superega, které poukazuje ke svědomí a obsahuje v dětství interiorizované rodičovské hodnoty. Opět v důsledku špatných vztahů s rodiči (např. nedostatek péče, pozornosti, pozitivního citového vztahu) tak může dojít k nedostatečnému osvojení hodnot a dítě pak nebude schopno rozvinout sebekontrolu nad vlastním chováním. S tím souhlasí i Vágnerová (2000), když udává, že dítě se v průběhu vývoje učí diferencovat žádoucí a nežádoucí chování i vhodnost chování ve vztahu k určité situaci. Zpočátku ho korigují rodiče. Později je dítě schopné regulovat své chování samo, i když ho právě nikdo nekontroluje. Signálem dosažení tohoto stádia socializace je schopnost reagovat pocitem viny, když dítě udělá něco, o čem ví, že je to špatné (Vágnerová, 2000). Když tato vnější regulace chybí nebo je doprovázena silnými negativními pocity a tresty, k vnitřní regulaci nemusí dojít. Dále se můžeme setkat i se situací, která je pro socializační proces velice nebezpečná, a to s identifikací s agresorem či obrannou identifikací, kdy se dítě identifikuje s autoritou, jež vyvolává respekt, respektive často s trestající osobou. Identifikace s takovou osobou spočívá především ve zvnitřnění hodnot a norem, které

prezentuje (Vágnerová, 2000). Dle Jedličky a Koti (1998) se někteří psychoanalytici domnívají, že nejenom nedostatečně vyvinuté, ale také nadměrně vyvinuté superego může mít za následek nežádoucí jednání. Takový jedinec má tak vysoké požadavky na sebe i na druhé, že je nemůže naplnit a z toho důvodu může žít v neustálém napětí a nespokojenosti. To může plodit frustraci, agresivitu a z ní vyplývající nežádoucí formy jednání.

Jak upozorňuje například Kotásková (1987), velice důležitá je rovněž kvalita vazby mezi matkou (či jinou pečující osobou) a dítětem a to již od raného věku dítěte. Aby si dítě mohlo konstruovat stabilní svět, musí se naučit anticipovat důsledek svého chování pro matku či jinou stálou osobu. Z tohoto důvodu je velice důležitá konsistence chování matky (respektive pečující osoby), senzitivnost, schopnost reagovat na potřeby dítěte. Konsistence chování matky či jiné pečující osoby při střetávání se s potřebami dítěte má silný emoční kontext. U dítěte ovlivňuje vybudování pocitu bezpečí, pocitu, že je mu dobře, je akceptováno, milováno. Tedy vybudování důvěry ve vnější svět vůbec. Nejsou-li tyto podmínky splněny, bude přizpůsobení nepravidelné rutině pro dítě poměrně obtížné, frustrující, oslabující důvěru v ostatní i sebedůvěru. Mnohdy navodí dokonce i úzkost jako důsledek desorientovanosti i ztráty kontroly nad situací pro ně nepřehlédnutelnou. A jak jistě víme nepřehlednost situace vyvolává extrémní v chování. Rovněž to naruší pocit dítěte, že má schopnost působit na druhé a dokáže efektivně ovlivňovat své okolí, předvídat chování druhých. Tím může být narušeno vytváření základu pro další sociální učení a tedy socializační proces jako takový (Langmeier; Krejčířová, 1998). Senzitivnost matky je rovněž nezanedbatelná. Pokud může dítě svými projevy kontrolovat situaci, své potřeby, tím je stabilnější a jistější jeho očekávání a zkušenost. A naopak neadekvátní či žádná odpověď na jeho iniciativu retarduje či vůbec potlačuje vývoj sociální aktivity. Aby dítě matku přilákalo, může začít používat stále extrémnější projevy chování, což může vyústit až v poruchy chování. Jako méně citlivé, s nedostatečnými výrazy emocí bývají často hodnoceny matky, u nichž nalezneme nejistý typ attachmentu (vazby) (Langmeier; Krejčířová, 1998). Souvislost mezi poruchami chování a typem attachmentu potvrzuje řada studií. Van Ijzendoorn et al. (1997) ve shodě s Baronem (2003) zjistil u jedinců s poruchami chování nejistý typ attachmentu v 90 až 95% ve srovnání se 40% u běžné populace. Nejistý typ attachmentu jako jeden z rizikových faktorů zmiňuje také Greenberg, Speltz, Deklyen a Jones (2001). Jak upozorňuje Weber, Meloy, Gacono (1992) nekvalitní attachment mezi rodiči a dětmi může vést k rozvoji takového vztahu, ve kterém je narušena empatie, snižuje se tolerance hladiny úzkosti, je naplněn nedostatkem pocitu viny a výčitkami svědomí, lítostí. Tento model vztahu může pak být přenášen i do jiných vztahů s druhými lidmi a podněcovat problémové chování.

Další problém v procesu socializace nastává dle Laheyho et al. (1988) u rodičů s antisociální poruchou osobnosti. Dle jeho zjištění je výskyt této poruchy u rodičů v přímé souvislosti s výskytem poruch chování u dětí. Pokud se podíváme na charakteristiku osob s antisociální poruchou osobnosti (dle MKN 10 dissociální porucha osobnosti), můžeme hlouběji pochopit dané souvislosti. Takové osoby neberou na vědomí práva a zájmy druhých, nedokáží se přizpůsobit pravidlům společnosti. Jejich svědomí je chatrné, primitivní nebo žádné, chybí jim empatie, schopnost milovat či věřit v pozitivní věci. Často jsou agresivní. Nalézáme u nich neschopnost pocitu viny či výčitek svědomí (Balon, 2002). První nebezpečí nastává již v kojeneckém období, kdy takoví rodiče nejsou schopni či ochotni adekvátně reagovat na potřeby dítěte (viz výše konzistence péče, senzitivita matky a typ attachmentu). V průběhu doby pak nastává další nebezpečí a to jak v procesu identifikace, tak v učení pozorováním, nápodobou. V této souvislosti je důležitá Bandurova teorie sociálního učení, která naznačuje, že individua se učí širokou škálu chování prostřednictvím pozorování a modelování, a že důležitými mediátory observačního učení jsou kognitivní procesy. Dle Doganové, Congera, Kima a Masynové (2007) je důležité uvědomit si, že antisociální chování rodičů má výrazný vliv na antisociální chování jejich dětí, neboť percepce či uvědomění rodičovského chování může poskytnout důležitý kognitivní mechanismus, skrze který se chování jedné generace přenesou i na generaci další. Tyto percepce formované pozorováním a modelováním mohou hrát rozhodující úlohu v tom, jaký vliv bude mít antisociální chování na schopnost přizpůsobení jejich dětí. Jak však upozorňují, výraznou roli zde hraje nejenom učení nápodobou, pozorováním, ale také interpretace. Domnívají se, že to, jak adolescenti percipují antisociální chování rodičů, může být klíčovým pro výběr a validizaci jejich vlastního chování. Pro pubescenty v této studii, rozpoznání toho, že se jejich rodiče chovají antisociálně, u nich zvýšilo riziko poruch chování, riziko vlastního antisociálního chování. Stejně důležitým, jak potvrdily výsledky, se jeví také to, že antisociální chování rodičů významně snižuje jejich rodičovské kvality, které pak rovněž vedou ke zvýšenému výskytu poruch chování a antisociálního chování u dětí (Dogan; Conger; Kim; Masyn, 2007). Patterson, DeBaryshe a Ramsey (1989) upozorňují, že antisociální chování rodičů je přímo spojeno s deficitem v řídicích praktikách rodiny. Rodiče, u kterých nalezneme v dovednostech nedostatek přísnosti, konsistence a disciplíny, mnohem častěji užívají hostilní a nátlakové metody. Rodiče s nižší úrovní dovedností pak mnohem častěji neúmyslně posilují agresivní a antisociální chování a selhávají v užívání vhodných disciplinárních strategií vzhledem k přečinům dětí, které dále zhoršují poruchy chování a antisociální tendence (Patterson 1982 in Dogan; Conger; Kim; Masyn, 2007). Jak však upozorňuje Jaffee, Moffitt, Caspi a Taylor

(2003) nemusí to být dáno pouze vlivy okolí, ale také genetickými faktory, protože faktor hereditu je dle jejich názoru vysoký.

To se týká i rodičů, kteří jsou závislí na návykových látkách. Takoví rodiče jsou problematictí jako objekt identifikace (je narušena pozitivní identifikace s rodičovskými modely), rovněž neposkytují vhodný model k nápodobě. Dítě si nemůže osvojit konstruktivní strategie reagování a řešení situací. Woititz (1998) například popsala některé znaky dětí, jejichž rodiče jsou závislí na alkoholu. Mimo jiné k nim řadí následující symptomy: nejistotu, co je normální; sklon ke lhaní, který souvisí s přehnanou sebekritičností (aby ochránili své ego a sebeobranu před hodnocením druhých a navenek vystupovali podle svého konceptu „normálního fungování“, zastírají některé situace „lží“; chtějí, aby je ostatní hodnotili dobře.); nadměrnou nebo nedostatečnou odpovědnost; problémy v důvěrných vztazích; nepřiměřené reakce na okolnosti, které nelze ovlivnit; přílišnou potřebu chvály; pocity odlišnosti; loajalitu tam, kde není adekvátní, a impulsivnost. Řada z těchto charakteristik je pro děti s poruchami chování typická. Lze předpokládat, že některé z těchto faktorů mohou být způsobeny jednak nečitelností sociální situace, jednak charakteristikami a behaviorálními strategiemi rodičů. Rodič například může používat systém odměn a trestů, které jsou k aktuálnímu chování dítěte neadekvátní, tj. opět nastává pro dítě nečitelná situace ústící v problémové chování. Děti také přebírají strategie, jak řešit problémy, které jsou u těchto rodičů narušené, nekonstruktivní. Tuto problematiku nalezneme i u rodičů s jinými psychickými poruchami nebo nedostatkem kompetencí ve výchově.

Dle Katze a Gottmana (1993) také negativní vztah mezi rodiči (hostilita či chlad) se může projevit problémy v chování jejich dětí. Jednak jde o nepříznivou rodinnou atmosféru, která v dítěti vzbuzuje úzkost, tenzi, v některých případech vztek, které k poruchám chování mohou přispět. Dále hrají roli neadekvátní modely chování a behaviorální strategie, které dítě přebírá.

Výzkumy ukázaly, že velký vliv mají rovněž ty způsoby socializace jako je diferenciální zpevnování a verbální vedení. Dojde-li ke kombinaci instruuující kontroly a zpevnujících sankcí, pak sílu sankcí zvětšuje verbální specifikace a sice tím, že konkretizuje důvody odměn a trestů (Nakonečný, 1999). To dokázaly některé studie týkající se oblasti regulace a svědomí. Pokud rodiče užívají pouze systém trestů, proces seberegulace je ohrožen. Hughes a Dunn (2000) zjistili, že děti s externalizovaným svědomím (pokud nenastane trest, v podstatě se nic nestalo) byly vychovávány systémem trestů, děti s interiorizovaným svědomím byly vychovávány spíše empatickým zdůvodňováním, proč je co špatné. Může nám být jasné, že například agresivní chování či záškoláctví, které je trestáno

pouze vnějškově a nenastávají pocity viny, se bude projevovat častěji, než kdyby měl jedinec rozvinut systém vnitřní regulace.

Problematickou se jeví také rozporná výchova a to ať již na straně jednoho rodiče (např. dlouho si nevšímá výchovy dítěte, ponechává mu volnost a po stížnosti na dítě křičí, hrozí, přísně trestá), tak i mezi rodiči (např. extrémně přísný otec a omlouvající, ochranná matka se slabým výchovným vedením). Dítěti pak není jasné, co se má a nemá, kdy a zda vůbec se to bude kontrolovat, zda třeba to, co bylo tolerováno nebude potrestáno. Opět vzniká nepřehledná, chaotická, frustrující situace, která neumožní dítěti vytvořit si jasné regulativy chování (Čáp; Boschek, 1994).

K tomu dále přispívají takové faktory jako je nefunkční, dysfunkční či početná rodina. Do procesu socializace vstupují jednak nedostatečně užívané výchovné praktiky, jednak osobnostní charakteristiky rodičů (podrážděnost, agresivita atd.) vyvolané frustrující situací nedostatku finančních prostředků či jinými problémy.

Jak upozorňuje Kraus (1998) nebezpečí narušené nebo nedostatečné socializace v rodině tkví v tom, že určitá životní situace může být východiskem pro vyhledávání dalších modelově podobných situací, pro obdobnou reakci v nich. Způsobuje vznik zvyků a postupně i rysů či dokonce typů chování.

### **Socializace ve škole a ve vrstevnické skupině a poruchy chování**

Je jasné, že dítě vstupuje do školy se základy osvojenými v rodině. Teorie sociálního učení naznačuje, že pokud dítě používalo negativní chování v rodině jako prostředek k dosažení určitého cíle, bude pak toto naučené chování aplikovat také na školní prostředí. Například dítě je odmítnuto, rozčílí se a násilím se pokusí docílit toho, co chce. Následuje však další odmítnutí více vrstevníky, od kterých by se mohlo dítě mnoho naučit (Ford-Martin; Gale, 2006). Rovněž si dítě do školy a vrstevnické skupiny přináší určité hodnoty, normy a způsoby chování. Jestliže vstoupí dítě do skupiny s chováním, které neodpovídá normám majority, riskuje odmítnutí skupinou. Pro ty, kteří nemají v moci své chování změnit, mohou být sankce skupiny kruté (Harris, 1995). To samozřejmě platí i o vztahu žák-učitel. Dítě může být ve škole odmítnuto také z dalších důvodů - určité osobnostní charakteristiky jako je snížený intelekt, emoční senzitivita, impulzivita, nedostatečně rozvinuté sociální dovednosti (opět souvisí s rodinou), fyzická odlišnost.

V této souvislosti je důležité uvědomit si, že vrstevnické vztahy ve školní třídě i mimo ni prohlubují a strukturují sociální zkušenost. Pomáhají rozvíjet mezilidské interakce a vztahy, formují a rozvíjejí dovednosti, návyky, postoje a hodnoty, které se projevují

v reálném životě jedince (Výrost; Slaměník, 1998). Dítě, které je vrstevníky odmítnuto, vykazuje ve srovnání s ostatními dětmi nižší úroveň sociálních dovedností, kompetencí. Spetter, LaGreca, Hogan a Vaughn (1992) se domnívají, že děti, které byly vrstevníky odmítnuty, interagují s druhými dětmi méně pozitivně a jsou rovněž méně sociálně citlivé. Dále vykazují více negativních sociálních výstupů v chování a z toho důvodu se mohou v nových situacích chovat neadekvátně. Dle Johnsona, Smailese, Cohena, Kasena a Brooka (2004) se k tomu může připojovat zvýšená emocionální reaktivita a nekontrolovatelná agresivita, což opět vyvolává ze strany vrstevníků negativní odezvy. Dodge (1993) zjistil, že pokud je dítě vrstevníky odmítáno, mívá tendenci interpretovat motivy vrstevníků jako hostilní, což vede ke zvýšení reaktivní agresivity.

Pokud jde o prostředí školy a vrstevnické skupiny, zde se je dobré zabývat se zvláště poruchami chování s nástupem v dětství a s nástupem v adolescenci. Poruchy chování s časným nástupem jsou spojeny s narušeným rozvojem některých oblastí, např. dosažením školního úspěchu, schopností seberegulace, navázáním úspěšných vztahů s druhými. Obzvláště pak narušují blízké vztahy, takové jako jsou vztahy přátelské či intimní (Dishion; Patterson, 2006 in Piehler; Dishion, 2007). V podstatě jako kdyby problémové chování v dětství narušovalo vytváření raných přátelských vazeb, které umožňují základní trénink společných a uspokojujících vztahů s druhými. Rané poruchy chování a antisociální jednání vedou k odmítnutí vrstevníky, což opět zpětně ústí v prohloubení problémů přecházejících až do dospělosti. Také se zjistilo, že pro vztahy dětí s poruchami chování je typické, že mají kratší trvání, jsou méně uspokojivé a jsou charakteristické přítomností konfliktu či panovačnosti (Dishion; Andrews, Crosby, 1995; Poulin; Dishion; Haas, 1999). Zkušenosti chudé časně socializace a raného odmítnutí vrstevníky mohou vést v chudé interpersonální zkušenosti a to na základě snížených sociálních kompetencí - od zpracování sociálních informací (Fontaine; Burks; Dodge, 2002) po regulaci pozornosti (Piehler; Dishion, 2007). Jedinci s poruchami chování s nástupem v adolescenci mají oproti předchozí skupině určitou výhodu. Mohli projít socializačním procesem v období dětství a tedy i mít pozitivní vztahy, například přátelství. Měli lepší příležitost vybudovat si spektrum interpersonálních dovedností (Piehler; Dishion, 2007). Dle zjištění Newmana, Lohmana a Newmana (2007) ale i v adolescenci existuje úzká souvislost mezi poruchami chování a nepřijetím ze strany vrstevníků. Na základě výsledků výzkumu s adolescentními jedinci uvádějí, že pokud adolescenti vnímali začlenění do skupiny vrstevníků jako důležité a dostalo se jim přijetí, bylo u nich zjištěno mnohem méně poruch chování ve srovnání se skupinou, která rovněž začlenění do skupiny vnímala jako důležité, ale přijetí se jim nedostalo.

Školní prostředí představuje novou sociální situaci, kde hraje v rámci socializačních tendencí roli také prospěch. Poruchy chování tak mohou být vyvolány také školním neúspěchem. Tlak na úspěch, kterého dané dítě nedokáže dosáhnout, může vyvolat kompenzační mechanismy. Když se dítě nemůže prosadit výkonem, zkouší to šaškováním, vytahováním, zlobením. Prožívaný neúspěch může rovněž způsobit napětí, které se snaží dítě odreagovat agresí (Pokorná, 2001). Na souvislost poruch chování a školního neúspěchu poukazují i další autoři (Laukkanen; Shemeikka; Notkola; Koivumaa-Honkanen; Nissinen, 2002; Trzesniewski; Moffitt; Caspi; Taylor; Maughan, 2006).

Odchytky v socializaci nastávají nejenom v situaci odmítnutí vrstevníky, kdy si dítě nemůže dostatečně osvojit sociální dovednosti či v souvislosti s neúspěchem ve škole, ale také v souvislosti se zařazením do skupiny vrstevníků problematických. Některé výzkumy uvádějí jako rizikový faktor právě negativní vliv vrstevníků, konkrétně vrstevníků s asociálními projevy (Bassarath, 2001; Sameroff; Peck; Eccles, 2004). Jedinec se s normami této skupiny identifikuje, osvojuje si neadekvátní postoje, hodnoty i rysy. Význam skupiny pak narůstá s věkem a graduje v pubescenci a adolescenci. Pokud dítě nemá dostatečně pevné a harmonické rodinné zázemí, je toto riziko samozřejmě vyšší.

Důležité je uvědomit si, že jak do rodinného prostředí, tak do prostředí školy vstupuje majoritní kultura, očekávání, která by měla být naplněna. Odlišnosti nejsou přijímány pozitivně, což se může také podílet na rozvoji poruch chování.

### **Socializace a osobnostní charakteristiky jedince s poruchami chování**

Nesmíme však zapomínat na vzájemné ovlivňování, na fakt, že dítě je rovněž aktivním členem sociální interakce, aktérem socializačního procesu. Takové faktory jako je dědičnost, impulzivita, dráždivost, nižší odolnost k zátěži, hostilní atribuce či nižší sociální inteligence samozřejmě v socializačním procesu určitým způsobem figurují a ovlivňují chování jednotlivých aktérů. Některé studie (Hipwell et al. 2007; Wootton; Frick; Shelton; Silverthorn, 1997) například poukázaly na fakt, že děti s poruchami chování, u kterých můžeme identifikovat emocionální chlad a bezohlednost (v podstatě znaky psychotismu), mohou být méně citlivé na běžné rodičovské praktiky.

Na závěr se nabízí se otázka, co je příčinou a co následkem. Jisté však je, že ať již je příčina poruch chování na straně dítěte nebo na straně rodičů, školy či vrstevníků, zpětně ovlivňuje chování druhých aktérů a to zase ovlivňuje aktéra prvního (cyklická situace). Spíše jde tedy o komplexně podmíněný jev, o souhru řady faktorů.

## 2 Poruchy chování

V této části práce se zaměříme zejména na epidemiologii, diagnostická kritéria a na konkrétní poruchy chování, které budeme rozlišovat na poruchy s příznivou prognózou a poruchy s nepříznivou prognózou.

### 2.1 Epidemiologie

Epidemiologie poruch chování mezi dětmi školního věku se dle různých autorů pohybuje v rozmezí 5-20%. Poměr chlapců k dívkám je udáván široce 4 – 12 : 1 (Malá, 2000). Stanovení četnosti těchto poruch však závisí na diagnostických kritériích, která mohou být odlišná (mezinárodní klasifikační systémy se však snaží tato kritéria sjednotit). Navíc tolerance k různým projevům chování je sociokulturně závislá. Například u Rómů je kladen menší důraz na sebeovládání a impulzivní projevy jsou považovány za normu (Lukáčová, 2007).

### 2.2 Diagnostická kritéria

Dle Theinera (2007) je jedním z nejobtížnějších prvků při diagnostice poruch chování odlišení normální agrese a „nepsychiatrického“ problémového chování od stálejšího a pervazivního problémového chování. Za důvod pro psychiatrickou diagnózu nemůžeme totiž považovat ojedinělé dissociální činy či kriminální činy, vzdorovité chování, záškoláctví, občasné krádeže a rvačky, i když všechny tyto jevy jsou pro poruchy chování typické. Teprve pokud je takovéto problémové chování přítomno trvale, je extrémní a hrubě překračuje vzory chování typické pro příslušný věk, lze o diagnóze poruchy chování uvažovat.

Nyní uvedeme diagnostická kritéria podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN 10) (1992). Poruchy chování jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým obrazem chování:

- dissociálního
- agresivního
- vzdorovitého.

Při posuzování, zda je přítomna porucha chování, je třeba brát v úvahu vývojový stupeň dítěte. V předškolním věku nemají děti ještě pevně ustálené morální normy a většina „lží“ či „krádeží“ tak nemá charakter skutečné poruchy chování. Ve starším školním věku však dítě již etické normy dobře zná a mělo by si být vědomo závažnosti jejich porušování. Významnost těchto přestupků tak narůstá s věkem dítěte (Říčan, Krejčířová a kol., 1995).

Vylučujícími kritérii jsou přítomnost schizofrenie, mánie, pervazivní vývojové poruchy, hyperkinetické poruchy a deprese. Porucha chování se často nachází v kombinaci s jinými chorobnými stavy. Pokud se současně vyskytují emoční dětské poruchy, diagnostikuje se smíšená porucha chování a emocí, pokud je přítomna hyperkinetická porucha, diagnostikuje se hyperkinetická porucha chování (Theiner, 2007).

V rámci diagnostických kritérií, jak je uvádí Malá (2000) nalézáme tři významné oblasti (označeny písmeny A, B, C), které musí být naplněny.

A. Opakující se stabilní vzorce chování, ve kterých dochází k porušování sociálních norem, pravidel a práv druhých. Během uplynulého roku musí být přítomny tři nebo více symptomů s jedním symptomem trvale přítomným v posledním půlroce. Mezi symptomy je zahrnuto následující chování:

1) Agrese k lidem a zvířatům:

- často šikanuje, vyhrožuje nebo zastrašuje druhé;
- často začíná prance, bitky;
- jako zbraň používá předměty, které mohou těžce zranit druhé (například cihly, nože, rozbité lahve...);
- projevuje fyzickou agresi a hrubost k lidem;
- projevuje fyzickou agresi a hrubost ke zvířatům;
- krade způsobem, při němž dochází ke střetu s obětí (například loupežná přepadení, vydírání...);
- vynucuje si na druhém sexuální aktivitu.

2) Destrukce majetku a vlastnictví:

- zakládá ohně se záměrem vážného poškození;
- ničí majetek druhých.

3) Nepoctivost nebo krádeže

- vloupává se do domů, budov, aut;
- často lže, aby získal prospěch nebo výhody nebo aby se vyhnul povinností, závazkům;
- krádeže, bez konfrontace s obětí (například v samoobsluze, padělání peněz, listin...).

4) Vážné násilné porušování pravidel:

- před třináctým rokem opakovaně zůstává přes zákazy rodičů celé noci venku;
- utíká z domova, ačkoliv bydlí v domě rodičů nebo jejich zástupců (nejméně dvakrát) nebo se nevrací po dlouhou dobu;
- časté záškoláctví před třináctým rokem.

B. Poruchy chování významně zhoršují školní a pracovní fungování.

C. Je-li jedinec starší 18 let, tak jsou splněna kritéria pro stanovení diagnózy dissociální porucha osobnosti (F60.2) (Malá, 2000).

Pokud jde o určení začátku, můžeme rozlišit poruchy chování se začátkem v dětském věku (alespoň jeden symptom musí být přítomen před 10. rokem věku) a začátkem v adolescenci (žádný ze symptomů není přítomen před 10. rokem věku (Malá, 2002).

Dle Malé (2000) můžeme rovněž hovořit o specifikách tíže. Specifika tíže rozlišuje na poruchu lehkou zahrnující málo problémů nebo žádné problémy vyplývající z poruch chování, které se týkají pouze mírného poškození druhých. Poruchu střední se střední frekvencí problémového chování, kdy jeho vliv na druhé fluktuuje mezi středním a těžkým. Poruchu těžkou, která obsahuje více problémů, než vyžaduje stanovení diagnózy, nebo takové poruchy chování, které mají za následek těžké ublížení na zdraví. Dle Loebera (1991 in Theiner, 2007) se za vývojovou dráhu často považuje následující posloupnost: porucha opozičního vzdoru – porucha chování – dissociální (antisociální) porucha osobnosti. Dosud ale není přesně známo, jaká část dětí s poruchou opozičního vzdoru se touto cestou skutečně vyvíjí, protože porucha opozičního vzdoru nemusí vždy přecházet v závažnější poruchy chování a opět jen 30–50 % adolescentů s poruchou chování má dále v dospělosti antisociální poruchu osobnosti.

MKN 10 (1992) poruchy chování rozděluje na:

- poruchu chování ve vztahu k rodině;
- nesocializovanou poruchu chování;
- socializovanou poruchu chování;
- poruchu opozičního vzdoru.

Dle Theinera (2007) není smysluplnost takového dělení beze zbytku prokázána. Kategorie jsou vytvořeny podle rozličných třídících kritérií – prostředí, kde se poruchy chování objevují, socializace jedince i vývojového období. Jaká je souvislost těchto kategorií, také není přesně známo. Navíc syndrom poruch chování nalezneme i u jiných diagnóz – poruch přízpusobení, poruch sociálních vztahů v dětství a hyperkinetické poruchy chování.

Z tohoto důvodu budeme v této práci probírat rovněž poruchy chování, které se vyskytují i u jiných diagnostických kategorií, které budeme dělit na základě prognózy na dvě skupiny:

- poruchy s příznivou prognózou,
- poruchy s nepříznivou prognózou.

Poruchy chování dle MKN 10 (1992) nalezneme pod touto diagnostickou kategorií: poruchy chování (F91). Z výše uvedených důvodů uvedeme, ve shodě s některými autory (například Theiner, 2007; Malá, 2000, 2002), další diagnostické kategorie, které se poruch chování týkají, a to: poruchy přizpůsobení (F43.24, 43.25), poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci (F94.1, 94.2), smíšené poruchy chování a emocí (F92) a hyper-kinetickou poruchu chování (F90.1). V této části práce, která se zabývá jejich stručnou charakteristikou, budeme tyto poruchy rozdělovat podle kritéria, jak ho uvádí výše uvedení autoři - na poruchy s příznivou prognózou a poruchy s nepříznivou prognózou.

### **2.3 Poruchy s příznivou prognózou**

Mezi poruchy s příznivou prognózou se řadí takové poruchy, které jsou buď reakcí na určitá prostředí (například porucha chování ve vztahu k rodině), nebo je jejich vznik vázán do skupinových aktivit (socializované poruchy chování) (Malá, 2000). Jde o poruchy tranzitorní, které s maturací spíše mizí (Malá, 2002).

Patří sem porucha chování ve vztahu k rodině (F91.0), socializovaná porucha chování (F91.2), smíšené poruchy chování a emocí (F92), porucha přizpůsobení s převládající poruchou chování (F43.24), porucha přizpůsobení se smíšenou poruchou chování a emocí (F43.25) a reaktivní porucha přichylnosti v dětství (F64.1).

#### **Porucha chování ve vztahu k rodině (F 91.0)**

Musí se opakovat stejné vzorce chování, trvale stejný obraz v kontextu interpersonálních vztahů v rodině (Malá, 2000).

Mezi symptomy se zařazuje agrese nebo disociální chování zaměřené na domov, krádeže, destrukce cenností nebo všech věcí patřících určité osobě doma, zakládání ohně v bytech a prostorách patřících rodině (Malá, 2002).

Dle Zvolského a kol. (1996) sociální vztahy i chování dítěte mimo rodinu není narušeno. Konflikty vznikají pouze v rodinném prostředí, většinou ve vztahu k jednomu z rodičů, například k nevlastnímu otci. Podle mínění Malé (2000) je prognóza docela dobrá. Jen vzácně dochází v adolescenci k rozšiřování patologických vzorců chování a vztahů i

mimo rodinu a porucha se pak vztahuje k nezdrženlivé, nezralé, pasivně agresivní poruše osobnosti (F60.8).

### **Socializovaná porucha chování (F91.2)**

Tato porucha se vyznačuje zapojením dítěte do skupiny vrstevníků, kde existuje určité přátelství, rituály a struktura organizace a kde skupina obvykle vykazuje delikventní aktivitu. Vztahy k autoritám jsou špatné, i když k některým vybraným dospělým mohou být dobré. Doma mohou být dobré vztahy, vždy se ale vyskytuje negativní vztah ke škole, různé přečiny s partou, jako například společné krádeže a záškoláctví. Agrese není častá a také emoční instabilita a emoční poruchy nebývají přítomny (Malá, 2000).

### **Smíšené poruchy chování a emocí (F92)**

Jde o kombinaci trvale vzdorovitého, agresivního a disociálního chování s výraznou emoční poruchou a neurotickými symptomy. Kromě poruch chování jsou častá úzkost, bázlivost, fobie, hypochondrie. Dále mohou být přítomny obsese, kompulze nebo derealizace a depersonalizace. Pokud se vyskytuje zřetelné trvalejší depresivní ladění, smutek, nezáměr, anhedonie, akuzace a beznaděj střídané agresivitou, krádežemi, zneužíváním návykových látek a dalším asociálním chováním, jde o depresivní poruchu chování (F92.0). Čím je dítě mladší, tím výraznější budou somatoformní poruchy- vegetativní dysfunkce, bolesti břicha, hlavy, poruchy spánku a příjmu potravy (Malá, 2000).

Poruchy chování jako malaadaptivní reakce na trvale nepříznivé zevní okolnosti jsou diagnostikovány u poruchy přizpůsobení (F43) a u poruchy sociálních vztahů (F94).

### **Porucha přizpůsobení s převládající poruchou chování (F43.24)**

Je reakcí na zátěžovou situaci, postihující integritu sociálních vztahů, hodnot a zázemí. Projeví se agresivním nebo disociálním chováním, často u adolescentů. Symptomy nemusí být okamžitou reakcí na stres, zvláště je-li zátěž trvalého rázu. Jde o snahu po aktivitě, „být v akci“ a tím se vyhnout další traumatizaci. Jsou překračována práva druhých, sociální normy s lhostejností a ignorancí. Vyskytuje se vandalismus, záškoláctví, hazardní jízdy (motoroky, auta), rvačky (Malá, 2002).

### **Porucha přizpůsobení se smíšenou poruchou chování a emocí (F43.25)**

Mimo poruch chování jsou přítomny úzkost, obavy, depresivní ladění, tenze, neschopnost řešit situace, plánovat dopředu, zvládat zátěž denního života, jak práci, tak studium, tzv. pracovní nebo studijní inhibice (Malá, 2000).

### **Reaktivní porucha přichylnosti (F94.1)**

Jde o specifickou poruchu adaptace v útlém dětství (období dvou až pěti let života dítěte). Objevují se trvalé abnormality v sociálních vztazích dítěte vyvolávající citovou poruchu. Do této diagnostické skupiny by se řadil podle dřívější terminologie syndrom týraného a zneužívaného dítěte a syndrom citové deprivace. Charakteristická je určitá bázlivost, ambivalentní sociální reakce (zvláště selhávání při změnách, rozloučení, přemístění atd.), chudost sociální interakce s vrstevníky i dospělými. Často se objevuje apatie, neprospívání, tělesné i duševní zaostávání. Při záchvatech pláče, vzteku nebo agrese je dítě ovlivnitelné uklidňováním. Abnormní charakter vztahu je trvalý, i když přece jen reaguje na dlouhodobé výrazně pozitivní změny péče. Tato porucha se však neprojevuje u všech zneužívaných a zanedbávaných dětí (Malá, 2000).

## **2.4 Poruchy s nepříznivou prognózou**

Poruchy s nepříznivou prognózou jsou víceméně trvalé a kontinuální. Kontinuita poruchy jde od poruch chování v předškolním věku, přes disharmonický vývoj osobnosti s nesocializovanou poruchou chování v adolescenci do dissociální psychopatie v dospělosti (Malá, 2002).

Faktory kontinuity antisociálních poruch chování od dětství do dospělosti:

- ❑ manifestace v útlém dětství;
- ❑ chování neměnicí se změnou prostředí s častou frekvencí, stabilně se opakující;
- ❑ špatné vztahy k vrstevníkům;
- ❑ poruchy pozornosti, impulzivita a hyperaktivita;
- ❑ dysfunkční rodina s patologickou interakcí a komunikací.

Mezi poruchami se špatnou prognózou uvedeme dezinhibovanou přichylnost v dětství (F94.2), nesocializovanou poruchu chování (F91.1), poruchu opozičního vzporu (F91.3) a hyperkinetickou poruchu chování (F90.1).

### **Dezinhibovaná přichylnost v dětství (F94.2)**

Porucha vzniká během prvních pěti let života. Všechny poruchy chování v tomto věku jsou definovány tolerancí rodiny nebo společenství, kde se dítě pohybuje, k jeho projevům (Malá, 2000). Dle Malé (2002) nevytvoření láskyplného vztahu mezi rodičem (vychovatel) a dítětem vede k selhání v dalším vývojovém úkolu – v separaci. Objevuje se přítulnost bez milovaného objektu, bez výběru zaměřené náklonnosti. Dítě se nenaučí navázat jeden stabilní, bezpečný vztah, což se později projeví neschopností navázat vztah k vrstevníkům. Kolem

čtvrtého roku je tato disperzní náklonnost nahrazena vyžadováním pozornosti a tzv. nenasytitelností lásky („věší se na každého“). Častý následek citové deprivace, tzv. syndrom ústavního dítěte, nebo počátky citově chladné poruchy osobnosti jsou charakterizovány nevytvořením selektivního citového vztahu, vztahovou rozptýleností bez zaměřené náklonnosti, chudými sociálními interakcemi, nedostatečnými situačně specifickými projevy, neschopností důvěrného vztahu jak k vychovatelům, tak k vrstevníkům (Malá, 2002).

Diagnóza zde v největší části spočívá na percepci a sdělení o chování dítěte rodičem nebo vychovatelem. Poruchy chování u dítěte v předškolním věku vždy ukazují na problémy v rodině. Často je obtížné zjistit, co hraje hlavní roli v rodinné interakci a jak je těžké vyjádřit ostatní rodinné problémy. Asi 3% tříletých dětí má poruchy řeči a u poloviny z nich jsou též přítomny poruchy chování ve srovnání se 14% poruch chování v celé populaci. Rozvoj řeči a jazykových schopností je u dětí s poruchami chování signifikantně opožděn. Stres během fetálního života a perinatální komplikace bývají jedním z etiologických faktorů při vývoji poruch chování od nejútlejšího věku. Bývají často spojeny s hyperkinetickými poruchami (Malá, 2000).

### **Nesocializovaná porucha chování (F91.1)**

Dle Traina (2001) se jedná o jednu z nejběžnějších poruch chování. Existují odhady, které říkají, že se vyskytuje u 4% dětí, které žijí na venkově, a u 9% dětí, které žijí ve městech. Jiné odhady hovoří o tom, že v určitých skupinách dětí dosahuje výskyt této poruchy dokonce 16%. Záleží na tom, co je do této statistiky zahrnuto. Nejčastěji se s touto poruchou setkáváme ve vyšším dětském věku nebo na začátku puberty. Zřídka se objeví po 16 roce.

Na vývoji této poruchy se podílí dědičnost i učení. O učení, tj. o vnějších vlivech (například alkoholismus rodičů) se podrobněji zmíníme v kapitole etiologie. Pokud jde o dědičnost, švédská studie adoptivních dětí ukázala, že riziko pozdějšího kriminálního chování dítěte, jehož otec se bez spoluúčasti alkoholu choval kriminálně, je ve srovnání s dětmi, jejichž biologický rodič se kriminálně nechoval, téměř dvojnásobné (Koukolík; Drtilová, 1996).

Dle Malé (2002) je pro tuto poruchu typický disharmonický vývoj osobnosti, kde (mimo výše popsaná diagnostická kritéria) dominují sexuální zralost s opožděným nebo nedostatečným vývojem morálním, hedonistické prosazování vlastních cílů, bez altruistických postojů a výrazné oslabení volní složky.

Při obzvláště těžké poruše dochází ke kumulaci agrese (bez pocitů viny) - vážná ublížení na zdraví, loupežná přepadení (konfrontace s obětí). Násilník užívá více tyčí, nožů,

želez, řetězů a ostatních druhů zbraní, včetně střelných, než přímého boje. Je typická kumulace všech druhů antisociálního chování. Zahrnuje poruchu chování samotářského agresivního typu a nesocializovanou agresivní poruchu. Je přítomna agresivita k druhým, rvačky, vydírání, násilnosti. Neposlušnost, hrubost, krutost nejen k lidem, ale také ke zvířatům. Opouštění domova v noci, útoky z domova, záškoláctví, zakládání ohně, vandalismus. Krádeže jsou motivovány získáváním věcí nebo peněz, u adolescentů jde i o padělání podpisů, smluv a tak dále. Časté je vykrádání aut, bytů, chat, obchodů. Krádeže mohou být bez nebo se střetem s obětí. Při konfrontaci jde o agresivní vynucování až loupežná přepadení, kdy agresor používá všechny druhy násilí (Malá, 2002).

Dle Malé (2000) jsou pro diferenciální diagnostiku důležité trvale narušené vztahy k vrstevníkům, izolace, neoblíbenost, nedostatek přátel. Jedinec je bez jakékoliv empatie k jiným dětem, vrstevníkům, lidem a ke všemu živému. Vzácně může mít k někomu i celkem dobrý vztah, ale vždy mu chybí důvěrnost. Tato porucha obvykle v dospělosti krystalizuje do amorální, antisociální disociální poruchy osobnosti (F60.2) nebo do explozivní, impulsivní emočně nestabilní poruchy osobnosti (F60.3).

### **Porucha opozičního vzdoru (F91.3)**

Typický výskyt této poruchy je zhruba u dětí mezi 6 až 10 lety (Theiner, 2007). Odhaduje se, že se tato porucha vyskytuje u 2-16% dětí. Poruchou mohou trpět chlapci i děvčata. Před pubertou je porucha častější u chlapců, mezi dospívající mládeží je její výskyt rovnoměrný. Chlapci se budou dostávat do otevřenějších konfliktů častěji než děvčata, příznaky poruch bývají trvalejší (Train, 2001). Je přítomno výrazné vzdorovité, neposlušné a provokativní chování a zároveň se nevyskytují vážnější antisociální a agresivní činy. Není vyloučeno, že jde o typ poruchy chování, který se od ostatních liší v kvantitě, ale nikoli v kvalitě (Theiner, 2007).

Diagnostická kritéria zahrnují:

A. Vzorce negativistického, hostilního a opozičního chování musí trvat minimálně půl roku a musí být přítomny 4 nebo více z následujících symptomů:

- ztráta kontroly, nezdrženlivost, neovladatelnost;
- časté hádky s dospělými;
- aktivně odmítá, vzdoruje vyhovět pravidlům, přáním dospělých;
- často schválně obtěžuje lidi;
- často obviňuje druhé za své chyby nebo špatné chování;

- často je rozmrzelý, nedůtklivý, druzí jej obtěžují, otravují;
- často je zlostný, rozzlobený;
- zlomyslný, nevraživý, mstivý.

B. Porucha výrazně zhoršuje sociální a školní fungování (Malá, 2002).

Společně s popsányými projevy je porucha charakteristická nepřítomností porušování práv jiných, porušování zákonů, surovosti, týrání a závažné destrukce majetku. Pokud se tyto druhy chování v pozdějším věku projeví, jedná se již o vývoj směrem k jiným poruchám chování (socializované, nesocializované). Nejvýrazněji se porucha obvykle projevuje ve vztahu k blízkým dospělým lidem a známým vrstevníkům (Malá, 2000).

Poslední výzkumy také ukazují na to, že ne všechny přítomné symptomy jsou nutně prediktorem kontinuity poruch chování a fixace antisociálních rysů do osobnostní struktury. Vypovídající hodnotu trvání poruchy má spojení tří symptomů – rvačky, šikana a lži. Z druhé strany část dospělých soudně projednávaných pro antisociální činnost nemá anamnestické údaje poruch chování v útlém dětství (Malá, 2002).

### **Hyperkinetická porucha chování (F90.1)**

Hyperkinetická porucha chování je diagnostikována tehdy, když jsou splněna všechna kritéria jak pro hyperkinetickou poruchu (F90.-), tak i pro poruchu chování (F91.-) (MKN 10, 1992).

Diagnostická kritéria poruch chování uvádíme v kapitole 2. Diagnostická kritéria. Z tohoto důvodu se nyní zaměříme na charakteristiku hyperkinetických poruch.

Skupina hyperkinetických poruch je charakterizovaná raným začátkem (obvykle v prvních 5 letech života) a kombinací nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností soustředit se trvale na daný úkol. Tyto rysy jsou stabilní napříč časem i rozličnými situacemi. Za hlavní diagnostická vodítka je považována narušená pozornost a hyperaktivita. Narušená pozornost se projevuje tím, že jedinec přerušuje práci předčasně a zanechá činnost nedokončenou. Děti často přecházejí od jedné činnosti k druhé. Tyto aspekty by měly být diagnostikovány pouze v případě, že přesahují obvyklou míru pro věk a IQ dítěte. Při hyperaktivitě dítě projevuje nadměrný neklid, zvláště v situacích vyžadujících klid. Standardním by pro posouzení měla být příliš vysoká aktivita ve srovnání s tím, co se očekává v dané situaci a ve srovnání se standardem jiných dětí stejného IQ (MKN 10, 1992).

Malá (2000) řadí k symptomatologii poruchy kognitivních funkcí, poruchy motoricko-percepční, poruchy emocí a afektů ve smyslu lability, impulzivity a sociální malaadaptaci

(neadekvátní kontrola, familiární chování, neschopnost přizpůsobit se vrstevníkům, respektovat pravidla, akceptovat sociální prostředí s jeho nároky na chování, extrémní výkyvy v emocionálních projevech, touha po sexuální akceptaci, kterou si neumí udržet, nedostatek altruismu a empatie).

### **3 Projevy poruch chování**

V této části práce se zmíníme o jednotlivých projevech poruch chování. Dle Vágnerové (2005) můžeme tyto projevy rozlišit na neagresivní a agresivní.

Jak upozorňuje Čepička (1981) je však velice důležité zdůraznit, že jednotlivé projevy se mohou vyskytovat i kombinovaně, v závislosti na závažnosti poruchy osobnostního vývoje dítěte. S tím souhlasí i McMahon a Kotler (1996), kteří předpokládají, že jednotlivé projevy poruch chování se spíše než ojedinele vyskytují jako komplex či syndrom.

#### **3.1 Neagresivní projevy poruch chování**

Mezi neagresivní projevy poruch chování lze dle Vágnerové (2005) zařadit lhaní, podvádění, záškoláctví, útky a toulání. Čepička (1981) připojuje k poruchám chování, respektive možným projevům, ještě přetrvávající negativismus a nadměrné upoutávání pozornosti.

##### **Lhaní**

Lhaní je „...vědomé zkreslování skutečnosti za účelem se ochránit, vyhnout se povinností nebo trestu, případně s tendencí ublížit tímto způsobem jinému“ (Klíma; Klíma, 1978, s. 46). Rovněž Vágnerová (1997, s. 72) se domnívá, že pravá lež je charakteristická „...úmyslem a vědomím nepravdivosti.“

Je samozřejmé, že lhaní musíme posuzovat vzhledem k věku daného dítěte. Ve školním věku jsou děti schopny odlišit pravdu od lži a zároveň vědí, že lhát se nemá. Jsou schopny odlišit omyl od vědomého záměru a vzpomínku od vlastní fantazie (Vágnerová, 1997). Hodně dětí může používat drobné lži více méně nevědomě v rámci utváření pozitivního sebeobrazu. Dítě nechce před ostatními nebo i samo před sebou vypadat hloupě. Děti středního a staršího školního věku je chápou jako nezbytnou obranu v situaci ohrožení. Při posuzování lhaní u dětí musíme uvážit nejen frekvenci lhaní, ale také komu dítě lže, spektrum situací, ve kterých se ke lži uchyluje a účel lži. Musíme si uvědomit, že lhát a podvádět autority (například učitele) může být z hlediska vrstevnických norem tolerováno a považováno za přijatelné (Vágnerová, 2005).

Vágnerová (2005) však upozorňuje, že za obranu v nouzi v žádném případě nelze považovat lži, které mají za cíl znevýhodnění či poškození jiné osoby nebo dosažení vlastního prospěchu. Tento způsob lhaní bývá obvykle propojen s dalšími negativními projevy a s určitými osobnostními vlastnostmi (například egoismus, necitlivost a bezohlednost). Může jít o závažnější projev odchylky osobnostního vývoje. S tím souhlasí i Klíma a Klíma (1978), kteří se domnívají, že tento způsob lhaní často signalizuje možnou připravenost k antisociální činnosti a je neklamným znakem mravní narušenosti. Souvislost mezi lhaním a pozdějším antisociálním chováním předpokládají také Loeber a Dishion (1983), kteří soudí, že rané lhaní je prediktivním faktorem vzhledem k pozdějšímu recidivismu. Jiní autoři našli vysoké korelace mezi lhaním a krádežemi (Stouthamer-Loeber; Loeber, 1986 in McMahon; Kotler, 2006).

Sklon ke lhavosti může být i trvalejším rysem, tzv. patologická lhavost je jedním ze symptomů disociální poruchy osobnosti (Höschl et al., 2002). Pro anomální, psychopatickou osobnost je sklon řešit problémy lhaním a podváděním typický (Vágnerová, 1999).

### **Podvádění**

Stejně jako je tomu u lhaní, podvádění učitele zpravidla nebývá vrstevnickou skupinou považováno za závažný přestupek. Bývá tolerováno, nebo i podporováno a je chápáno jako obrana slabšího vůči mocnějšímu (Lukáčová, 2007). Podvádění může mít rozličné příčiny, mezi kterými je nezbytné rozlišovat a na základě toho volit odpovídající sankce. Podvod může být buď nevhodnou obrannou reakcí v zátěžové situaci či zkratkovou reakcí dítěte. V prvním případě, pokud se tak děje často, může to signalizovat pocity nadměrných nároků, přetížení či nepřiměřeně tvrdé hodnocení, kterému se děti tímto způsobem brání. Zkratková reakce se týká dítěte, které má nadměrný strach ze školy anebo dítěte zvýšeně úzkostného. Může však také představovat zafixovaný způsob jednání, který dítě chápe jako případný a užívá jej tak často, jak je třeba. Takový způsob chování je pak nutné hodnotit jako poruchový. Dítě takto jedná vědomě bez pocitů viny či studu (Vágnerová, 2005).

### **Záškoláctví**

Záškoláctví představuje neomluvenou nepřítomnost ve škole, k níž učitel či jiný oprávněný zástupce nedal své svolení. Záškolákem je tedy takový žák, který „...nemá pro absenci legální důvod“ (Kyriacou, 2005, s.44). Dle Klímy a Klímy (1978) je pak záškoláctví považováno za poruchu chování, asociální poruchu, pouze v případech, kdy se jedná o záškoláctví opakované či déletrvající.

Kyriacou (2005) uvádí pět hlavních kategorií záškoláctví:

1. **Pravé záškoláctví**, kdy žák do školy nechodí, ale rodiče se domnívají, že školu navštěvuje.
2. **Záškoláctví s vědomím rodičů**, kdy jsou rodiče o jeho nepřítomnosti ve škole informováni a rovněž vědí, že k tomu nemá žádný oprávněný důvod. Jde o takové situace, kdy například žák stráví den doma tím, že pomáhá rodičům, stará se o někoho nemocného či má pouze narozeniny.
3. **Útěky ze školy**, kterým se někdy říká interní záškoláctví. Představují situace, kdy žáci do školy chodí, nechají si zapsat přítomnost, během dne pak ale například na dvě hodiny odejdou. Mohou zůstat v prostorách školy, ale i odejít ze školy pryč.
4. **Odmítání školy**, kam patří poruchy vznikající z problémů ve škole, například ze strachu ze šikanování, z pocitu, že učení je moc těžké, školní fobie nebo deprese. V tomto případě mohou rodiče zřídka udělat něco proto, aby dítě přesvědčili jít do školy. Nezbytná je odborná intervence.

Vágnerová (1988) rozlišuje záškoláctví na záškoláctví, které má impulzivní charakter a záškoláctví účelové, plánované. V prvním případě dítě předem neplánuje, ale reaguje náhle, nepromyšleně nebo odejde v průběhu vyučování. I impulzivně vzniklé záškoláctví může trvat několik dnů (než rodiče zjistí, že dítě do školy nechodí). Dítě pak v chození za školu pokračuje ze strachu z následků, protože neví, co by mělo udělat. Účelové, plánované záškoláctví nastává, jestliže dítě odchod ze školy předem plánuje, vzdaluje se pod nejrůznějšími důvody v době, kdy očekává zkoušení nebo kdy má mít neoblíbený předmět či neoblíbeného učitele.

Pokud se zaměříme na důvody záškoláctví, Kyriacou (2005) rozděluje příčiny záškoláctví do tří skupin:

1. **Individuální patologie nebo poruchy osobnosti.** Do této kategorie náleží nízké sebevědomí, nedostatečné sociální dovednosti, nižší studijní předpoklady, specifické vzdělávací potřeby, špatná koncentrace a sebeovládání.
2. **Rodinné vlivy.** Dle Kyriacou (2005) zahrnují špatné rodinné podmínky nebo sociální faktory a hodnotový systém v komunitě dětí se špatnou docházkou. Rodičům těchto dětí je v podstatě jedno, že dítě školu nenavštěvuje, neboť školnímu vzdělání nepřikládají mimořádný význam. Rovněž může jít o rodiny, kde se vyskytují značné problémy či kde je péče nekonzistentní nebo neadekvátní. Dále nesmíme opomenout rodiny žijící v komunitě s velmi

vysokou nezaměstnaností a ekonomickou deprivací. Jedlička a Kořa (1998) do této kategorie zahrnují také děti autoritativních rodičů, kdy absence vznikají z obav z přílišných nároků rodiny a následných sankcí či děti z výkonově orientovaných rodin, kdy záškoláctví vzniká ze strachu z možného selhání.

3. **Školní faktory, které často vyplývají z osnov nebo pojetí školy a ze vztahů mezi spolužáky.** V těchto případech jde o žáky, kteří mají problémy s určitými učiteli, učivo je pro ně příliš náročné, osnovy a systém hodnocení školy je nedostatečně individualizován či žáci nesouhlasí se zásadami školy. Samozřejmě do této kategorie spadá také záškoláctví, za nímž stojí špatné vztahy mezi spolužáky, šikana atd. (Kyriacou, 2005).

### Útěky a toulání

Dle Svobodové (2006) můžeme útěky rozlišit na jednorázové afektivní zátěžové útěky a na opakované, prodlužující se chronické útěky vedoucí k separaci. Do první kategorie spadají útěky vycházející z neobvyklé zátěžové situace. S tím souhlasí také Vágnerová (1999), která tuto skupinu označuje termínem reaktivní, impulzivní útěk či Matějček (1991), který je vnímá jako zkratkové, impulzivní jednání. Ve shodě se Svobodovou (2006) se domnívá, že jde o „...zkratkovou reakci na nezvládnutou situaci doma nebo ve škole. Jejich smyslem může být potřeba úniku, například před trestem, který dítě prožívá jako nesnesitelný, od člověka, s nímž dítě nechce žít apod.... Útěk je signálem zoufalství nebo varováním“ (Vágnerová, 1999, s. 281). Takový typ útěku signalizuje zoufalství dítěte, které se zpravidla domů vrátit chce. Takto motivovaný útěk může být ojedinělý a pokud se problém vyřeší, nemusí se již více opakovat. Dle Svobodové (2006) mohou být tyto typy útěků podněcovány problémy ve škole, v rodině, různými konflikty, nemocemi.

Chronické útěky nebývají dle Vágnerové (2005) pouze opakované, ale také plánované a připravované. Většinou jsou důsledkem dlouhodobých problémů. Někdy také mívají přesný cíl, jímž může být například osoba, ke které dítě utíká. V takových situacích se dítě domů vrátit obvykle nechce. To je časté u narušených a nefunkčních rodin, kde dítě není citově akceptováno, nemá tam zázemí, někdy je dokonce zneužíváno a týráno. Vzácně se takovéto útěky mohou vyskytovat v souvislosti s patologickým vývojem osobnosti dítěte, které je běžným způsobem nezvládnutelné, například v souvislosti s duševním onemocněním.

Dle Vágnerové (2005) děti také často utíkají z dětských domovů, diagnostických a výchovných ústavů, kde mohou být odtrženy od prostředí, které pro ně představovalo zázemí a mohou pociťovat omezení svobody. Rovněž Vančura (2006) se domnívá, že jedním

z motivů je touha po svobodě. Nalézá však řadu dalších příčin. Předpokládá, že útěk může představovat důsledek adaptačního šoku, neboť k největšímu počtu úteků dochází zejména v období adaptace. Rovněž k němu může dojít pod vlivem kolektivu, kdy například s sebou nepřizpůsobiví, problémoví jedinci stáhnou na svoji stranu dítě více labilní, které těžce zvládá odloučení od rodiny, a utečou s ním. Bezvýznamným není ani vliv rodiny, kdy se setkáváme i s případy, kdy rodiče své děti k útěku přemlouvají, kryjí, zapírají je i před policií. Dalším silným motivem pro útěk z ústavu je strach z toho, co dítě čeká, ale i z toho, co se kolem něj odehrává.

Ze statistik sdružení Linky vzkaz domů (dále již jen LVD)<sup>1</sup> z roku 2005 (in Laipoldová, 2006) vyplývá, že většina dětí, která se na Linku obrací z důvodů útěku, volá z následujících příčin: dlouhodobé problémy v rodinných vztazích (50%), fyzické násilí (14%) a problémy ve škole (8%). Příčiny úteků jsou podobné jako příčiny volání dětí na LVD, liší se pouze procentuální vyjádření: 64% dětí na útěku má problémy v rodině, 13% dětí utíkalo kvůli fyzickému násilí, u 5% dětí souvisel útěk se školou.

Na úteky často navazují toulky, několikadenní až několikátýdenní nedovolený pobyt mimo rodinu (či výchovné zařízení), častěji ve společnosti dalšího jedince či skupiny (Klíma; Klíma, 1978). Toulání může souviset s nedostatečnou citovou vazbou k lidem a k prostředí, ve kterém dítě žije. Často bývá natolik dysfunkční, že na něm dítěti přestává záležet anebo ho dokonce odmítá. Pravděpodobnost únikového řešení dané situace se zvyšuje s věkem dítěte, a to z důvodu větší soběstačnosti (Vágnerová, 2005). Vágnerová (2005) a Klíma a Klíma (1978) zastávají názor, že na toulání se často navazuje další poruchové chování, protože dítě nebo dospívající si potřebuje zabezpečit prostředky k přežití. Většinou jde o krádeže, prostituci, časté je zneužívání návykových látek. Dle Vágnerové (2005) hrozí u dospívajících riziko, že toulavý způsob života se pro ně stane návykem a nebudou pak schopni přijmout omezení dané povinnostmi plynoucími ze stabilního zaměstnání.

Sklon k toulavosti je dle Robina (1966 in Vágnerová, 1999) jedním ze znaků disociální poruchy osobnosti. U toulavých jedinců byla tato diagnóza zjištěna u 35-45%.

### **Přetrvávající negativismus**

Dle mínění Čepičky (1981), pokud přetrvává negativismus ještě ve školním věku, bývá výrazem nedostatku schopnosti akceptovat a jednat podle příkazů a norem. Může být důsledkem nesprávné výchovy, nadměrného trestání či požadavků, které dítě nemůže splnit,

---

<sup>1</sup> Prvotním úkolem LVD je předat vzkaz rodičům nebo jiným blízkým osobám dítěte na útěku, které se sice nechce vrátit zpět, ale přesto by rádo nechalo zprávu svým blízkým (že je naživu a zdrávo). Těm dětem, které by se domů vrátit chtěly, se snaží pracovníci pomoci nalézt cestu zpátky. Tato Linka se snaží působit i preventivně, tvorbou různých projektů, zpracováním odborných materiálů atd. (Laipoldová, 2006).

popřípadě důsledkem výchovy ambivalentní. Tento autor upozorňuje, že může jít i o projev neuroticismu či LMD (lehké mozkové dysfunkce). Obtížně zvladatelné mohou být rovněž mentálně retardované děti.

### **Nadměrné upoutávání pozornosti**

Nadměrné upoutávání pozornosti vyskytující se u dětí ve školním věku je již výrazem nevyváženého a nerovnoměrného osobnostního vývoje. Často můžeme pozorovat šaškování, klaunismus, kterým se projevují děti jinak neúspěšné, nejisté či trpící pocity méněcennosti. Tímto způsobem se snaží získat přijatelnou pozici v dětském kolektivu (Čepička, 1981). Jak udává Vágnerová (1988) zvláště děti s hysterickými rysy mají tendenci upoutávat pozornost nápadností svých projevů, hlasitostí, přehnanými gesty a mimikou, přeháněním citových projevů.

## **3.2 Agresivní projevy poruch chování**

V této části se nejdříve zaměříme na stručnou charakteristiku agresivního chování jako takového. Poté se budeme věnovat jeho jednotlivým projevům – přímé i nepřímé agresí, krádežím, vandalismu. Dále neopomeneme zmínit šikanu jako specifickou formu agresivního jednání.

U agresivního chování je porušování sociálních norem spojeno s „...*násilným omezováním základních práv ostatních. Agresivní jednání lze obvykle interpretovat jako prostředek k uspokojení potřeby (například k získání něčeho žádoucího nebo k sebeprosazení)*“ (Vágnerová, 1999, s. 283).

Současné výzkumy ukazují, že agresivitu lze rozdělit do několika typů. McMahon a Kotler (2006) užívají jedno z velice rozšířených dělení a to na reaktivní a proaktivní formu agrese. Dle Theinera (2007) je reaktivní agrese impulzivní, nepromyšlená, souvisí se vztekem a frustrací. Dle Hubbarda et al. (2002) bývá tento typ agrese spojen s emocionální dysregulací, lhostejností a zvýšenou reaktivitou. Proaktivní agrese je pak dle Theinera (2007) předem promyšlená, dotyčný jedinec se jí dopouští bez pocitů viny a výčitek. Není překvapující, že tento typ jedince pak směřuje k delikvenci a antisociálnímu jednání (Hubbard et al., 2002). Dle Vitara, Brendgena a Tremblaye (2002) existují rovněž děti vykazující obě formy agrese, tj. agresí reaktivní i proaktivní.

Etiologie agresivity u dětí bývá různá. Dle Vágnerové (1988) můžeme příčiny agresivního jednání nalézt v rodinné výchově, kdy se členové rodiny vůči sobě navzájem chovají agresivně, dítě je často tělesně trestáno a je vychovááno bez citového pouta. Dle

Čápa a Mareše (2001) k rozvoji agresivního jednání může rovněž vést autokratický styl výchovy, kde převládá záporný emoční vztah a silné řízení. Příčiny můžeme nalézt i na straně dítěte, například u dětí s disharmonickým vývojem osobnosti či u dětí s organickým poškozením mozku (zde je častá impulzivní agrese). Dle Kuchtřákové (2007) napomáhá agresivitě, problematickému, někdy přímo nebezpečnému chování v mnoha případech i nekonstruktivní využití volného času. To se týká nejen extrémů chování některých sportovních fanoušků, ale například i dlouhodobého sledování televize, které redukuje pohyb potřebný pro fungování organismu, prezentuje nadměrné množství agresivních scén.

Nicméně je nezbytné uvědomit si, že agresivita představuje nedílnou součást lidské přirozenosti a ve vývoji dítěte hraje velkou úlohu. Dle Antiera (2004, s. 9) *„vnitřní prudkost dodává dítěti energii a motivaci, jež jsou nezbytné k sebezpřekonávání. Podporuje úspěch, jestliže zůstane v mezích, které dítě kontroluje. Úkolem výchovy není tedy agresivitu zcela odstranit, ale usměrnit ji, aby bylo možné mobilizovat tuto energii pro dosažení pozitivních cílů jak pro sebe, tak pro ostatní“*.

### **Přímá a nepřímá agrese**

Závažnost agresivních projevů se dle Vágnerové (1988) odráží ve způsobu jejich provedení. Z tohoto důvodu rozlišuje mezi agresí nepřímou a agresí přímou. Nepřímá agrese zahrnuje posunky a slovní projev (verbální agrese), například nadávání, výsměch, posměšné ponižování. Přímá agrese se odráží ve skutečném násilí. Do této kategorie pak patří agrese proti předmětům, kterou v podstatě můžeme považovat za vandalismus, o kterém se ještě podrobněji zmíníme. Dále agrese proti zvířatům, sobě samému či jiným dětem a dospělým (v podstatě fyzické útoky, brachiální agrese). Za zvlášť závažné považuje tato autorka agresivní jednání, ke kterému dochází v partách.

### **Krádeže**

Dle Vágnerové (2005) krádeže do oblasti agresivních projevů patří nejenom z důvodu možného užití agrese při krádeži, ale také z toho důvodu, že krádež lze vnímat jako *„...násilné porušení normy respektu k vlastnictví jiné osoby, omezení jednoho z práv jiného člověka ve společnosti“* (Vágnerová, 2005, s. 167). Krádež představuje *„...trestný čin proti majetku a přivlastnění cizí věci a zacházení s ní jako s vlastní“* (Klíma; Klíma, 1978, s. 50). Dle Vágnerové (1999) jsou krádeže charakteristické záměrností jednání. O krádeži můžeme mluvit pouze v takovém případě, když se dítě nachází na takové rozumové úrovni, že je schopno pochopit pojem vlastnictví a akceptovat normu chování, která vymezuje odlišný vztah k vlastním a cizím věcem (Vágnerová, 1999). Krádež patří do skupiny anomálního

jednání, jehož příčinou jsou především vlivy prostředí, zejména nesprávná rodinná výchova. Podle vyspělosti můžeme rozlišovat neplánované, příležitostné krádeže a krádeže, které jsou plánované, předem promyšlené. První skupina je charakteristická spíše pro děti mladšího školního věku, kdy dítě podlehne náhlému nutkání přivlastnit si nějakou věc, která se mu zalíbí. Druhá skupina se vyskytuje většinou u dětí staršího školního věku. Čím je dítě mladší, tím je prognóza nápravy méně příznivá (Vágnerová, 2005).

Vágnerová (1988) dále krádeže dělí z hlediska frekvence a to na krádeže náhodné a krádeže návykové. Náhodné krádeže vznikají většinou na základě nějaké obtížné situace či jde pouze o využití příležitosti. Tyto krádeže se neopakují. Ke krádežím návykovým dochází opakovaně, kdykoliv k tomu má dítě příležitost. K těmto druhům krádeží jsou disponovány děti s nedostatečnými morálními normami v rodině či děti s disharmonickým anomálním vývojem osobnosti.

Důležité je rozlišit cíl krádeže a motiv, který k ní vedl. Dítě může krást pro sebe, kdy chce získat něco, čeho jiným, sociálně přijatelnějším způsobem dosáhnout nemůže. V případě nepříznivých rodinných podmínek může dítě krást rovněž z důvodu uspokojení základních fyziologických potřeb, z pudu sebezáchovy (Vágnerová, 1999). Dle Matějčka (1991) může jít rovněž o formu náhradního uspokojení, kdy citově deprivované dítě může mít zvýšenou potřebu hromadit věci, které mohou sloužit jako náhražka za neuspokojení v citové oblasti. Dále může dítě krást pro druhé a to například pod vlivem touhy po akceptaci, získání prestiže. Důvodem může být i šikana. Vyskytují se také případy, kdy dítě či mladistvý krade pro patru. Zde je krádež jednak výrazem snahy udržet si v partě svou pozici, jednak může souviset se sociálními normami party. Krádež může být hodnocena jako žádoucí, někdy dokonce povinná aktivita. Asociální chování se v takových případech fixuje jako norma (Vágnerová, 1999).

Může se vyskytnout kleptomanie jako „...*neodolatelné puzení něco vzít...*“ (Matějček, 1991, s. 304), která se však řadí k projevům neurotickým.

Studie Taylora et al. (2001) poukazuje na souvislost s pozdějším stupňujícím se antisociálním jednáním. Dle jeho zjištění v anamnéze uvězněných delikventů představovaly krádeže prvotní přečin ve 42% případů.

## **Vandalismus**

Vandalismus představuje deviantní a patologické jednání, které přerůstá v trestnou činnost. V podstatě jde o „...*bezúčelné ničení věcí...*“ (Jedlička; Kořa, 1998, s. 99), které nemá jasný materiální ani psychologický zisk. Bývá zařazováno mezi tzv. nemotivované agrese. Ve věku do 18 let představuje jednu z nejpočetnějších forem delikvence mladistvých.

Většinou je provozováno ve skupinách a bývá spojeno s celkově sníženou kontrolou chování, často se může odehrávat pod vlivem alkoholu nebo drog (Jedlička; Koťa, 1998).

Dle Vágnerové (2005) jde u mladších dětí často o impulzivní, nekorigované projevy, které jsou obvykle posilovány účastí dalších vrstevníků. Pro mladší děti jde o prostředek k vybití energie, kdy nad důsledky svého jednání neuvažují. Ve starším školním věku může být vandalismus výrazem potřeby nabuzení, eliminace nudy, potřeby pobavit se nebo upoutat pozornost, šokovat, provokovat. Rovněž za takovými činy může stát negativní vztah k majiteli ničené věci, pomsta, potřeba ponížít či zničit symbol majitelovy sociální prestiže. Vandalismus se může objevit jako projev potřeby demonstrovat svou odvalu a vyrovnat se ostatním.

V dospívání jde často o formu protestu, o projev potřeby seberealizace, upozornění na sebe a na své nové kompetence. Často tak jednájí ti, kteří nenalézají jinou možnost uplatnění. Takové jednání se může objevovat ve spojení s agresí zaměřenou na lidi, která je často neselektivní (Vágnerová, 2005). Vandalismus mladistvých má mnohdy impulsivní ráz a může pramenit také z „...nezvládnuté akutní frustrace, z nahromaděné neusměrněné energie, či z protestu proti tabuizovaným společenským hodnotám. V některých případech může rovněž být projevem počínající hlubší duševní poruchy“ (Jedlička; Koťa, 1998, s.101).

Vandalismus přiznává 28,7% chlapců a 18,2% dívek školního věku. Vandalismus, ke kterému často dochází v rámci skupiny, vykazuje vzhledem k věku stoupající tendenci (za poslední rok tak alespoň jedenkrát jednalo 21% dvanáctiletých, 30% čtrnáctiletých a 34,4% šestnáctiletých chlapců) (Blatný et al., 2004 in Vágnerová, 2005).

## **Šikana**

Speciální formu agrese představuje šikana, která je výrazně negativním společenským fenoménem. Je to deformace lidských vztahů s dlouhodobými následky a s možným přesmykem, kdy se šikanovaný stává časem šikanujícím (Malá, 2002). Pokud se podíváme na etymologii tohoto slova, zjistíme, že pochází z francouzského slova *chicane*, což znamená zlomyslné obtěžování, týrání, sužování, pronásledování atd. (Řičan, 1995). Vágnerová (1997) šikanování definuje jako násilně ponižující chování jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, který nemůže ze situace uniknout a není schopen se účinně bránit.

Pokud jde o prevalenci šikany, dle průřezové studie World Health Organization zahrnující 35 států, zažilo šikanu ve frekvenci 2-3krát za poslední měsíc od 2% do 36% adolescentů ve věku 11-16 let (Craig; Bossi, 2003 in McMahon; Kotler, 2006).

Pokud jde o rozdíly mezi chlapci a dívkami, dle Cricka (1995) jsou chlapci častěji než dívky aktivními iniciátory šikany. Chlapci šikanují spíše přímou formou (např. brachiální agrese), dívky pak preferují spíše nepřímou formu agrese (např. vyloučení druhých, pomlouvání). Podle studie Galena a Underwooda (1997) vnímají dívky šikanování mnohem závažněji než chlapci a častěji přebírají iniciativu v jejím řešení (například zajdou za učitelem).

Dle Malé (2002) vykazuje šikana u školních dětí následující znaky:

- Jde o přímou agresi (tváří v tvář), spočívající ve fyzickém násilí nebo jeho hrozbě, v krutém posměchu a ponižování.
- Oběť je předmětem agrese opakovaně.
- Oběť není schopna účinné obrany.

Iniciátory šikany bývají podle Bendla (2003) většinou jedinci starší, fyzicky vyspělejší, popřípadě sociálně narušené osoby. Typickým rysem násilníka je snaha dominovat a ovládat okolí. Šikanující děti považují otevřené násilí za přirozený prostředek k uspokojení této potřeby (Pöthe, 1996). Typická je pro ně podle Koláře (1997) také sobecká a soustředěná orientace. Mykeltun a Roland (1979, 1980 in Bendl, 2003) zdůraznili spojení mezi šikanou a rysy nízkého sebevědomí šikanujících, jejich malou sebedůvěrou a podprůměrnými studijními schopnostmi. Jak však uvádí Říčan (1995) takových agresorů je nejvýše pětina. Šikany se dopouštějí většinou sebejistí, neúzkostní chlapci a děvčata bez těch problémů, které bychom u nich rádi našli. Musíme ovšem připustit, že raný duševní vývoj mnoha z nich byl poškozen nevhodnou výchovou. Podle výzkumu Besag (1990 in Říčan, 1995) je významným spouštěčem u chlapců citový chlad matky. Otec je vnímán jako hostilní a chladný, proto bychom v tomto případě mohli hovořit dokonce o motivu identifikace s agresorem. U šikanujících dívek nebylo prokázáno, že by typ vztahu s matkou byl statisticky významný. Rovněž však tyto dívky, stejně jako chlapci, otce vnímaly jako hostilní, chladné a přehnaně kontrolující. Na vliv rodinného prostředí upozorňuje také Pöthe (1996), který poukazuje na fakt, že v rodinách šikanujících dětí se častěji než v jiných rodinách setkáváme s tělesným násilím, a to ať již ve vztahu k dětem, tak mezi manželi. Rovněž Bendl (2003) se domnívá, že v mnoha případech pocházejí agresori z rodin, kde se buď otec, nebo matka, popřípadě oba společně dopouštějí fyzického nebo citového násilí. Tím, podle mechanismu nápodoby, respektive metody příkladu, své děti učí, že násilí a agrese jsou vhodné prostředky, aby člověk dosáhl svého. Také se ukazuje, že rodiče agresorů bývají tolerantnější k agresivnímu chování. Sami také mnohdy používají ve výchově tělesné tresty. Šikanujícím dětem se v rodině

obyčejně nedostává potřebného citového zázemí. Mají zkušenosti s negativním postojem rodičů vůči vlastní osobě v podobě nezájmu, odmítání nebo dokonce nenávisti (Bendl, 2003).

## 4 Etiologie

Etiologie poruch chování je multifaktoriální – zahrnuje faktory biologické, psychologické a sociální. Důležité jsou jak faktory vnitřní (například genetické, konstituční, temperamentové a organické), tak faktory vnější (sociální), neboť působením prostředí dochází buď k potenciaci, nebo ke zmírnění projevů poruch chování (Malá, 2002).

### 4.1 Biologické faktory

Vzhledem k poruchám chování u dětí, se v současné době velice intenzivně zkoumají zejména genetické faktory. Dle Traina (2001) není stanovení genetických dispozic pro jednotlivé poruchy jednoduché. Zatímco výzkumy zdánlivě ukazují na pravděpodobnost, že mají dědičný základ, tyto spojitosti nebyly ve většině případů jednoznačně prokázány. S tím jsou v souladu i výsledky studie Trua et al. (1999), která hodnotí příspěvek genetických dispozic jako nejistý. Jiní autoři v rozporu s tím zjistili, že se dědičnost na poruchách chování celkově podílí v 53%, konkrétně pak na agresivních poruchách chování ve 49%, na neagresivních poruchách chování v 55% (Heather et al., 2005). Slutske et al. (1997) předpokládají vliv genetických faktorů dokonce až v 71 %.

Určitou formou, jak se může genetická dispozice k nestandardnímu způsobu reagování v dětství projevovat, je úroveň temperamentu. Rizikovým faktorem je tady dráždivost, impulzivita, potřeba vyhledávat vzrušení, snížený sklon k úzkostnému prožívání a tedy snížení zábrán. V tomto případě se tyto potíže projevují již od raného dětství a jsou výchovně velice obtížně ovlivnitelné (Vágnerová, 2005). Rovněž Moffit (1993) se domnívá, že heredita odrážející se zvláště v určitých temperamentových zvláštěnostech, může být jedním z faktorů zvyšujících riziko výskytu poruch chování.

Dále jsou různými autory popisovány také deficity v autonomním nervovém systému. Některé studie popisují souvislost mezi tíží poruch chování a sníženou hladinou kortizolu. U delikventních dospívajících je 20krát častější výskyt záchvatových onemocnění než v běžné populaci. Neurotransmitterové abnormality se týkají aktivity dopaminu a noradrenalinu, je přítomna i serotoninová dysregulace (Theiner, 2007). S tím se shoduje předpoklad Vágnerové (2005), že poruchy chování mohou být výrazně ovlivněny biologickým znevýhodněním, které vzniká v důsledku narušení struktury či funkcí CNS, a které má různou etiologii (například

perinatální poškození, úraz hlavy, zánětlivé onemocnění mozku). Jeho lokalizace může být rozdílná, ale velmi důležitý je zejména rozvoj frontálního kortexu jako centra autoregulace. U dětí s poruchami chování byly zjištěny různé další odlišnosti, například v diferenciaci obou hemisfér. Tato autorka se domnívá, že postižení CNS se projevuje zejména emoční labilitou, impulzivitou a nižší schopností sebeovládání.

Nepatrné neuropsychologické odchylky v CNS u dětí s poruchami chování našel také Moffitt (1993). Tyto odchylky vznikají obtížemi v prenatálním, perinatálním či postnatálním období (například heredita, komplikace při porodu, vystavení toxinům) a zvyšují riziko, že dítě bude mít aktivnější temperament projevující se takovými charakteristikami jako je podrážděnost, hyperaktivita, impulzivita.

## **4.2 Psychologické faktory**

Osobnost dítěte s poruchami chování zkoumala za použití různých psychodiagnostických metod řada autorů. Dle mínění Kopányiové, Smikové a Vojtové (2005) vykazují tyto děti v porovnání s kontrolní skupinou vyšší míru dráždivosti a netrpělivosti, hyperaktivity a nezdrženlivosti. Také Ramklint, Stalenheim, Von Knorring a Von Knorring (2001) našli u skupiny jedinců s poruchami chování (ve srovnání s kontrolní skupinou) vyšší skóre na škálách dráždivosti, netrpělivosti a impulzivity. Podobné charakteristiky v oblasti autoregulace zaregistrovala i Vágnerová (2005), která se domnívá, že autoregulace bývá nezralá a směřuje k uspokojení vlastních potřeb. Sebeovládání je snižené, objevuje se impulzivita, nízká odolnost k zátěži, neschopnost odložit uspokojení a snížený práh pro vyvolání násilného reagování. Snižené sebeovládání a vysokou energetickou tenzi zdůrazňuje i Koudelková (1995). Neschopnost sebeovládání pak bývá následována odmítáním a negativním hodnocením ze strany okolí, čímž se zpětně zvyšuje míra zatížení nepříjemnými podněty a riziko nevhodného chování (Vágnerová, 2005).

Dle Kopányiové, Smikové a Vojtové (2005) vykazují jedinci s poruchami chování vyšší míru dominance, asertivity, soutěživosti až agresivity a vzdorovitosti. Ramklint, Stalenheim, Von Knorring a Von Knorring (2001) zjistili zvýšenou míru verbální agrese. Výsledky studie Kopányiové, Smikové a Vojtové (2005) ukázaly větší nedisciplinovanost, konfliktnost. Děti s poruchami chování více sledují své vlastní potřeby a neberou ohled na společenská pravidla. Rovněž vykazují vyšší míru úzkostnosti (dále např. Vágnerová 2005) a také vyšší míru psychoticismu. Na vyšší míru psychoticismu, který je ukazatelem míry emocionálního chladu, upozorňuje i Koudelková (1995). S tím souhlasí Vágnerová (2005),

kteřá se domnívá, že u těchto dětí převažuje hostilita a citový chlad, který vnímá v mnohých případech jako důsledek citové deprivace či týrání. Pro prožívání je charakteristická citová plochost, nedostatek empatie, egoismus. Nemají dostatek ohledu k jiným lidem a jejich potřebám.

Vágnerová (2005) zmiňuje oblast emocionálního prožívání podrobněji. Jako významné rizikové faktory uvádí také emoční instabilitu, silnou emoční vzrušivost, sklon k afektivním výbuchům, menší citlivost. Předpokládá, že regulace chování bývá často pouze emocionální a směřuje k dosažení aktuálního uspokojení bez ohledu na okolnosti. Častý je také sklon k negativnímu emočnímu ladění, nespokojenost. S tím souvisí časté emoční napětí a pocity nepohody. Ve shodě s Vágnerovou (2005) se i Kopányiová, Smiková a Vojtová (2005) domnívají, že jsou tyto děti více napjaté a frustrované. Spojení mezi tímto prožíváním a poruchovým chováním není jednoznačné, avšak narušení citového vývoje zvyšuje riziko nestandardního reagování a tedy i vznik chování problémového.

Dle mínění Kopányiové, Smikové a Vojtové (2005) jsou děti s poruchami chování více sebevědomé, sebejisté a méně náchylné k pocitům viny. V protikladu k nim stojí názor Serfonteina (1999), který naopak předpokládá, že častým jevem bývá u těchto dětí nepřírozeně se vyvíjející sebedůvěra a potíže se sebezpřijetím. Vágnerová (2005) v podstatě zaujímá obě tyto stanoviska, neboť se domnívá, že sebehodnocení, sebezpřijetí obvykle osciluje mezi dvěma extrémními variantami. Mohou převažovat pocity nadřazenosti a oprávněnosti získávat různé výhody bez ohledu na použité prostředky, ale i nízké sebehodnocení, spojené s pocity méněcennosti a nejistoty. Problémové chování je pak mnohdy třeba vnímat jako projev potřeby kompenzovat svoje problémy. S tím v podstatě souhlasí i Serfontein (1999) když říká, že v krajním případě může vést nedostatek sebedůvěry až k psychotickým úchylkám.

Vágnerová (2005) předpokládá u těchto dětí narušenou schopnost sociálního porozumění (sníženou sociální inteligenci). Někdy může jít dokonce i o narušení kognitivní orientace v této oblasti. Takové děti nedokáží rozpoznat a diferencovat sociální signály svých komunikačních partnerů a nerozumí dobře podstatě běžných sociálních situací a tudíž reagují méně adekvátně. Velice důležitým faktorem je také hostilní atribuční předpojatost, která znamená „...*generalizovaný sklon hodnotit úmysly ostatních jako nepřátelské*“ (Vágnerová, 2005, s.153). To potvrzují Weiss, Dodge, Bates a Pettit (1992), když konstatují, že jedinci s poruchami chování mají sklon vytvářet si při interpretaci sociálních situací chybné a hostilní atribuce (ve smyslu výše zmíněné předpojatosti). Sociální necitlivost se projevuje i vysmíváním, ponižováním a jiným nepřímým agresivním jednáním bez ohledu na újmu

oběti. Tyto děti mají také potřebu navazovat kontakty s vrstevníky, ale chybí jim přiměřené způsoby chování, které by ostatní děti neodpuzovaly. Užívají k tomu špatné strategie, takže bývají neúspěšné. Nejsou schopny poučit se ze zkušenosti, jsou málo citlivé ke zpětné vazbě (Vágnerová, 2005). To potvrzují i závěry studie Ramklinta, Stalenneima, Von Knorringa a Von Knorringa (2001), kteří našli nižší skóry na škálách sociální desirability a socializace a vyšší skóry na škálách vyhýbání se situacím a podezíravosti.

Vágnerová (2005) uvádí, že tyto děti nehodnotí své problematické chování dostatečně kriticky. Dostatečně si, narozdíl od lépe adaptovaných vrstevníků, neuvědomují jeho nepřiměřenost. S tím souhlasí i Weiss, Dodge, Bates a Pettit (1992), kteří se domnívají, že děti s poruchami chování mají sklon hodnotit agresivní řešení situací pozitivněji než jiní. Serfontein (1999) dodává, že se u těchto dětí vyskytuje často neschopnost poučit se z dřívějších zkušeností.

Dalším faktorem, nad kterým se v rámci této části práce zamyslíme, je inteligence. Dle názoru Quaye (1987 in Matoušek; Kroftová, 2003) představuje celkově snížená úroveň rozumových schopností pro dítě v mnoha situacích handicap. Dítě se sníženým intelektem je v útlém věku zranitelnější nepříznivými vlivy rodičů a také snadněji než normálně nadané dítě vyvolává nepříznivé reakce rodičů. Potíže ve škole pak handicap znásobí, dítě si obtížně buduje pozici ve třídě, je pro něj neskutečně navázat vztah k učiteli a jeho nepříznivé školní výsledky pak negativně hodnotí rodina. Vágnerová (2005) se naproti tomu domnívá, že úroveň inteligence nepředstavuje faktor, který by významnějším způsobem ovlivňoval riziko vzniku poruch chování.

Určitou roli mohou sehrát také poruchy osobnosti. Eppright, Kashani, Robinson a Reid (1993) našli u poruch chování přímou komorbiditu s antisociální poruchou osobnosti. Často se u těchto jedinců vyskytovala také hraniční, narcistická, paranoidní, pasivně-agresivní a závislá porucha osobnosti.

### **4.3 Sociální faktory**

Vliv sociálních faktorů na poruchy chování je velice významný. Pokud dítě žije v nevhodném prostředí, které není dostatečně podnětné, zvyšuje se riziko rozvoje nežádoucích způsobů chování i nepříznivých osobnostních charakteristik. V této části práce se nyní zmíníme zejména o vlivu rodiny, která představuje nejdůležitější sociální prostředí. Poté se budeme věnovat vlivu vrstevníků.

## **Rodinné prostředí**

Rodina vytváří základy pro rozvoj dětské osobnosti a v problematice poruch chování hraje významnou roli. Poruchy chování jsou velice úzce spojeny s disharmonickým rodinným prostředím, do kterého můžeme zařadit psychické poruchy rodičů, antisociální a kriminální chování rodičů, alkoholismus a drogovou závislost rodičů, změny ve fungování rodiny dané její neúplností, rozvod, dysfunkční rodinu, nezaměstnanost, rodinu s velkým počtem členů, striktní nebo příliš permissivní výchovu bez kontroly a strukturace volného času. Nyní se výše uvedenými faktory budeme zabývat podrobněji.

Dle Traina (2001) bývají poruchami chování často postiženy ty děti, v jejichž rodinách se u některého z rodičů také nějaká psychická porucha vyskytla (například poruchy nálady, porucha chování či porucha osobnosti). S tím souhlasí i Vágnerová (2005), když konstatuje, že riziko spočívá v anomální osobnosti rodičů, kteří nejsou schopni plnit rodičovskou roli. V tomto směru představují riziko rodiny asociálních jedinců, kteří trpí poruchou osobnosti, dále emočně chladných jedinců bez zájmu o potomky. Děti bývají v takových rodinách komplexně deprivované, zanedbávané, někdy i týrané.

Deprivace a týrání představuje samo o sobě rizikový faktor. Část deprivovaných dětí se již od batolecího věku domáhá pozornosti dospělých záměrnou provokací, časté jsou agresivní projevy vůči druhým dětem i dospělým, destruktivní chování (Lagmeier; Matějček, 1968). Citové týrání se u dítěte může projevit tím, že později nebude schopno navázat kvalitní vztah s jinými dospělými, může být s ostatními v konfliktu, neboť nemusí umět vyjádřit své pocity jinak než prostřednictvím agrese a identifikovat pocity druhých. Při tělesném týrání hrozí nebezpečí pozdější agrese a násilného chování (Train, 2001).

Vzhledem k chování rodičů, existuje určitá evidence, že poruchy chování a výskyt antisociálního chování u rodičů má nezanedbatelný vliv na výskyt poruch chování u dětí. Johnson, Smailes, Cohen, Kasen a Brook (2004) zjistili souvislost mezi antisociálním chováním rodičů v minulosti a následným agresivním chováním u jejich potomků. Rovněž Patterson et al. (1992, in McMahon; Kotler, 2006) upozorňuje, že antisociální chování jak na straně otce tak matky, má negativní vliv na poruchy chování u dětí.

Dle Nešpora a Csémyho (2007) bývají u dětí, jejichž rodiče jsou alkoholici, mnohem častější poruchy chování, jinak řečeno tyto děti více zlobí doma i ve škole a mají později větší sklon ke kriminalitě. S tímto názorem se ztotožňuje Höschl (2005), dle kterého jsou s užíváním alkoholu a drog u rodičů, spojené takové poruchy chování u dětí jako je asocialita a antisociální psychopatie. Děti alkoholiků a drogově závislých obecně projevují více neurotických rysů než děti z dobře fungujících rodin. Stávají se častěji pacienti dětské

psychiatrie či pedagogicko-psychologických zařízení. Projevují se u nich antisociální symptomy (poruchy chování ve škole, útky z domova i ze školy, krádeže atd.). Celková disharmonie v rodině vede k poruchám chování, často lze vysledovat naprosté nerespektování autorit, uplatňuje se zvýšená introverze, převaha úzkosti a fobií. Děti mají větší problémy s adaptací a prosazením ve společnosti, mají také problémy s vlastním hodnocením (převažuje podhodnocení) (Alkoholová závislost, 2008). Rovněž Woititz (1998) vnímá úzkou spojitost mezi poruchami chování a alkoholismem u rodičů. Určitou roli může hrát také počet příbuzných nadužívajících alkohol v domácnosti. Barnow, Schuckit, Smith, Preuss a Danko (2002) zjišťovali externalizované skóry pro problémy s pozorností a delikvencí. Nenalezly u dětí bez prokázaných příbuzných, kteří by nadužívali alkohol, v porovnání s dětmi s jedním nebo dvěma příbuznými nadužívajícími alkohol, statisticky významné rozdíly. Signifikantně vyšší skóry však zjistili u těch dětí, v jejichž primární i širší rodině se vyskytovali tři a více členů s tímto druhem problému. Dle Nešpora (2007) může mít vzhledem k této problematice nezanedbatelný vliv také pití alkoholu během těhotenství. Častější než relativně nápadný fetální alkoholový syndrom jsou diskrétnější problémy projevující se nižším intelektem nebo poruchami chování. Neléčená závislost na alkoholu je u matek méně často spojena s agresivním chováním než u mužů, i tak ale obvykle chod rodiny a výchovu dětí naruší a to často ještě více než u závislosti u otce.

Vágnerová (2005) se domnívá, že rizikovým faktorem může být i neúplnost rodiny. Dle jejího názoru se v takových případech zvyšuje riziko, že rodina nebude schopna poskytnout dítěti v dostatečné míře podporu, nepříznivý může být i nedostatek otcovské autority, popřípadě extrémnost výchovy s nevyhovujícími výchovnými strategiemi. S tím souhlasí i Train (2001), když upozorňuje na určitou souvislost mezi poruchami chování a rozvodem. Konstatuje, že pro děti se sníženou odolností může jakákoliv změna či nerovnováha (a tedy samozřejmě i rozvod) způsobit negativní reakci. V mnoha případech může být chování dítěte pro rodiče stresující do takové míry, že se vytvoří začarovaný kruh a problémy postupně narůstají. Tento autor se také domnívá, že následné problémy vznikají u dětí, které byly po rozvodu rodičů umístěny do péče rodiče opačného pohlaví. Uvádí příklad chlapců, kteří zůstanou u matek a schází jim mužský vzor, se kterým by se identifikovali. Rovněž upozorňuje na těsnou vazbu mezi depresi rodičů (jak před rozvodem, tak po něm) a poruchami chování u dětí.

Podstatným faktorem je pak samozřejmě rodina celkově dysfunkční, kdy negativně působí oslabené sociální vazby a chybění sociální opory, protože je tak blokováno sociální učení (Vágnerová, 2005).

Jak upozorňuje Matoušek a kol. (1996) stoupá četnost poruchového chování i u mladistvých, kteří žijí v úplných a zdánlivě funkčních rodinách. Motivem je pak nuda a nedostatek životního smyslu a adekvátních cílů. Dle jeho názoru jde o rodiny, které jedinci neposkytují důležité podněty pro jeho rozvoj, rodiče dítěti nic pozitivního neukážou, nemůže se od nich nic naučit (např. nedostatek času stráveného nějakou společnou činností) Vágnerová (2005) v této souvislosti zmiňuje tzv. subderivační zkušenost dítěte, kdy rodina funguje spíše formálně, nedodá dítěti pocit akceptace, dostatečně nevymezí hodnoty a normy chování.

Určitý vliv může mít nezaměstnanost rodičů, špatné pracovní uplatnění, což může způsobit nejen frustraci na straně rodiče, ale rovněž zanedbávání dítěte z hlediska materiální péče, které Štěchová, Večerka a Holas (2001) konstatovali zhruba u jedné třetiny sledovaných dětí se závažnými problémy v chování.

Štěchová, Večerka a Holas (2001) vnímají jako rizikový faktor také velký počet členů v rodině. Dle Traina (2001) se možná dítěti v početné rodině nedostává tolik pozornosti, kolik by jí potřebovalo, možná nemá příležitost vyjádřit své pocity.

Pokud jde o styly výchovy Štěchová, Večerka a Holas (2001) mimo jiné zkoumali výchovné styly rodičů, jejichž dětem byla nařízena ústavní nebo ochranná výchova a to z důvodu poruch chování. Zjistili, že pro matky problémových dětí bylo příznačnější být nedůsledná ve výchově (87,2 %) než být důsledná (3,6 %), nechávat dítě bez dozoru (74,6 %) než je přehnaně kontrolovat (6,6 %), zanedbávat péči o ně (57,9 %) než o ně přehnaně pečovat (8,9 %), mít k němu kladný emoční vztah (54,0 %) než záporný vztah (11,6 %), omlouvat jeho prohřešky (57,5 %) než je obviňovat (17,1 %), spíše je netrestat (49,9 %) než je přehnaně trestat (15,9%). Údaje o výchovném působení otců byly obdobné jako u matek. Za povšimnutí však stojí některé odlišnosti. Otcové tyto děti poněkud častěji trestali a méně často omlouvali prohřešky svých dětí. Jinak stejně jako matky byli nedůslední a zanedbávající péči.

S tím jsou ve shodě některá zjištění Farringtona (1994), dle kterého opakovaně nalzáme ve výchově určité faktory, které jsou velice úzce spjaty s poruchami chování u dětí, zvláště pak s dlouhodobým antisociálním chováním. Uvádí slabý dohled, nízký zájem o aktivity dítěte, což lze v podstatě považovat za nedostatečnou péči, a rodičovský nesoulad ve výchově (viz netrestající, omlouvající přístup u matek versus trestající přístup u otců). Dále zjistil nepředvídatelnou, tvrdou disciplínu a odmítání dítěte. Vysoké množství trestů, nekonzistentní disciplínu a nízkou úroveň vřelosti a zaangażovanosti jako prediktivní faktor pozdějších poruch chování zjistil i Frick et al. (1992). Vágnerová (2001) tento názor

podporuje, když tvrdí, že typickým znakem je na jedné straně lhostejnost a odmítání dítěte, na straně druhé tvrdá disciplína. Podobné údaje nalézáme také u Čápa a Mareše (2001), kteří předpokládají, že k rozvoji různých forem agrese vede také autokratický styl výchovy. V rámci tohoto výchovného stylu převládá záporný emoční vztah a silné řízení. Dítě poslouchá rozkazy a zákazy, většinou není puštěno ke slovu. Vychovatel vyhrožuje, varuje, často trestá. Na souvislost rodičovského nesouladu ve výchově a poruch chování poukázala také studie zahrnující desetileté chlapce s antisociálním chováním, kterou provedl Gardner (1992). Výsledky prokázaly, že na základě rozdílů ve výchovném stylu rodičů lze předpovědět přes 30% rozdílů v agresivitě a to dokonce s dvouletým předstihem.

### **Vrstevnícká skupina**

Důležité je zmínit vliv skupiny vrstevnícké. Někteří autoři vidí přímou souvislost mezi odmítáním ze strany vrstevníků a rozvojem poruch chování (Miller-Johnson; Coie; Maumary-Gremaud; Bierman; Bierman, 2002). Řada výzkumů vyzdvihuje jako rizikový faktor negativní vliv vrstevníků, konkrétně vrstevníků s asociálními projevy (Bassarath, 2001; Sameroff; Peck; Eccles, 2004). Dle Vágnerové (2005) vliv vrstevnícké skupiny vzrůstá s věkem a v době dospívání má na nežádoucí chování v první řadě vliv právě vrstevnícká skupina. Dospívající se identifikuje spíše s partou, která získává na významu. Pravidla proklamovaná partou mají prioritu před normami okolního světa. Může se pak rozvinout specifická kategorie delikventního jednání.

Dle Vágnerové (2005) nesmíme podceňovat ani vliv určité subkultury či životního prostředí. Existují subkultury, které poruchové chování tolerují, případně je dokonce považují za vhodné a nutné. V rodinách v rámci těchto subkultur jsou děti vychovávány často odlišně, jsou jim prezentovány odlišné hodnoty a normy. Nepříznivě může působit i životní prostředí, (například nahromadění velkého množství lidí na sídlišti, anonymita, nedostatek sociální kontroly).

## **5 Řešení problémů dětí s poruchami chování**

Řešení problémů dětí s poruchami chování se odehrává jednak na úrovni prevence a včasných intervencí, jednak na úrovni léčby a terapie.

### **5.1 Prevence a výchovné intervence**

V případě poruch chování u dětí a mladistvých je nezbytné klást důraz zejména na prevenci či včasné podchycení a nápravu v raných fázích rozvoje. Jde o pedagogické,

psychologické a sociální působení, které má za cíl eliminovat či omezovat vliv rizikových faktorů a přispívat k pozitivnímu rozvoji dětské osobnosti (Vágnerová, 2005). Jak upozorňuje Malá (2000) preventivní programy zaměřené na depistáž a včasnou intervenci v rodině, ve škole či v jiných institucích mají významný vliv na omezení rizika vzniku poruch chování.

V rámci prevence a intervence je nutné dodržovat určité zásady. Mezi obecné zásady patří uspokojení základních psychických potřeb dítěte (konkrétně potřebu jasné představy vlastního světa, potřebu životního cíle, potřebu cítit se součástí dění, potřebu stimulace, potřebu lásky a bezpečí). Další nepostradatelnou zásadou je podpora dítěte, podpora jeho sebevědomí, že obtížné situace samo (popřípadě s naší podporou), konstruktivně zvládne. Nezbytné je rovněž s dítětem komunikovat, naslouchat mu. Důležitá je podpora rozvoje sociálních dovedností i navazování vztahů s vrstevníky. Ve výchovném přístupu se naprosto nezbytným jeví zejména jasné vytyčení pravidel a hranic, důslednost, strukturace volného času, vypracování účinného systému odměn a trestů na základě individuálního posouzení dítěte (Train, 2001).

Nyní se podrobněji zmíníme o možnostech prevence a výchovných zařízení ve škole, rodině i dalších institucích.

### **Dítě s poruchami chování a škola**

Pedagogická práce s dětmi s poruchami chování ve škole by se měla zaměřit zejména na včasné vytyčení pravidel a hranic. Důležité je rovněž zachytit problémové děti včas a motivovat je ke zlepšení jejich chování, spolupracovat s rodiči těchto dětí. Nezbytností je taktéž individuální přístup (v rámci možností a s ohledem na stanovená pravidla), někdy je užitečná i autodiagnostika. Ujistit se, zda se já jako učitel nechovám k některému z dětí nevhodným způsobem. Existuje také řada preventivních programů, které mohou učitelé využít (např. sociálně kognitivní tréninky vedení tříd, preventivní programy zaměřené na šikanu) (Vágnerová, 2005). Při intervencích může učitel využít pomoci výchovného poradce, metodika školní prevence či školního psychologa. Intervence se pak samozřejmě budou lišit vzhledem k povaze problému. V rámci školy lze při řešení závažnějších problémů přistoupit k přeřazení žáka do specializované třídy pro děti se specifickými poruchami učení a chování.

### **Dítě s poruchami chování a rodina**

Pokud si rodina povšimne, že se u dítěte začne projevovat nevhodné chování, měla by se pokusit danou situaci ihned řešit (pokud selžou běžně užívané strategie, důležitá je konzultace s odborníky na tuto oblast).

Vzhledem k prevenci je nutné zaměřit se přímo na rodiny z hlediska poruch chování pro dítě rizikové (např. dysfunkční rodiny) a věnovat se nácviu výchovných kompetencí (Vágnerová, 2005). Rovněž je vhodné poradenství či terapeutická intervence zaměřená na problémy v rodině.

### **Dítě s poruchami chování a další instituce**

Při práci s dětmi je zajištění prevence velice důležité. Jedním z preventivních zařízení, kam se mohou děti obrátit o pomoc jsou pedagogicko-psychologické poradny poskytující jak poradenství, tak terapii.

Rovněž důležitým preventivním krokem je vytvoření potřebných příležitostí pro různé aktivity volného času (např. organizování různých kroužků, letních táborů). Tím se zabývají různá nízkoprahová zařízení (pomáhají dětem i s přípravou do školy), popřípadě dobrovolníci z programu PětP (pro děti mladší 12 let) a LATA (pro mládež).

Všestrannou preventivně výchovnou péči poskytují střediska výchovné péče, které nabízejí ambulantní i internátní péči, případně také jednorázovou pomoc v krizové situaci. Poskytují rovněž konzultace a odborné vedení rodičům, prevenci i terapii. V rámci těchto zařízení jde o dobrovolný pobyt dítěte.

O děti a mládež s opakovanými poruchami chování závažného rázu se starají také kurátoři, kteří po zjištění všech okolností doporučí vhodný postup řešení (např. vyšetření na psychiatrii či umístění do diagnostického ústavu) (Vágnerová, 2005).

Pokud dosáhnou výchovné potíže takového rázu, že je nelze řešit ambulantním způsobem, nastává represivní opatření ve formě nařízení ústavní či uložení ochranné výchovy<sup>2</sup>. Může tak učinit soud na návrh kurátora či rodičů dítěte. Nejprve dítě prochází diagnostickým ústavem, jehož cílem je posouzení a stanovení dalšího postupu. Tím je jednak umístění dítěte do dětského domova nebo do dětského domova se školou (dříve dětský výchovný ústav pro mládež) (Bendl, 2004).

## **5.2 Léčba**

O terapii v medicínském slova smyslu jde při léčbě poruch chování minimálně. V určitých případech je možné redukovat agresivitu prostřednictvím neuroleptik, což ale není řešením dlouhodobým. Mnohem důležitější je zaměřit se na individuální či skupinovou psychoterapii, vhodné je využít kognitivně-behaviorální terapii zaměřenou na změnu

---

<sup>2</sup> Ústavní výchovu nařizuje soud z důvodu vážného ohrožení výchovy dítěte. Ochrannou výchovu ukládá soud, pokud dítě či mladistvý spáchal nějaký trestný čin (Vágnerová, 2005).

konkrétních vzorců chování. V mnoha případech je nutné praktikovat rodinnou terapii či socioterapii včetně změny prostředí (Malá, 2000). Konkrétní zaměření terapií je pak dáno specifitami každého případu.

Léčba může být prováděna ambulantně, kdy dítě dochází například k dětskému psychiatrovi či psychologovi nebo může být realizována hospitalizací na oddělení dětské psychiatrie.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 6 Formulace problému a výzkumný vzorek

Cílem této práce je zmapování faktorů, které se podílejí na vzniku a rozvoji poruch chování v kontextu socializace a nastínění povahy poruch chování v souvislosti s jejich projevy. Na námi popsaných případech se pokusíme představit komplexitu vzniku a rozvoje poruch chování. Nahlédneme do problematiky socializačního procesu, budeme se zabývat působením jeho jednotlivých aktérů, kteří vznik a rozvoj poruch chování podmiňují. Dále se zaměříme na rozbor poruch chování, respektive jejich projevů. Výše formulované cíle konkretizujeme prostřednictvím následujících úkolů:

- nalézt rizikové faktory na straně subjektu socializace, tj. prostředků a činitelů socializace rodinného prostředí, prostředí školy a vrstevnických skupin;
- nalézt rizikové faktory na straně objektu socializace, tj. samotného jedince s poruchami chování;

Vzhledem k rozboru poruch chování se zaměříme na tyto úkoly:

- zjistit, zda v projevech poruch chování existují rozdíly mezi chlapci a dívkami;
- zaměřit se na profil poruch chování v průběhu času (sledování časové linie);
- zjistit, zda jsou projevy poruch chování koncentrované pouze do určité části života (např. do rodiny) či působí komplexně, v rámci všech oblastí.

Empirická část sestává ze čtyř kazuistik, tj. výzkumný vzorek  $N=4$  reprezentujících popis a rozbor případů jedinců ve věkovém rozmezí 14 až 15 let, u kterých byly zaznamenány poruchy chování. V souladu s Langmeierem a Krejčířovou (1998) budeme toto vývojové období nazývat pubescencí, která je součástí období dospívání. V prvních dvou kazuistikách se orientujeme na chlapce, v případě druhých dvou kazuistik na dívky. Genderový prvek jsme volili záměrně, abychom předešli orientaci pouze na jedno pohlaví, která by mohla vést k jednostrannému úhlu pohledu. Šlo o výběr vzorku z populace, u které byla diagnostikována určitá forma poruch chování a to bez současného výskytu jiné psychiatrické diagnózy (např. schizofrenie nebo deprese). Jejich přítomnost totiž představuje vzhledem k poruchám chování vylučující kritérium. Pokud jde o sociální zázemí, v námi uváděných případech jde o děti vyrůstající v rodinách náležejících ke střední sociální třídě. Během sběru dat byli tito jedinci

na základě rozhodnutí soudu umístění ze závažných výchovných důvodů (závažných poruch chování) v Diagnostickém ústavu Dobřichovice<sup>3</sup>.

## 7 Výzkumný design

Jelikož předpokládáme, že se každé individuum vyvíjí v rámci interakce různých sil, jako teoretický základ naší výzkumné práce využíváme Bronfenbrennerovu teorii ekologických systémů, která je v podstatě bio-ekologickou systémovou teorií (Paquette; Ryan, 2001). Tato teorie předpokládá, že je vývoj jedince utvářen ve vzájemné interakci jeho biologického zrání, bezprostředního rodinného a společenského okolí, společenských sil a směrů. Veškeré změny nebo konflikty v každé z těchto vrstev pak ovlivňují vrstvy další. Z tohoto důvodu musíme vývoj dítěte zohledňovat nejen z pohledu jeho bezprostředního okolí, ale také okolí širšího. Bronfenbrenner v podstatě rozlišuje mikrosystém, mezosystém, exosystém, makrosystém a chronosystém. Interakce v rámci struktur jednoho systému a interakce struktur napříč jednotlivými systémy jsou pro jeho teorii klíčové.

Mikrosystém zahrnuje to, co je dítěti nejbližší, obsahuje struktury, se kterými je dítě v přímém kontaktu (Berk, 2000). Zahrnuje rodinu, školu, sousedství a struktury péče o dítě. Na této úrovni nalézáme vztahy, které mají dopad ve dvou směrech – od dítěte a směrem k dítěti. Například rodiče dítěte mohou ovlivňovat představy, názory a chování dítěte a naopak dítě může v tomto směru ovlivňovat rodiče. Bronfenbrenner tyto vlivy označuje termínem bi-směrové vlivy a považuje je za vlivy nejsilnější, vlivy, které mají na vývoj dítěte největší dopad.

Mezosystém představuje spojení, souvislosti mezi jednotlivými strukturami mikrosystému dítěte (například spojení mezi učiteli dítěte a jeho rodiči) (Paquette; Ryan, 2001).

Exosystém Bronfenbrenner definuje jako rozsáhlejší sociální systém, ve kterém dítě nefunguje přímo. Jde v podstatě o externí environmentální nastavení, která jen nepřímo ovlivní průběh vývoje (takové jako pracoviště rodiče) (Berk, 2000).

---

<sup>3</sup> Diagnostický ústav Dobřichovice je školské zařízení pro děti, u nichž se rozhoduje o dalším umístění do zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Pokud je vydáno předběžné opatření a soud během vymezené doby nerozhodne o nařízení ústavní či ochranné výchovy, je zde předpoklad zkvalitnění péče v rodinném prostředí a děti jsou po nabytí právní moci rozsudku umístěny zpět domů nebo k příbuzným, kteří jsou schopni se o ně dostatečně postarat. Po skončení zhruba dvouměsíčního diagnostického pobytu jsou děti s nařízenou ústavní výchovou dle závěrů komplexní diagnostiky rozmísťovány do různých typů školských zařízení dané sítě pro výkon ústavní či ochranné výchovy. Jde o dětské domovy, dětské domovy se školou (dříve výchovné ústavy) či speciální školy internátní. Přijímány jsou děti plnící povinnou školní docházku s nařízenou ústavní výchovou, ochrannou výchovou nebo soudem vydaným předběžným opatřením o umístění. V menší míře jde o preventivní, tzv. dobrovolné pobyty na žádost rodičů (Diagnostický ústav Dobřichovice, 2007).

Makrosystém zahrnuje kulturní hodnoty, zvyky a právo. Je rovněž důležitou součástí, neboť například pokud panuje v dané kultuře přesvědčení, že za výchovu dětí jsou výhradně zodpovědní pouze rodiče, bude taková kultura s menší pravděpodobností poskytovat rodičům zdroje pomoci. To zase zpětně ovlivňuje struktury, ve kterých rodiče operují a fungují. V kontextu mikrosystému dítěte to ovlivňuje schopnost či neschopnost rodičů zodpovědnost za vývoj dítěte převzít (Paquette; Ryan, 2001).

Chronosystém se dotýká časové dimenze. Obsahuje jak externí elementy (například smrt rodičů), tak elementy interní (takové jako fyziologické změny související s věkem dítěte) (Paquette; Ryan, 2001).

Jak si můžeme povšimnout, Bronfenbrennerova teorie se zaměřuje zejména na kvalitu a kontext okolí dítěte. Čím je dítě starší, tím se interakce v rámci jeho okolí stává komplexnější.

Ve shodě s Bronfenbrennerem se domníváme, že vývoj dítěte včetně projevů jeho chování je podmíněn řadou jevů, které přecházejí do vzájemné interakce a podmíněnosti. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli zkoumat poruchy chování, které představují komplexní problém, kde hraje roli řada faktorů, v rámci kvalitativního přístupu. A to konkrétně kazuisticky, prostřednictvím případových studií. Předpokládáme, že řada fenoménů, které mohou zůstat skryty kvantitativnímu výzkumu, může být díky komplexní povaze případových studií odhalena.

Kazuistika pochází z latinského *casus*- případ, od *cado*-padat. Je popisem konkrétního případu (Vokurka; Hugo a kol., 1998). Případová studie představuje základní a jeden z nejrozšířenějších typů výzkumu v rámci kvalitativního přístupu. Případem míníme objekt našeho výzkumného zájmu. Práce na případové studii zdůrazňuje komplexní povahu jevů, které jsou zkoumány, zohledňuje souvislosti jednotlivých oblastí, jichž se případ dotýká, včetně jeho historicko-biografického pozadí. Analýza jednotlivého případu nám umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, a díky tomu může dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům. Jejich prostřednictvím tak máme možnost lépe porozumět jednotlivým vztahům i celkovým souvislostem (Mayring, 1989, 1990 in Miovský, 2006). Dle Roberta Yina (1989 in Miovský, 2006) je vhodná tehdy, když výzkumné otázky jsou typu proč a jak a současně máme možnost jen malé kontroly nad zkoumanými procesy a událostmi. Dále pokud je zkoumaný fenomén aktuální, současný, v reálném životním kontextu a pokud hranice mezi případem a kontextem nejsou příliš ostré a je žádoucí využít více zdrojů důkazů.

Strategii případové studie lze charakterizovat jako:

- strategii, která zdůrazňuje komplexnost celého případu, souvislosti funkčních a životních oblastí života účastníka výzkumu (případu) a jeho historicko-biografické pozadí;
- strategii, která představuje výchozí místo pro hledání, popis a vysvětlování vlivu různých faktorů a souvislostí v kontextu daného případu;
- metodu využitelnou ke zpětné kontrole výsledků dosažených prakticky všemi dostupnými výzkumnými metodami a postupy, kdy platnost těchto výsledků ověřujeme v praxi (Miovský, 2006).

Dle Miovského (2006) celkem rozeznáváme minimálně tři základní možnosti případové studie: jednopřípadovou studii (N=1), případovou studii zahrnující komplexnější systém a případovou studii životního příběhu (biografický výzkum). Hendl (1999) uvádí odlišné členění a to na osobní případovou studii, studii komunity, sociálních skupin, organizací a institucí a zkoumání programů, událostí, rolí atd. Dle Miovského (2006) směr celkové výzkumné práce pak samozřejmě určuje výzkumná otázka a výzkumný cíl.

Vzhledem k cíli výzkumu nejprve popíšeme jednotlivé případy, poté bude následovat jejich rozbor, ve kterém se budeme orientovat na body shodné u všech klientů i významné faktory vyskytující se pouze u jednotlivců.

## 8 Výzkumná metoda

Jako výzkumná metoda byla použita kazuistika, tj. případová studie (viz kapitola 7. Výzkumný design). V rámci této práce se zaměřujeme na jednopřípadové (osobní případové) studie. Tím jsou míněny podrobné studie jedné osoby, kdy se orientujeme na různé oblasti života této osoby a snažíme se sestavit celkový obraz daného případu v co nejširších souvislostech (Hendl, 1999).

Tato práce obsahuje čtyři kazuistiky, které jsou členěny do několika sekcí. Obsahují rodinnou, osobní, školní a sociální anamnézu, sekci týkající se problémového chování, psychiatrickou anamnézu, etopedickou intervenci, navrhnutá doporučení a prognózu. Každá kazuistika je pak uzavřena shrnutím důležitých momentů a prvků.

Díky značnému záběru a komplexitě případových studií je spektrum materiálů, které mohou sloužit jako zdroje dat, široké. V této práci jsme jako výchozí materiály použili tyto zdroje:

- lékařskou dokumentaci (zvláště pak závěrečné zprávy z pobytů v psychiatrických léčebnách),

- dokumentaci ze zařízení zaměřených na etopedickou intervenci,
- školskou dokumentaci,
- případová akta státní zprávy (vyšetřovací a soudní spisy),
- rozhovory,
- pozorování,
- data získaná pomocí psychodiagnostických metod.

Nyní krátce popíšeme metody, při kterých došlo k přímé interakci s námi sledovanými jedinci, tj. rozhovor, pozorování, psychodiagnostické metody. Rozhovory byly vedeny s našimi respondenty, tj. dětmi s poruchami chování. Týkaly se širokého spektra témat (například rodinného zázemí, školní historie, okruhu přátel a kontaktů s vrstevníky, problematického chování). Dále byly vedeny rozhovory s rodiči dětí, učiteli a výchovnými pracovníky. Opět šlo o témata sociálních vztahů a problematického chování.

Pokud jde o pozorování, šlo o komplexní sledování dítěte v rámci jeho dvouměsíčního pobytu v Diagnostickém ústavu v Dobřichovicích. Zaměřili jsme se zejména na jeho chování ve škole, interakci s vrstevníky i s dospělými autoritami, komunikaci s rodiči (šlo o přímé pozorování).

Psychodiagnostické metody měly za cíl zmapovat oblast inteligence a osobnosti daných jedinců. Ke zjištění inteligence byl použit jeden z těchto testů - WISC III, Ravenovy progresivní matrice. K nahlédnutí do osobnosti jsme použili osobnostní dotazník HSPQ, dále pak projektivní techniky, a to kresebné – test stromu, test kresby postavy a test nedokončených vět. Dále byl použit dotazník způsobu výchovy v rodině, který poskytl informaci o výchovném stylu rodičů.

- **WISC III.** Tento inteligenční test je určen pro děti ve věku od 6 do 16 let. Obsahuje verbální a neverbální část. Zahrnuje 10 základních a 2 doplňkové subtesty. Subtesty mají být zadávány ve standardním pořadí s pravidelným střídáním verbálních a neverbálních úkolů. Mezi základní subtesty je zařazeno doplňování obrázků, vědomosti, kódování, podobnosti, řazení obrázků, počty, kostky, slovník, skládanky, porozumění. Doplňkové subtesty zahrnují opakování čísel a bludiště (Svoboda; Krejčířová; Vágnerová, 2001).
- **Ravenovy progresivní matrice** jsou nonverbálním inteligenčním testem. Je to test schopností vnímat určité tvary, chápat jejich povahu a vzájemné vztahy, respektive soubor vztahů a tím vyvíjet při jednotlivých úlohách metody logického usuzování. Při

řešení úloh tohoto testu (60 úloh rozdělených do 5 setů po 12 úlohách) jsou ve hře 3 psychické procesy : pozornost, percepce, paměť (Repáň, 1968).

- **HSPQ** je osobnostním dotazníkem pro mládež, jehož autorem je Cattell. Z hlediska normálních vlastností osobnosti by měl být testem univerzálním. Měří soubor čtrnácti odlišných vlastností osobnosti, označených písmeny A až Q4. Výsledkem českého převodu jsou dvě analogové formy A a B. Každá forma obsahuje 100 položek (Balcar, 1992).
- **Test stromu** (Baum test - BT) patří do skupiny kresebných projektivních metod. Umožňuje pohled na nejrůznější části struktury osobnosti v celé jejich dynamice. Vypovídá zejména o Eysenckových faktorech osobnosti (introverze, extroverze, stabilita, neurotičnost), způsobech prožívání (zábrany, vnitřní konflikty, tenze), reagování, vztazích a přístupu k okolnímu světu, aspiracích apod. (Altman, 2002).
- **Test kresby postavy** (Figure drawing test – FDT) je diagnostická kresebná projektivní metoda umožňující pohled na osobnost v celé její složitosti a dynamice. Vypovídá o integraci osobnosti, její přizpůsobivosti a vztahu ke světu, vlastním sebevědomím a snahy po uplatnění, sexuálních postojích, pudové struktuře, jejich poruchách a vnitřních blocích, zdrojích vnitřních konfliktů a možných podobách jejich manifestace (Altman, 1998).
- **Test nedokončených vět.** Tento test se skládá z tištěných nedokončených vět, které má dítě doplnit. Jedná se o projektivní verbální techniku.
- **Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině.** Jak uvádí autoři tohoto dotazníku Čáp a Bosček (1994), došlo v tomto dotazníku ke sloučení hlediska analytického a syntetického (kombinování několika rovin zkoumání a vyjádření od jednotlivých komponentů výchovy otce a matky až po komplexní formy výchovy v rodině jako celku). Dotazník se zaměřuje na zjištění emočního vztahu k dítěti a výchovného řízení. Kombinace emočního vztahu a výchovného řízení jsou vyjádřeny modelem způsobu výchovy v rodině jako celku – modelem devíti polí. V současné podobě má dotazník 40 položek, po 10 pro každý komponent výchovy. Je to komponent kladný, záporný, požadavků a volnosti.

## 9 Kazuistika I

První kazuistika se týká patnáctiletého chlapce Miloše, v jehož anamnéze nalézáme poruchy chování. Výraznější obtíže se datují do roku 2005.

Miloš je urostlý, vysoký chlapec, se špinavě blond vlasy s melírem. Zdánlivý věk souhlasí s věkem biologickým, držení těla je v normě, chůze je klátivá. Na horní má končetině tetování (ornament, dle chlapce bez hlubšího významu). Miloš má oválný obličej, šedomodré oči. U Miloše nenalezneme žádná zvenku viditelná či skrytá tělesná znamení. Preferuje sportovní oblečení.

V průběhu prvního rozhovoru je Miloš spíše negativistický, s tendencí ironizovat a zesměšňovat. Rovněž jeho ochota vyjadřovat se k osobním tématům či problematickým oblastem je snižena. Při dalších rozhovorech patrné uvolnění, objevuje se alespoň krátké udržení očního kontaktu, komunikativnost na vyšší úrovni.

Svou povahu popisuje se značnými obtížemi. Když je dotázán na vlastnosti, které se mu na něm líbí, uvádí zprvu pouze činnosti („malování, fotbal, hraní, starání“). Po upozornění, že jsme si nepochopili a osvětlení termínu vlastnost, konstatuje, že žádnou dobrou vlastnost nemá. Zopakuje, že je dobrý na sport. Jako své špatné vlastnosti udává zejména chování, provokace, kouření.

Hodnotová orientace vzhledem k věku nevyzrálá. Na vrchních příčkách se ihned za rodinou objevily cigarety, alkohol, drogy (myšleno marihuana). Patrná neschopnost odloučit se od aktuálních potřeb, orientace na přítomnost.

## 9.1 Rodinná anamnéza

V rodinné anamnéze uvádíme ty osoby, které vnímáme v Milošově životě jako klíčové. V části rodinná anamnéza shrneme informace o Milošově otci, matce, babičce a sestře.

Do svých dvanácti let vyrůstal Miloš s matkou, otcem a o dva roky mladší sestrou. Po rozvodu rodičů (rok 2004) byly obě děti svěřeny do péče otce. Po krátké době přešla setra do faktické péče babičky (matka matky) a to z důvodu stupňujících se konfliktů s bratrem (šlo zejména o fyzické útoky ze strany Miloše). Před vstupem do DÚ Dobřichovice bydlel Miloš ve společné domácnosti, konkrétně v rodinném domě velikosti 4+1, s otcem a s babičkou (matkou otce). K dispozici měl vlastní pokoj.

**Otec.** Miloš Č., narozen 1967, vystudoval SOU s maturitou. Vystřídal několik profesí. Jako předposlední pracovní pozici uvádí zástupce ředitele v zahradnické firmě. Jako důvod ukončení pracovního poměru zmiňuje neshody s ředitelem vzhledem k pracovním zakázkám. Ze zprávy z pracoviště však vyplývá, že měl Miloš Č. na pracovišti časté konflikty se spolupracovníky a z tohoto důvodu mu byl pracovní poměr ukončen. V současné době

pracuje jako řidič kamionu, jezdí dálkové trasy po Evropě. Jak uvádí, doma tráví přibližně každý druhý víkend. Konstatuje, že po příjezdu domů je unaven, synovi se příliš nevěnuje, spíše relaxuje (sledování televizních pořadů, posezení s kamarády). Kuřák, pravidelně během víkendů v ČR požívá alkohol, a to jak v hospodě s kamarády, tak v menším množství doma (experimentování s alkoholem přibližně od 14 roku věku, pravidelné požívání od 16 let, nyní průměrně cca 10 piv, několik dc tvrdého alkoholu za víkendový večer). Jiné návykové látky neguje, bez záznamu v trestním rejstříku, psychiatricky neléčen, bez psychiatrické zátěže v rodině.

S matkou Miloše, Simonou Č., se rozvedli v roce 2004. Důvodem byl alkoholismus Milošovy matky, který přetrvával po celou dobu manželství; rovněž nedostatečná péče o děti. Otec přiznává časté konflikty a to jak verbálního, tak brachiálního charakteru (oboustranná agrese). Na základě rozhodnutí soudu byl Miloš i jeho mladší sestra Simona svěřeni do výchovy otce. Vzhledem k tomu, že mezi sourozenci docházelo k častým potyčkám a vzhledem k věku se i chování Miloše zhoršilo natolik, že byla ohrožena na zdraví, otec svěřil Milošovu sestru Simonu do péče prarodičů (faktická péče rodičů matky). Sám však na výchovu syna nestačil. Jeho dlouhodobé výchovné problémy řešil realizací pobytů syna v psychiatrické léčebně.

**Vzájemný vztah.** Pokud jde o vztah k Milošovi, byl by rád, kdyby byl Miloš umístěn do nějaké PL a to z důvodu jeho neúnosného chování. Dle otce je to doma hrozné. Říká: „*Jsem z něho na nervy. Je drzý, sprostý, šťouchá do sestry. Už jsem mu i řekl, že ho doma nechci, ať jde zpátky k mámě. Léky na zlidnění nebral, nyní se chová nejhůře.*“ O návrat syna domů (tj. zrušení ÚV) v současné době usilovat nehodlá. O Milošovi hovoří bez znatelných emocí. Na dotazy ohledně Milošova dětství odpovídá neutrálně, volný čas trávili doma, výlety či společné prázdniny se nerealizovaly. Když je požádán, aby sdělil nějaké Milošovy úspěchy či dobré vlastnosti, upadá do rozpaků, posléze konstatuje, že je dobrý ve fotbale a někdy je kamarádský.

Miloš nemá k otci pevnou emocionální vazbu. Hovoří o něm neutrálně, čas společně netráví. Když byl Miloš mladší, otec ho fyzicky trestal.

**Matka.** Simona Č., narozena 1972, toho času místo pobytu i zaměstnání neznámé. Je vyučena kuchařkou, v minulosti se léčila pro alkoholismus – celkem asi 5 let s přestávkami. S rodinou nežije, otec ani Miloš o ní nemají žádné zprávy. O případné psychiatrické zátěži v rodině matky není Milošův otec informován. Po rozvodu v roce 2004 přestala matka o děti jevit zájem. V současné době se s dětmi nestýká, výživné platí pouze občas.

**Vzájemný vztah.** Miloš si na matku příliš nevzpomíná, na myslí mu vyvstane vzpomínka na matku ležící pod vlivem alkoholu na sedací soupravě, naprosto nereagující. Vybavuje si však časté hádky a fyzická napadení. Jak však vzápětí konstatuje, k němu se sestrou se matka chovala dobře. V současnosti s matkou v kontaktu není, matka mu po citové stránce neschází (naposledy se s ní setkal přibližně před třemi roky).

**Babička.** Jitka Č., narozena 1940, je v současné době v důchodu. Dříve pracovala v továrně. Bez psychiatrické zátěže.

**Vzájemný vztah.** Pokud jde o vnuka Miloše, sděluje, že v průběhu otcovy nepřítomnosti byl naprosto nezvladatelný. Nerespektoval ji. Uvedla: „*Raději jsem se ho ani na nic neptala a nechala jsem ho, ať si dělá, co chce. Za ty hádky mi to nestálo.*“

Miloš hovoří o babičce v podstatě pozitivně : „*Jo, je to dobrý.*“ Pokud je však dotázán na nějaké hezké vzpomínky, ve kterých figuruje babička, není schopen nic uvést.

**Sestra.** Simona Č., narozena 1994. V současné době navštěvuje ZŠ. Pokud jde o vzájemný vztah, Miloš měl se setrou časté konflikty, které vyústily až v nutnost změny bydliště Simony k babičce (matce matky).

**Vzájemný vztah.** Na dotázání se na tyto problémy Miloš tuto skutečnost popírá: „*To není pravda, se setrou jsme měly hezký vztah. Ted' se vidáme tak jednou do měsíce.*“

Miloše prý vychovávají všichni členové rodiny (výchovou myslí "buzerování, kázání"). Jiné tresty například zákaz vycházek, fyzické tresty a další prý již nepraktikují.

## 9.2 Osobní anamnéza

Miloš se narodil v květnu 1992. V případě Milošovy matky šlo o druhé těhotenství, vedeno jako rizikové po předchozím samovolném potratu, chtěné. Porod proběhl v termínu, s komplikací – Miloš byl přidušen na pupeční šňůře, asi nekříšen, kojen. Prodělal běžné dětské infekce. Hospitalizován byl pouze tři dny se zánětem zubů. Psychomotorický vývoj v normě, opožděn nebyl. Byl však nadměrně živý, až hyperaktivní.

**Zájmy.** Miloš docházel cca od 1. do 3. třídy do fotbalového zájmového kroužku. Jiné kroužky nenavštěvoval, táborů ani obdobných aktivit se nezúčastňoval. V současnosti okruh zájmů plošší, vyjadřuje se pouze o fotbale (frekvence cca 1krát měsíčně), hraní počítačových her, sledování televize.

**Abusus.** Miloš je kuřák (6-8 cigaret denně), zkušenost s alkoholem (první zkušenost s kamarády přibližně ve dvanácti letech; bez preference - "*pil jsem úplně všechno, je mi to jedno*"), experimentálně THC. Ostatní návykové látky neguje.

**Vita Sex.** Bez pohlavního styku, bez homosexuálních zkušeností, občasné masturbace.

### 9.3 Školní anamnéza

Miloš navštěvoval od tří let MŠ, bez výraznějších obtíží. V MŠ byl živý, aktivní. Zaškolen byl po odkladu školní docházky v sedmi letech do ZŠ Chlumec. Na základě vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně (dále již jen PPP) byla diagnostikována dyslexie, dysortografie, lehčí dysgrafie. Do 4. třídy měl průměrný prospěch, v 5. třídě propadl. Pro selhávání v roce 2005 přeřazen do ZŠ praktické v Chabařovicích (dříve ZvŠ), kde Miloš vynikal v pohybových aktivitách. Neprospěch byl dle třídní učitelky způsoben zejména negativním přístupem ke školní práci. Stýkal se skupinou chlapců (Rómů), kteří měli stejně negativní přístup ke školní práci, a tak jeho chování podporovali. Ke všem vyučujícím měl velmi negativní vztah, byl vulgární. Ke spolužákům byl velmi hrubý, jednomu spolužákovi způsobil otřes mozku, když ho o přestávce uhodil pěstí. Agrese se dotýkala i osob mimo školu (například červen 2006 - agresivní chování vůči čtyřleté dívce, kterou při cestě ze školní zahrady ohrožoval motýčkou). K druhému pohlaví se choval výběrově. Vyskytla se destrukce školního majetku i věcí patřících spolužákům, lži a krádeže (rovněž doma). V roce 2007 přestoupil na ZŠ speciální v Mělníku. Přestup do této školy byl spojen se stěhováním, které otec zdůvodňoval tak, že syn potřebuje změnit prostředí a kamarády, kteří na něho negativně působí. Toto se však minulo účinkem, neboť Miloš se po krátkém adaptačním období vrátil ke svému navyklému způsobu chování a jednání. Spolupráce s Milošovým otcem byla při řešení problémů nedostatečná.

Miloš svoje negativní chování ke spolužákům i učitelům popírá. S ironickým úsměvem na rtech argumentuje: „*Oni lžou, to vůbec není pravda. Vymejšlej si.*“ Pokud jde o jeho pobyt ve škole, otevřeně říká, že ho to ve škole nebaví, přípravu zanedbával, učit se odmítal. Spolužáky oblíben nebyl. Jak konstatuje, spíše se ho báli, což mu prý ale vyhovovalo. Když má jmenovat nějakého kamaráda ze školy, následuje dlouhý reakční čas a poté odvedení pozornosti jiným směrem.

V současné době navštěvuje Miloš 9. třídu ZŠ speciální. Ve škole ho baví tělesná výchova. Pokud jde o známky, na posledním vysvědčení měl dvě čtyřky, jinak ve škole převážně dvojky a trojky.

Profesní orientace dosud nejasněná (ani po vyjmenování řady učebních oborů není schopen nalézt něco, co by ho oslovilo).

## 9.4 Sociální anamnéza

Pokud jde o přátelské kontakty, Miloš si vzpomíná na kamaráda, se kterým se přátelil přibližně od 1. do 4. třídy. Trávili spolu čas běžnými aktivitami (například různé sportovní aktivity atd.). Během docházky do ZŠ praktické se Miloš stýkal s několika spolužáky. Jak konstatoval „*po škole jsme se tak poflakovali, zakouřili si, šli jsme na pivo, sem tam jsme něco rozbili (třeba popelnice, okno od auta atd.)*.“ V ZŠ speciální pak bez jakéhokoliv bližšího vztahu (zřetelně ostatní šikanoval, fyzicky na ně útočil), rovněž tak v diagnostickém ústavu. Ostatní klienti si na něho permanentně stěžovali, vyjadřovali strach z jeho chování, narušoval jejich výuku i odpolední program. Po jeho odjezdu z DÚ hovořili o veliké úlevě, kterou jim tato situace přináší.

Svoji situaci Miloš řešil prostřednictvím „kupování“ si kamarádů, prakticky šlo i o motiv výše uvedených krádeží (například ukradl cigarety či za zcizené peníze koupil nějaké spotřební zboží, o které se pak s kamarády podělil).

## 9.5 Problémové chování

Problémové chování se objevilo již na prvním stupni základní školy. Vyskytly se stížnosti ohledně jeho pasivity v hodinách, dle učitelky odmítal pracovat. Pokud byl k činnosti nucen, vztekal se, mlátil hlavou o lavici. O přestávkách byl velice živý, neukázněný, na napomínání nereagoval.

Od září 2005, tj. přestupu na ZŠ praktickou, bylo zpozorováno masivní zhoršení chování. Docházelo k velice závažnému porušování školního řádu: ničení školního majetku, nerespektování učitelů, drzost a vulgární přístup k učitelům (nadávky, vyhrožování), fyzické útoky na spolužáky. Níže uvádíme příklady zaznamenané ve zprávách učitelů.

Třídní učitelka zjistila, že má poničené dveře úderem pěstí u své třídy. Protože opakovaně během přestávek i vyučování chodil Miloš do cizích tříd, dotázala se ho, jestli o poničení dveří něco neví. Odpověděl, že ví, ale neřekne. Zaútočil slovně: „*Ty krávo, bud' zticha nebo dostaneš pěstí!*“ Popadl pilku na železo, která byla na aranžérské práce a hnal se po učitelce s napřaženou rukou s tím, že jí hlavu urazí.

V hodině tělesné výchovy žák zdivočel, po prvních deseti minutách začal rozvracet hodinu a každý pokyn učitele doprovázel tykáním a výrazy: „*kámo, ty zmrde, ty čuráku, chceš do držky...*“ Jeho chování kulminovalo v destrukci tělocvičny, kdy počal házet a kopat do všeho, co bylo po ruce.

Dále šikanoval slabší spolužáky, rozkazoval jim, ohrožoval je. Jednomu spolužákovi způsobil úderem pěstí otřes mozku (viz školní anamnéza).

Dle ředitele ZŠ speciální pokračovaly výchovné problémy i zde. Opět šlo o verbální i brachiální agresi a celkové porušování školního řádu. Spolupráce s Milošovým otcem byla problematická (pouze přes telefon). Jelikož Milošův otec pracuje dlouhodobě v zahraničí, výchovu přebírá babička. Rodina byla školou opakovaně upozorňována na problémy s chováním.

Dle Miloše: *„Ve škole mě to nebaví. Nikoho jsem nebil, to není pravda. Učitelé lžou... Občas jsem někoho uhodil, ale oni si začali. Provokovali. Učitelé taky provokují... Doma mi táta něco řekne, je mi to jedno.“*

Co se týká situace mimo školu, vzhledem k rodině se vyskytovalo časté lhaní, krádeže (různé obnosy peněz, cigaret). Dále se objevilo kouření, experimentování s alkoholem a THC. Patrné je rovněž výchovné nerespektování otce, drzé, vulgární chování, brachiální agrese vůči sestře a vandalismus.

## **9.6 Psychiatrická anamnéza**

Miloš byl opakovaně vyšetřen v různých psychologických poradnách a u odborníků z oblasti dětské psychiatrie. Od září 2006 byl v péči Psychiatrické ambulance, poté pobyt v Dětské psychiatrické léčebně v Lounech, v roce 2007 v Dětské psychiatrické léčebně v Opařanech.

### **9.6.1 Psychiatrická ambulance**

Psychiatr diagnostikoval poruchy chování a emocí ve spojení se subnormním intelektem. Lékař sdělil, že od 14.9. 2006 není Miloš léčen medikamenty. Další zpráva z 1.3. 2007 uvádí, že pokračují poruchy chování na hranici únosnosti ambulantních možností a doporučil medikamentózní léčbu.

### **9.6.2 Dětská psychiatrická léčebna Louny**

Pobyt v Dětské psychiatrické léčebně Louny (dále již jen DPL Louny) byl doporučen dětským psychiatrem z Psychiatrické ambulance. Pobyt byl realizován od listopadu do prosince roku 2006.

Dle **psychiatrického vyšetření** je Miloš lucidní, správně orientovaný všemi směry. Kontakt navazuje ostražitě, spolupracuje, odpovídi jednoduché, stručné, často jednoslovné,

snížená autokritika, lehká tenze během vyšetření, normoforický, emoční zploštělost, deprivace, afektivita během vyšetření přiměřená, zvýšená pohotovost k agresi, nic psychotického, osobnost simplexní, s rysy egocentrismu, impulzivity, oslabení volných vlastností, intelekt subnormní. Stanovena diagnóza F91.1 Porucha chování nesocializovaná.

Během **psychologického vyšetření** fáze navazování kontaktu i pracovního vztahu velmi obtížná (nedůvěra, pubescentní opozice, chabé volní úsilí, subjektivně stížnosti na únavu). Orientační vyšetření vrozených intelektových dispozic (vizuokonstruktivního logického myšlení) - jejich úroveň se pohybuje v pásmu výrazného podprůměru, verbální výkon klinickým odhadem ještě nižší. Osobnost nezralá, s nepevnou, nerozvinutou vnitřní strukturou, nejistá, nezakotvená. Extravertní směřování, touží po sociálním začlenění, pozornosti a ocenění, současně usiluje o dominanci, kontrolu ve vztazích. Má sklony ke skryté manipulaci a utilitární postoje. Suspektně jde o kompenzaci vlastních nejistot závislosti i slabosti. Emoční reaktivita povrchní, plochá. Nápadný deficit volní sféry, neurčité, nahodilé cíle, bez aspirací. Rodinné vazby sám prezentuje jako „vlažné“, takto vyhovující (zdá se, že jde opět o formu obrany). Vnitřně silná potřeba stability zázemí, sdílení citů, vnější podpory, struktury a hranic.

Co se týká průběhu pobytu po nástupu do DPL protrahovaná adaptační reakce. Afektivní labilita, verbální i brachiální agrese. Nasazena silnější medikace, po jejím snížení vystupňování agresivity, nezvladatelné chování. Bez výrazného zlepšení.

Dále citujeme ze zprávy paní učitelky ze Základní školy při dětské psychiatrické léčebně v Lounech: *„Jeho nadřazené vulgární a agresivní chování se zatím nepodařilo zmírnit, i když byly vyzkoušeny různé metody přístupu. Ještě více než ve škole se jeho neúnosné chování projevovalo na oddělení léčebny, kde byl někdy až nezvladatelný a došlo dokonce k napadení zdravotnického personálu.“*

### **9.6.3 Dětská psychiatrická léčebna Opařany**

V Dětské psychiatrické léčebně Opařany (dále již jen DPL Opařany) byl Miloš hospitalizován v období od dubna 2007 do konce července 2007. Důvodem bylo neúnosné chování ve škole (porušování školního řádu, agresivní chování, ohrožování a fyzické útoky na spolužáky, vulgarita a drzost k učitelům, destrukce školního zařízení, odmítání výuky) i doma (krádeže – různé obnosy peněz, drzost, odmítání, vulgarita, kouření, experimentování s THC).

**Psychiatrické vyšetření** se v hlavních liniích shodovalo se závěry z DPL Louny. Byla užitá medikamentózní terapie (Zoleptil<sup>4</sup>, Rispen<sup>5</sup>, Tisercin<sup>6</sup>, Zyprexa<sup>7</sup>), dále arteterapie, RHB, komunitní terapie. Stanovená diagnóza F91.1 Porucha chování nesocializovaná.

**Psychologické vyšetření** potvrdilo závěry z DPL Louny. Indikováno klinické poradenství otcí stran výchovných postojů a pravidel. U chlapce diagnostikováno riziko fixace rysů do disharmonického vývoje.

Po přijetí protrahovaná adaptační reakce, pacient hůře zvládal režim stanice chlapců s normálním intelektem. Značná afektivní labilita, verbální i brachiální agresivita vůči spolupacientům i personálu, bez náhledu na problematiku, bez motivace ke změně. Opakovaná manipulace s medikací, objevilo se sebepoškozování. Prováděny úpravy medikace, psychoterapeutické působení, postupně došlo k částečnému zlepšení spolupráce. Ubylo agresivity, pacient byl schopen zapojení v terapeutických i volnočasových programech léčebny. Úspěšně absolvoval propustku do domácího prostředí. Při pokusu o snížení medikace opět masivní brachiální agresivita, medikace upravena na původní výši. Před propuštěním stav relativně kompenzován, k adaptivnímu chování nutná motivace bezprostřední odměnou.

V případě dalších problémů doporučeno spíše výchovné řešení než hospitalizace. Citujeme z propouštěcí zprávy : *„Jelikož jsme vyčerpali veškeré dostupné prostředky, rehospitalizaci odmítáme a doporučujeme spíše výchovné řešení.“*

---

<sup>4</sup> Zoleptil patří do skupiny multireceptorových antipsychotik, blokujících nejen dopaminové, ale i serotoninové, adrenalinové, histaminové a částečně i muscarinové receptory. Blokáda dopaminových postsynaptických D2, D3, D4 zakončení působí příznivě ovlivnění pozitivních schizofrenních příznaků, blokáda serotoninových S2 receptorů zvyšuje dopamin v prefrontální kůře a způsobuje redukci negativních a depresivních příznaků a kognitivní dysfunkce (Švestka, 2002).

<sup>5</sup> Risperidol (Rispen) patří do skupiny atypických neuroleptik, která upravují chorobně narušené myšlení, vnímání, jednání a chování. Rovněž jsou indikovány ke zklidnění mentálně retardovaných a dementních nemocných, nezdrženlivých a explosivních poruch osobnosti, k potlačení závislosti na alkoholu a jiných drogách a u sexuálních deviací. Rovněž projasňují náladu, tlumí suicidální impulsy a aktivitu (Švestka a kol., 1995).

<sup>6</sup> Tisercin se užívá v malých dávkách k léčbě neurotického strachu a nespavosti, k léčbě úzkostné deprese s neklidem a dále u chorobných představ a halucinací, při výrazné uzavřenosti do sebe s apatií a nedostatkem vůle, např. při schizofrenii. Dále se užívá při psychomotorickém neklidu a vzrušení, při zvracení, škytavce a úporně svědicích vyrážkách, ke zmírnění bolesti při předoperační přípravě ke zvýšení účinku léků proti bolestem. Tisercin je určen k léčbě dospělých a mladistvých pacientů (Lékárna.cz, 2008).

<sup>7</sup> Přípravek Zyprexa se používá k léčbě schizofrenie. Schizofrenie je duševní onemocnění s řadou příznaků, včetně neuspořádaného myšlení a řeči, halucinací (slyšení nebo vidění věcí, které neexistují), podezíravosti a bludů (chybné domněnky). Je také účinný, pokud jde o udržení zlepšeného stavu u pacientů, kteří již reagovali na úvodní fázi léčby. Dále se používá k léčbě středně závažných až závažných manických epizod (extrémně povznesená nálada). Může se také používat k prevenci opětovného výskytu příznaků u pacientů s bipolární poruchou (duševní onemocnění, u kterého se střídají období povznesené nálady a deprese), kteří již reagovali na úvodní fázi léčby (European medicines agency, 2007).

## 9.7 Etopedická intervence

Na základě graduujícího problematického chování, které pokračovalo po ukončení hospitalizace v DPL Opařany, byl Miloš pro trvající poruchy chování přijat na dvouměsíční diagnostický pobyt do Diagnostického ústavu Dobřichovice.

### 9.7.1 Diagnostický ústav Dobřichovice

Miloš nastoupil do Diagnostického ústavu Dobřichovice dne 6.12.2007 na základě rozhodnutí Okresního soudu (dále již jen OS) v Mělníku, který nařídil předběžné opatření (dále již jen PO). Důvodem k tomuto opatření byly problémy s heteroagresivitou i autoagresivitou ve škole, verbální i brachiální útoky na spolužáky i pedagogy, demolování zařízení školy.

V rámci **psychologického vyšetření** byly použity následující metody: rozhovor, Ravenovy progresivní matrice, HSPQ, BT, FDT, Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině, Nedokončené věty.

Miloš přichází k pohovoru klidně, zpočátku neudrží oční kontakt, patrná lhostejnost a prvky negativismu v chování, zvýšená pohotovost k agresi. Kontakt navazuje ostražitě, ale spolupracuje, na otázky podává jednoduché, stručné odpovědi. V průběhu rozhovoru mírně rozvazuje a objevuje se přátelštější póza (reaguje na vstřícný, přátelský přístup s prvky humoru). Řeč je obsahově chudá, patrná mírná artikulační neobratnost. Miloš je orientovaný, projevuje se lehká tenze, ale bez známek psychomotorického neklidu (možná v důsledku medikace). Koncentrace pozornosti slabší. Nižší zaujetí úkoly. Intelekt snížený - orientačně v pásmu subnormy (nutné pokládat otázky jednoduše, popřípadě zopakovat).

Z rozhovoru. Miloš je absolutně bez náhledu na své chování. Za veškeré problémové chování tendence svalovat vinu na druhé, snížená autokritika. Z výpovědi o rodinné situaci vyplývá, že Miloš nemá vybudované blízké pevné emoční pouto ke členům primární rodiny. Velice silně však po blízkém emočním vztahu touží. Hovoří o přání mít bratra. Citové pouto bylo zjištěno pouze k tomuto „virtuálnímu bratrovi“, kde se Miloš domnívá, že by byl přijímán. S největší pravděpodobností se jedná o jeho vlastní představu o pochopení blízkou osobou. S otcem (v důsledku pracovní doby) není příliš v kontaktu. Hovoří o fyzickém týrání v dětství. Miloš se cítí uvnitř rodiny osamocen. Babička nedůsledná ve výchově. Výchovné vedení celkově insuficientní. Suspektně emoční deprivace.

Orientační vyšetření vrozených intelektových dispozic zjišťované testem Ravenovy progresivní matrice se pohybuje na hranici defektu. Verbální výkon klinickým odhadem ještě nižší (oblast lehké mentální retardace).

Volní složka je oslabená, rozvolněná, cíle nahodilé, bez aspirací. Patrná emoční oploštělost. Dle výsledků HSPQ skrývá své city, je tvrdý. Přítomna je vnitřní senzitivita až dráždivost, impulzivita, nedostatek sebevlády. Frustrační tolerance snižená, překážky ho rozčilují, snadno se rozruší, dostává se do sporů a problémů. Vnitřní napětí často ventiluje agresivními tendencemi, vulgarismy. Rozhoduje se po svém, je průbojný, soběstačný. Objevuje se u něj neuvažující citovost a narcistické odmítnutí společenských požadavků provázené nejistotou. Masivně zvýšená hladina úzkosti.

Vzhledem k sociálním vztahům tendence získat pozornost a ocenění, obdiv. V důsledku nedostatečně rozvinutých sociálních dovedností tak však činí zcela nevhodným způsobem (agrese, provokace, vzhledem k dívkám sexuální narážky).

Kresba po grafické stránce podprůměrná, znaky primitivismu, nezralosti (odpovídá snížené intelektové úrovni). Z BT a FDT lze však vyčíst nízké sebevědomí, pudovost, sklon k výbušnosti, impulzivitě až agresivitě, horší přizpůsobivost.

V nedokončených větách naznačen negativní emoční vztah k sestře (Přál bych si, abych neměl...*sestru*). Dále touha po funkční rodině (Až budu starší...*budu mít rodinu*), rovněž touha po bratrovi, který pro něj pravděpodobně symbolizuje osobu, ke které by mohl mít kladné emoční pouto (opětované; viz z rozhovoru) (Vždycky si tajně přeju...*bratra*).

Výsledek vyhodnocení dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině uvádí pesimální formu výchovy (rozporné řízení se záporným vztahem).

Závěr. Jde o chlapce s nevyzrálou osobnostní strukturou, nejistou, nepevnou. Emočně oploštělého, zvýšeně impulsivního, dráždivého, s agresivními tendencemi. Ve společenském kontaktu snaha získat kontrolu, dominanci, obdiv a ocenění v kontrastu s nedostatečně rozvinutými adekvátními sociálními dovednostmi (často kontakt navazuje vulgárním, agresivním, hrubým způsobem). Nápadný deficit volní sféry. Orientačně intelektová úroveň v pásmu výrazného podprůměru. Insuficientní výchovné působení, susp. emoční deprivace.

Dle **etopedického závěru** se jedná o citově deprivovaného, výchovně zanedbaného chlapce, s výrazným rozumovým deficitem. V jeho chování se projevuje především neschopnost navázat žádoucí sociální kontakt, citová zploštělost a touha po přijetí blízkou osobou.

Pokud se zaměříme na průběh pobytu, na jeho počátku se Miloš vyrovnával s nasazenou medikací. Byla patrná únava, ospalost. V důsledku tolerance organismu k dané

medikaci docházelo k pozvolnému seznamování se s režimem a pravidly. Adaptace na prostředí probíhala s mírnými obtížemi (slabá koncentrace pozornosti, v déletrvajících činnostech patrné výrazné oscilace). Postupem času se tyto symptomy prohlubovaly, dělaly velké problémy a to hlavně ve školní práci. Miloš nebyl schopen se koncentrovat, nepomáhaly ani časté a střídající se změny programů. Ve druhé polovině pobytu se přidružila rovněž verbální i brachiální agrese, demolování zařízení DÚ, provokace dětí. Dle zpráv vychovatelů není Miloš schopen náhledu na své chování. Uvádíme příklad jeho chování ze 17.1. 2008. Potom, co pěstí uhodil vychovatelku do ruky se omlouval, že to nic nebylo, že to byla legrace. Následně jedné dívce bouchal hlavou o lavici a „*nehnul ani brvou*“. Na napomenutí řval, že jí nic neudělal. Vyhrožoval vychovatelům, že je „*zítra zabije*“.

V oblasti sociálních kontaktů byl značně slabý, neschopen navázat přátelské vztahy (ostatní děti neustále provokoval, atakoval). V navazování kontaktů k opačnému pohlaví byl ostře provokativní. Nebyl schopen přiblížit se k dívce tak, aby jí nezpůsobil bolest, či traumatizující zážitek, což se týkalo i malých dívek. Autoritu byl schopen za určitých podmínek respektovat. Občasný kontakt s rodinou byl zachován.

Závěr: nevladatelné afektové stavy provázené agresí a vulgarismy na adresu dětí i dospělých svědčí také ve stoupající tendenci o absolutní neúctě a pohrdáním všeobecně uznávaných hodnot, autoritě a lidské důstojnosti.

Na základě závěrů dvouměsíčního diagnostického pobytu byl Miloš umístěn do Dětského domova se školou s výchovně léčebným režimem ve Slaném, který poskytuje komplexní péči dětem s kombinovaným postižením od šesti let do ukončení povinné školní docházky. Jedná se o děti, které mají psychopedické, etopedické a psychiatrické problémy.

## **9.8 Doporučení a prognóza**

Pokud jde o jednotlivá doporučení, Miloš potřebuje řád s pevnými, jasně danými pravidly. Vzhledem k jeho sníženým intelektovým schopnostem mu musí osoby odpovědné za výchovu poskytovat jasné, stručné, jednoduché instrukce a okamžitou zpětnou vazbu na jeho chování. Pokud jde o sníženou schopnost koncentrace je třeba klást spíše krátkodobé cíle, věnovat se určité činnosti pouze po kratší časový úsek, tyto činnosti je nutné často střídát. V důsledku Milošova sníženého sebevědomí je nutné snažit se poskytnout mu pozitivní motivaci. Důležité je, aby zažil pocit úspěchu, rovněž zajistit možnost individuálně nastaveného hodnocení tak, aby mohl zažít úspěch. Velmi nutné je vhodně strukturovat volný čas (zájmová činnost, například sport, pokud možno více fyzicky náročný). Je třeba nezbytné

pěstovat nácvik sociálních dovedností (zejména navazování kontaktu, vyjádření nesouhlasu atd.) a zaměřit se na rozvoj dovedností praktických. Doporučovali bychom psychoterapii s cílem posílit sebevědomí, funkce ega. Jelikož otec je s určitou pravděpodobností též agresorem, je třeba poskytnout Milošovi korektivní mužský vzor. Pokud jde o rodinné vazby považujeme za potřebné věnovat se rodinné terapii vedoucí ke zpevnění a zkvalitnění jednotlivých vazeb. Vzhledem k potížím s agresivitou je třeba dodržovat medikaci a kontrolovat její užívání. Dále doporučujeme komplexní psychiatrické a sexuologické vyšetření (v souvislosti s chováním k opačnému pohlaví).

Pokud by byla dodržena výše uvedená doporučení, mohlo by dojít k určitému zlepšení problémového chování, i když výraznější zlepšení neočekáváme. Určitou roli by mohl sehrát nástup dospívání (například srovnání hormonální hladiny, zvýšení sebevědomí, snížení hladiny úzkosti). Rizikem je Milošova tendence k podvodům vzhledem k užívání medikace, rovněž nedostatek náhledu na své chování či neochota svoje chování přijmout (možná popření a obrany).

## **9.9 Shrnutí případu**

V rámci shrnutí se pokusíme zmapovat faktory, které v případě Miloše mohly být vzhledem k poruchám chování faktory rizikovými. Nejdříve se zaměříme na rodinnou anamnézu. V ní nalzáme rozvod rodičů, období před rozvodem poznamenané častými konflikty mezi rodiči (docházelo k verbální i brachiální agresi). Na straně otce nalzáme přísné fyzické tresty kombinované s nedostatečným zájmem o syna, rovněž sklon k nadužívání alkoholu. Ze strany Milošova otce rovněž zaznamenána nedůvěra vůči synovi, nadávání a kritizování. Na straně matky pak alkoholismus. Významnou skutečností je, že od rozvodu o syna nejeví zájem. V souvislosti s oběma rodiči lze říci, že Miloš s nimi již delší dobu netráví společně čas, že mu schází rodinné zázemí, suspektně emoční deprivace. Forma výchovy je pesimální (rozporné řízení se záporným vztahem). Významnou roli hraje také fakt, že babička, která v této době v podstatě Miloše vychovává, je nedůsledná ve výchově. Milošova mladší sestra se odstěhovala, s Milošem nejsou v kontaktu. Důvodem ke stěhování byly Milošovy časté a stupňující se fyzické útoky vůči sestře.

V osobní anamnéze nalzáme údaje o rizikovém těhotenství, šlo o porod s komplikacemi. Miloš byl přidušen na pupeční šňůře. Již v raném věku patrná živost a hyperaktivita. Miloš se již od 4. třídy systematicky žádných zájmových aktivitě. Je kuřák, má opakovanou zkušenost s alkoholem, experimentuje s THC.

Ve školní anamnéze nalezneme hyperaktivitu a živost v mateřské škole, odklad školní docházky, v 1. třídě výukové potíže – diagnostikována dyslexie, dysgrafie, dysortografie. Za významné lze považovat také časté střídání škol (4krát), nedostatečnou spolupráci mezi Milošovou rodinou a učiteli v rámci řešení výchovné problematiky, všeobecně negativní vztah ke škole jako instituci k i učitelům, nemotivovanost.

Sociální anamnéza vypovídá o nedostatečném přijetí ze strany vrstevníků, absenci přátelských vazeb.

V neposlední řadě lze připomenout osobnostní charakteristiky Miloše. Nalézáme u něj intelekt na hranici defektu. Pokud jde o osobnostní charakteristiky povšimneme si impulzivity, oslabené volní složky, nedostatku sebevlády, výbušnosti, vnitřního napětí, senzitivity, dráždivosti, snížené frustrační tolerance, pohotovosti k agresivním reakcím, emoční oploštělosti, masivně zvýšené hladiny úzkosti, nízkého sebevědomí a sebehodnocení. Vzhledem k sociálním vztahům zaznamenána tendence získat obdiv a ocenění spolu s nedostatečně rozvinutými sociálními dovednostmi a horší sociální přizpůsobivostí. Výrazná je také tendence rozhodovat se po svém, neuvažující citovost a narcistické odmítnutí společenských požadavků provázených nejistotou. Autokritika je snižena, Miloš je bez náhledu na své chování.

U Miloše nacházíme neagresivní i agresivní projevy poruch chování. Do první kategorie patří lhaní, do druhé kategorie krádeže, verbální i brachiální agrese vůči dětem i dospělým, šikana, vandalismus.

První známky problematického chování byly u Miloše zaregistrovány již na prvním stupni, kdy šlo zejména o pasivitu v hodinách, nerespektování autority učitele. V roce 2005 (Milošovi bylo 13 let) došlo k masivnímu zhoršení chování. K nerespektování učitelů se přidružila verbální agrese (nadávání, výhrůžky), brachiální agrese (fyzické napadení), šikana, vandalismus, krádeže.

Projevy poruch chování se vyskytovaly ve všech oblastech Milošova působení (rodina, škola, zdravotnické i výchovné instituce).

Podstatné je uvést, že výchovná problematika byla řešena jen opakovanými pobyty ve zdravotnických a výchovných institucích. Cílem těchto pobytů bylo zmírnění agrese. Ve zdravotnických zařízeních za pomoci medikace a terapie, ve výchovných institucích za pomoci výchovných doporučení. K výraznějšímu zlepšení chování však v případě Miloše nedošlo.

## 10 Kazuistika II.

Druhá kazuistika se týká čtrnáctiletého chlapce Jana, výraznější poruchy chování se datují od roku 2004.

Jan je hezký chlapec s krátkými světlými vlasy, drobné, štíhlé, středně vysoké postavy. Zdánlivý věk odpovídá věku biologickému, držení těla má v normě. Má kulatý obličej, snědou pleť a hnědé oči. Bez znatelných zvenku viditelných či skrytých tělesných znamení. Preferuje sportovní oblečení, konkrétně značkové oblečení ze skateshopů.

Během prvního rozhovoru Jan reaguje přiměřeně, je orientovaný v čase i prostoru, komunikativní, oční kontakt udržuje bez problémů, ale lehce tenzní - projevuje se zhoršenou artikulací. Po delším rozhovoru uvolněný, ochotný vyjadřovat se ke všem nastíněným tématům, přátelský, s úsměvem na rtech.

Svoje negativní vlastnosti popisuje bez obtíží, bez patrné časové proluky. Konstatuje, že je „*drzý, sprostý, neposlušný, nezodpovědný, všechno chce hned.*“ Když se dostává k vlastnostem kladným, říká „*já nevím, asi že umím jezdit na skejtu a brejkovat.*“ Po chvíli bezradnosti se snažíme dospět k nějakému výsledku společně a dostáváme se k následujícím charakteristikám: „*kamarádský, srandovní.*“

Pokud jde o základní životní hodnoty, na prvním místě udává Jan rodinu a práci. Dále spíše materiální fixace – dům, peníze, auto.

### 10.1 Rodinná anamnéza

I v tomto případě se v části rodinná anamnéza stručně zmíníme o osobách, které v Janově životě zaujímají významnou pozici.

Po rozvodu rodičů v roce 1996 byl Jan svěřen do péče matky. Matka se podruhé vdala a v roce 1997 se z tohoto manželství narodila Janovi sestra Miroslava. Bydleli v bytě 3+1, kde Jan sdílel pokoj se sestrou. Finanční zajištění rodiny bylo v té době slabé, matka pobírala sociální příspěvky a alimenty, rovněž pomáhali prarodiče. V roce 2001 byl Janův nevlastní otec odsouzen k výkonu trestu odnětí svobody. Od té doby s nimi žili střídavě noví druhové matky. V roce 2004 požádala matka z důvodů problematického chování o nařízení ústavní výchovy (ÚV). Během řízení však na podnět OSPOD požádal o svěřeni chlapce do své péče otec, což se uskutečnilo v květnu 2006. U otce a jeho družky zůstal Jan až do nástupu do DÚ Dobříčovice. Rodina žila v rodinném domě o velikosti 4+1, kde měl Jan k dispozici vlastní pokoj. S prarodiči se Jan nestýká.

**Otec.** Jan H., narozen 1970, vyučený automechanik. V současné době pracuje v pneuservisu. Kuřák, v anamnéze nadužívání alkoholu, bez psychiatrické zátěže. Po rozvodu se s chlapcem pravidelně stýkal (syna si bral každých 14 dní na víkend, alimenty platil). V současné době žije se svou družkou v rodinném domě v Mezouni. Dle jeho mínění, započaly Janovy problémy v 5. třídě, kdy se objevily velké problémy s učením a nezvládnutím výuky. Následně nastaly problémy i s novým partnerem matky, která začala upřednostňovat své partnery před dětmi. Domnívá se, že mohlo ze strany otčima docházet i k psychickému a fyzickému týrání. Uvádí, že *„matka absolutně přestala zvládat výchovu nad synem.“* Konstatuje, že po převzetí syna do péče následoval po krátkodobém zlepšení návrat k původnímu chování. K tomu poznamenává, že *„nastoupil nový učitel, kterého nebral jako autoritu, tak se přestal učit a stupňovala se jeho apatie ke škole.“* Situaci se pokoušel řešit a to prostřednictvím PPP a Střediska výchovné péče Klíčov.

**Vzájemný vztah.** O syna projevuje zájem, rád by ho získal opět do své péče. Jan sděluje, že s otcem, když byl malý, trávili čas například různými sportovními aktivitami. Od roku 2006 je společný čas strávený s otcem minimální. Víkendy tráví otec s přáteli a přítelkyní, na Jana v podstatě nemá čas. Směrem k otci poznamenává, že jsou si podobní a to jak fyzicky, tak psychicky (oba jsou vznětliví a mají smysl pro humor). K otci i jeho družce má pozitivní vztah, dodává *„jsme spíše kamarádi“*.

**Matka.** Eva N., narozená 1972, vyučená. V současné době bez trvalého pracovního poměru, pouze příležitostné práce. Kuřačka, alkohol příležitostně, bez psychiatrické zátěže. Po rozvodu rodičů v roce 1996 byl Jan, jak jsme již výše uvedli, svěřen do péče matky. Matka se podruhé vdala a dle dostupných zpráv začala pravděpodobně upřednostňovat svého partnera. Z tohoto manželství se v roce 1997 narodila dcera Miroslava, která je tělesně handicapovaná. Matka uvedla, že po jejím narození se Janovo chování výrazně zhoršilo. Pokud jde o její vztah k otci Jana, hovoří o něm pouze jako o panu H. V období před rozvodem zmiňuje fyzické útoky ze strany manžela. Z období, kdy měla syna ve své péči, zmiňuje řadu situací, které vnímá jako panem H. úmyslně provedené akce, jejichž cílem bylo znesnadnit jí život, ohrožit její autoritu u syna. Například *„chtěla jsem jet s dětmi k moři, měla jsem domluvené tři termíny, ale ani jeden se panu H. nezdál, tak jsem nakonec jela s Mirkou sama. Pak jsem ještě chtěla jet s dětmi společně pod stan, ale on si Honzu odvezl dřív.“*; stejná situace se opakovala o dalších prázdninách, kdy *„jsem získala možnost jet s Honzou k moři s dětmi, které jsou postižené nebo z dětského domova, což bylo pro mě finančně přijatelné; otci se ale nelíbilo, že by jel s takovými dětmi.“* Zdůrazňuje, že výchovné problémy chtěla řešit, ale její bývalý manžel jí nevěřil, popřípadě výchovné obtíže popíral. Z výpovědi matky : *„na své*

*narozeniny si Honza pozval tajně kamarády a vypili nějaký alkohol, zlobila jsem se, ale zdálo se, že je mu to jedno. Otec mi na to řekl, že on se také v tom věku tak opil, no a co.*“ Od 5. třídy chtěl syn bydlet s otcem, který však řekl, že *„není schopen starat se sám o sebe, natož o syna, který navíc při jejich společném víkendu problémy nemá.*“ Dále matka konstatuje, že při výchovných domluvách si Jan ihned balil své věci a volal otci, ať pro něj přijede. Když v roce 2006 podala návrh na ústavní výchovu, protože už byla *„vyčerpaná“*, zažádal otec o svěřeni syna do péče.

Co se týká jejího druhého manželství, hovoří o něm velice negativně. Jak konstatuje bývalý partner (opět pouze pan N.) *„často přicházel domů opilý a fyzicky mě napadal.*“ Od určité doby žil na chalupě, později zjistila, že se zde skrývá před policií. V roce 2003 se *„objevil doma a já zavolala policii a byl zatčen. Vyhrožoval mi, že mi ublíží za to, že jsem ho udala.*“ Po nástupu výkonu trestu v říjnu 2003 podala matka žádost o rozvod.

Poté, jak tvrdí, navázala občas nějaké vztahy, které ale neměly dlouhého trvání. Někteří z jejích partnerů ve společné domácnosti taktéž přebývali.

**Vzájemný vztah.** Matka během rozhovoru vykazovala značné výkyvy v emocích. Komunikace mezi ní a Janovým otcem je minimální. V současnosti chce získat syna do péče a v tomto směru vyvíjí na Jana určitý nátlak (například nakreslily mu s dcerou Mirkou obrázek jeho budoucího pokojíku, Mirka Jana intenzivně přemlouvala atd.). Pokud jde o Janův vztah k ní, v současnosti jsou patrné určité negativní emoce. Jan při vstupním pohovoru do DÚ Dobřichovice směrem k matce projevoval ostentativní nezájem a zlobu, dokonce se pokusil během hovoru na ni "žalovat", že pobírá neoprávněně sociální dávky. Z rozhovoru vyplývají určité významné skutečnosti, které tento vztah ovlivnily. Jedním z nich jsou informace o rozvodu Janových rodičů, kdy mu matka měla sdělit, že důvodem bylo špatné chování otce, který ji urážel a napadal. O pár let později se pak Jan od otce dozvěděl, že *„jednou táta přišel domů a měl sbalené kufry a zámky byly vyměněny.*“ Přiznává, že po určitou dobu o kontakt s matkou nestál. Rovněž ho matka zklamala, když ho obvinila z krádeže jejích věcí, kterou Jan nespáchal. Vyčítá matce, že mu nevěřila. Dále Jan udává, že mu matka neustále vyčítala, jak se chová, upozorňovala ho na jeho negativní stránky, užívala nadávky. Směrem k matčiným partnerům projevuje verbální odpor.

**Nevlastní otec.** Miloš N., nar. 1968, nevyučený. Toho času ve výkonu trestu pro podvody a krádeže aut.

**Vzájemný vztah.** S otčímem Jan nevycházel, neustále se hádali, jak říká měl tendenci neustále *„mi něco přikazovat a zakazovat.*“ Užíval nepřiměřené fyzické tresty už v raném věku a to i

tehdy, „*když jsem nic neprovedl.*“ Udává, že odchodem nevlastního otce do výkonu trestu se mu ulevilo.

**Sestra.** Miroslava, narozená 1997, studuje ZŠ. Je tělesně handicapovaná.

**Vzájemný vztah.** Verbálně k ní jeví pozitivní vztah, ale nezastírá, jak pro něho bylo náročné se o ni starat a říká, že ji vlastně vychoval.

## 10.2 Osobní anamnéza

Jan se narodil v dubnu roku 1993. Šlo o první těhotenství, porod proběhl v termínu, bez komplikací. Kojen byl Jan dva měsíce, poté přestup na umělou stravu. Neuropsychologický vývoj v normě, vážněji nestonal. V osmém a devátém roce komoce.

**Zájmy.** Jan docházel cca od 1. do 3. třídy do fotbalového zájmového kroužku. Jiné kroužky nenavštěvoval, táborů ani obdobných aktivit se nezúčastňoval. V současnosti okruh zájmů zahrnuje jízdu na skateboardu. Jan je sportovně nadaný.

**Abusus.** Jan je kuřák (udává 10-20 cigaret denně), alkohol a THC experimentálně. Ostatní návykové látky neguje.

**Vita Sex.** Bez pohlavního styku, bez homosexuálních zkušeností, občasné masturbace.

## 10.3 Školní anamnéza

Od 4 let docházel Jan na dopoledne do mateřské školy, adaptace dobrá. Byl charakterizován jako hyperaktivní, živé dítě. Učitelka doporučila „vybití sportem.“ Došlo k odkladu školní docházky. Do 1. třídy nastoupil do ZŠ Ke Kateřinkám, kde byl v pololetí vyšetřen v PPP – zjištěna dyslexie. Začal mít problémy s výukou, v důsledku neefektivní komunikace s třídní učitelkou se Janova matka rozhodla pro změnu školy. Od 2. třídy docházel do ZŠ K Milíčovu, kde spolupracoval bez problémů, ale nezvládal učivo. Byl opět vyšetřen se závěrem: dysgrafie, dysortografie a dyslexie. Od 2. pololetí byl přeřazen do ZŠ Ohradní, kde docházel na konzultace a nápravy. V důsledku problémů s chováním (podezření na krádeže, drzost, nerespektování autority učitele) byl Jan v roce 2004 (1. pololetí 5. třídy) opět přeřazen do jiné školy a to konkrétně ZŠ Mendlovy. Zpočátku chování dobré, potom opět zhoršení (nespolupracování při přípravě do školy ani při výuce, krádeže, verbální agresivita). Následovalo opětovné přeřazení a to do ZŠ Nučice, kde započal Jan 6. třídu. První 4 měsíce bez problémů a poté zvrát a znovu problémy s krádežemi, agresí, záškoláctvím. Rovněž byl vyšetřován v souvislosti s nedovolenou výrobou a držením omamných a psychotropních látek a jedů. V září 2007 nastoupil Jan do ZŠ na Bílé Hoře. Školní scénář se

opakoval jako v předešlých školách a chlapec doporučení školy absolvoval opakovaná ambulantní sezení ve Středisku výchovné péče Klíčov. V září 2008 opět nástup do nové školy a to do ZŠ speciální pro děti s poruchami učení U Boroviček. Problémy pokračovaly.

Matka i otec se v této situaci shodli, že jeho problémy byly ovlivněny nedostatečnou kvalitou školy.

Nyní v 8. třídě (8. rok povinné školní docházky). Znamky většinou průměrné. Ve škole ho baví tělesná výchova. Pokud jde o profesní orientaci, rád by se stal barmanem, uvažuje o oboru kuchař-číšník.

Jan konstatoval, že častá změna školy pro něj byla obtížná a to zejména v souvislosti s integrací do kolektivu (více viz sociální anamnéza).

#### **10.4 Sociální anamnéza**

Jan uvedl, že preferuje trávit čas spíše o samotě. Jelikož vystřídal značné množství škol, nevytvořil si dostatečně silnou a stabilní přátelskou vazbu. Šlo spíše o krátkodobé známosti, se kterými se procházeli po městě, kouřili. Má tendenci zaujímat pozornost prostřednictvím negativního upozorňování na sebe (verbální provokace) a to zejména směrem k chlapcům. Na toto své chování ovšem bez náhledu. Co on vnímá jako šikanu je v mnoha případech pouze reakcí na jeho předchozí chování. Konstatuje, že kdykoliv přešel na nějakou školu, stal se „terčem šikany“. Na druhé straně dodává, že s chlapci ze svých tříd „*nestál o kamarádství, nerozuměl si s nimi.*“ Přátelí se spíše s dívkami, které se dost často snaží zaujmout po finanční stránce (například svým drahým oblečením, drobnými dárky).

#### **10.5 Problémové chování**

Problémy s chováním se vyskytly již na prvním stupni. Šlo zejména o nerespektování autority, verbální agresi, vyrušování v hodinách ve škole. Výraznější problematiku chování přibližně od roku 2004. Šlo zvláště o krádeže (zejména mobilních telefonů ve škole), verbální agresi a nerespektování autorit. Matka se situaci snažila řešit - vyšetření v PPP, pobyt na psychiatrickém oddělení. Rovněž se chodila informovat na vývoj situace do školy (vše bez stabilnějšího efektu). Otec údajně potíže zlehčoval. Od května 2006 svěřen Jan do péče otce. Původně žili na Jižním městě v Praze. Zde ve škole první 4 měsíce bez významnějších problémů a poté zvrát a problémy stejného ražení jako u matky. Po přestěhování otce s družkou do Mezouně navštěvoval ZŠ v Nučicích - stejný průběh - první 4 měsíce bez výraznějších problémů a poté zvrát a problémy s krádežemi, agresí atd. V únoru 2006 opět

vyšetřen v PPP Králův Dvůr. Závěr zprávy hovoří o pozitivní změně v chování na základě přestěhování se k otci, upozorňuje však, že „odeznívání neadekvátních behaviorálních projevů si bezpochyby vyžádá ještě mnoho času a je třeba počítat i s různými výkyvy v tomto směru.“ Doporučuje klidný, trpělivý přístup, jednoznačně vymezené mantinely chování a jejich důsledné dodržování. Jan však i nadále selhával, dopouštěl se i krádeží doma a na podzim 2006 bylo proti němu vedeno vyšetřování Policie ČR Beroun ve věci nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů. Oznámení učinil učitel ze ZŠ Nučice. Jan měl u sebe marihuanu a nabízel jí spolužákům, mělo se tak dít opakovaně. Případ byl odložen pro nenaplnění skutkové podstaty a všech znaků trestného činu, nicméně marihuana u Jana byla zajištěna.

V ZŠ U Boroviček bylo jeho chování rovněž problematické. Jan byl slovně agresivní na vyučující, neplnil své domácí povinnosti, na hodiny se nepřipravoval, v hodinách nepracoval, ničil žákovské knížky, demoloval majetek školy, vyskytlo se opakované záškoláctví. Chlapec absolvoval na doporučení školy opakovaná ambulantní sezení ve Středisku výchovné péče Klíčov a následně dvouměsíční internátní pobyt. Přidaly se i krátkodobé útěky z domova a krádeže. Vánoce strávil doma s otcem a jeho přítelkyní a dle sdělení otce byl jako „vyměněný“. Dne 3.1.2008 však utekl a dne 5.1. 2008 opět následoval útek tentokrát doprovázený krádeží 17.000 Kč (peníze odcizil otci). Jak Jan uvedl, za tyto peníze si zakoupil značkové oblečení a to z důvodu „být boss před holkama“. Otec vyplnil hlášení o pohřešované osobě a podal na syna trestní oznámení. Jan byl zadržen policií poté, co otec kontaktoval jeho kamarádku a ta ho "vylákala" na schůzku, kde na něj již čekali policisté.

Dle Jana: „*ty peníze jsem ukradl, ale ve škole jsem výraznější problémy neměl. Když mě chtěl nějaký učitel schodit, tak jsem mu to vrátil, (s drzým úsměvem na rtech a s hrdostí dodává) a ponižil jsem ho, nadával jsem mu a tak. Se spolužákama, to ne.*“

## **10.6 Psychiatrická anamnéza**

Jan byl na doporučení dětského psychiatra hospitalizován na oddělení dětské psychiatrie Fakultní Thomayerovy nemocnice (FTN).

### **10.6.1 Oddělení dětské psychiatrie Fakultní Thomayerovy nemocnice**

Na tomto oddělení byl Jan hospitalizován od začátku listopadu do konce prosince roku 2003 a to pro problémy s chováním – opakované krádeže.

Dle **psychiatrického vyšetření** lucidní, správně orientovaný všemi směry. Kontakt navazuje spontánně. Lehká tenze během vyšetření, normoformický, deprivace, afektivita během vyšetření přiměřená, osobnost simplexní, s rysy impulzivity, oslabení volných vlastností, ADHD, intelekt v normě, myšlení i vnímání koherentní. Stanovena diagnóza Smíšená porucha chování a emocí versus báze komplikovaného rodinného prostředí a nevhodného výchovného vedení. Smíšená specifická porucha učení. Doporučen Chlorprothixen<sup>8</sup>, Risperdal (popis léku viz kapitola 9.6.3), dále proběhla psychoterapie individuální, skupinová i režimová. Diagnostikována porucha chování nesocializovaná F91.1, Nepříznivý vývoj osobnosti F 61.1.

Během **psychologického vyšetření** na počátku úzkost a zvýšená tenze, během pobytu postupně patrné pozitivní změny v emočním projevu. Patrná vnitřní nejistota a napětí, sklon k únikovým reakcím ve vztahu k rodinné problematice. Vzniká podezření na emoční deprivaci v rodině, hlavně ze strany matky a tím určité depresivně zabarvené ladění, suspektně následně substituční krádeže. Indikována individuální i rodinná terapie.

Vzhledem k průběhu pobytu, adaptace proběhla bez problémů. Na oddělení se zapojil, občas živější, jinak spíše pasivní nejistoty ve vztazích s okolím. Během celého pobytu bez výraznějších obtíží, občas drobné konflikty, ale reagoval na korekci. Ve škole spolupracoval, je však pasivní, nutná stimulace a dohled, nedostatečná motivace, celkově nejistota ve vztazích. Krádeže zde nezachyceny, rovněž při vycházkách se problematika neobjevila. Propuštěn základně kompenzován.

## **10.7 Etopedická intervence**

V důsledku problematického chování (nerespektování autority učitelů, nespolupráce při školním vyučování, krádeže, toulky, nerespektování autority rodičů) byl Jan v listopadu 2007 umístěn do Střediska výchovné péče Klíčov. V důsledku útěku z tohoto zařízení a pokračování problematického chování umístěn na začátku ledna 2008 do Diagnostického ústavu Dobřichovice.

---

<sup>8</sup> Chlorprothixen 15 Léciva užívají dospělí, mladiství a děti starší než 6 let při léčbě schizofrenie, mánií, demence a dalších psychických poruch s projevy zmatenosti, neklidu, agresivity nebo jiných poruch chování, kdy je třeba uklidnit nemocného a zbavit ho zvýšeného psychického napětí. Pomáhá také při stavech napětí spojených s nespavostí (Lékárna cz., 2008).

### 10.7.1 Středisko výchovné péče Klíčov

Na konci listopadu roku 2007 byl Jan přijat na dvouměsíční preventivně-výchovný a terapeutický pobyt do Střediska výchovné péče Klíčov. Mezi důvody umístění spadaly krádeže, toulky, agresivita.

Dle zpráv vychovatelů je Janův náhled na jeho problémy zkreslený, za vše mohou ostatní (matka). Racionalizuje, zapírá do poslední chvíle. Pravidla a řád dodržoval prakticky jen tehdy, byl-li přítomen vychovatel, jinak tendence obcházet je.

Pokud jde o průběh pobytu, již od prvního dne bylo zřejmé, že Jan má potíže s dodržováním pravidel. Přestože tvrdil, že se hodlá zlepšit, jeho chování bylo patrně podobné tomu, za něž byl do zařízení iniciován. Došlo k několika krádežím, vnikl i do kanceláře a odcizil věci, naštěstí nevelké hodnoty. K činu se nakonec přiznal. Několikrát také úmyslně poškodil vybavení objektu. Typické je pro něj lhaní a podvádění a to do té míry, že na to poukazovali ostatní klienti, kteří mají pro takové chování obvykle pochopení. Svěřené úkoly plnil lživě, případně odmítal, s výjimkou činností, které ho bavily. Je nadprůměrně zručný a sportovně nadaný. Pokud byl zaměstnán něčím, co ho bavilo, byl i iniciativní a choval se spořádaně. Pobyt ukončen Janovým útekem.

**Závěry a hodnocení.** Pravděpodobně se jedná o disociální poruchu osobnosti s tím, že Jan není schopen se i k lidem, k nimž má relativně dobrý vztah, chovat alespoň s jistou dávkou odpovědnosti, což ale nevylučuje citovou vazbu. Protože není reálná perspektiva změny, alespoň v dohledné době, jako jediné odpovídající řešení se jeví ústavní výchova.

### 10.7.2 Diagnostický ústav Dobřichovice

Jan byl do DÚ Dobřichovice přijat dne 6.1. 2008 na základě předběžného opatření, které nařídil OS v Berouně. Návrh na předběžné opatření inicioval otec a to z důvodů aktuálních (a dlouhodobých) výchovných problémů, které byly již nezvladatelné, konkrétně nerespektování autority, agresivita. Po útěku z domova 5.1.2008, kdy odcizil otci 17.000,- Kč, byl zachycen Policií ČR a bylo vydáno PO.

V rámci **psychologického vyšetření** byly použity následující metody: rozhovor, WISC III, HSPQ, BT, FDT, Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině, Nedokončené věty.

K psychologickému vyšetření přichází klidně, s úsměvem na rtech. Kontakt navazuje bez obtíží, ochotně spolupracuje, v průběhu vyšetření však rychlejší nástup únavy. Levák, nesprávný úchop tužky, tempo řeči po obsahové i formální stránce v normě. Orientovaný.

Z rozhovoru patrná snížená autokritika a nedostatečný náhled na své chování.

Aktuální intelektová úroveň dle WISC III se pohybuje na spodní hranici nadprůměrné inteligence populační normy. Rozdíl mezi složkou verbální a performační je patrný, rozložení jednotlivých schopností nerovnoměrné. Verbální složka spadá do pásma průměru populační normy, performační do pásma nadprůměrné inteligence. Nejvíce jsou rozvinuty následující schopnosti: neverbální úsudek, logické myšlení, analýza a syntéza, analogie, praktický úsudek a pochopení reality a schopnost na ni adekvátně reagovat (schopnost sociálního úsudku) (celkově oblast nadprůměru populační normy). Početní dovednosti, úroveň abstraktního myšlení (související rovněž s dlouhodobou pamětí, učením a podnětností prostředí) se nacházejí v pásmu průměru. Snížená schopnost koncentrace, taktéž slovní zásoba (pásmo podprůměru).

Dle výsledků HSPQ je Jan extrovertně zaměřený, srdečný, přátelský, hovorný, rád se směje. Touží po společenském uznání, obdivu, upozorňuje na sebe, předvádí se. Je pro něj nesnadné vydržet zticha a ovládnout se, je impulsivní, bezprostřední, nevnímá hrozící nebezpečí. Patrná větší pohotovost k agresivním reakcím, tendence k negativismu. Jakýsi vzdor proti společenské kontrole a neschopnost dodržovat vyžadovaná pravidla chování ho zbavují sebedůvěry. Vyhýbá se zodpovědnosti, má sklon vzdávat se. U Jana nacházíme nedostatečně vyvinuté stálejší sebepojetí výrazně sdružené s úzkostí, přecitlivělostí. Frustrační je tolerance snížená.

BT naznačuje nezpracování zážitků z minulosti. Důraz je kladen na přítomnost. Objevuje se pocit nedostatku zázemí, citlivost. Dále nerozhodnost, špatná sebevláda. FDT Začíná kresbou chlapce (doplňuje „*to jsem já*“), na druhou stranu kreslí dívku (spontánně okomentuje „*to je sestra*“) zdůraznění očí odpovídá o přecitlivělosti vůči mínění ostatních i o určité vztahovačnosti, dále je zde patrný určitý skepticismus, malé ovládnání citového života, infantilita. Touha po uznání a souhlasu.

Vzhledem k nedokončeným větám patrná touha po návratu domů (Vždycky si tajně přeju...*bejt doma*. Kdyby tak děti věděli, jak se bojím...*pastáku*.), negativní vztah ke škole (Když myslím na školu ...*tak se mi tam nechce*.; Moji učitelé...*mě štvou téma kecama*.) a rovněž obtížné vycházení s vrstevníky (Moji kamarádi mě často...*provokujou*).

Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině ukazuje na emočně rozpornou formu výchovy, kdy jeden z rodičů je zavrhuje (v tomto případě matka), druhý extrémně kladný (otec).

Závěr. Jde o extrovertně zaměřeného chlapce toužícího po pozornosti, uznání a obdivu. Volní procesy jsou nedostatečně rozvinuté, jedná na podkladě prvotního impulsu.

Aktuální intelektová úroveň na spodní hranici nadprůměru populační normy s lépe rozvinutou performační oblastí. Sociálně neobratný, strhává pozornost bez ohledu na následky (provokace i velice fyzicky zdatných jedinců – pravděpodobně souvislost s fyzickým týráním v dětství). Insuficientní výchovné prostředí, rodiče mezi sebou nekomunikují, styly výchovy jsou nejednotné.

Dle **etopedického závěru** jde o chlapce, který často jedná impulsivně, obvykle pod vlivem někoho osobnostně silnějšího. Rád je středem pozornosti, dobře reaguje na vysvětlení a domluvu. Touží po uznání.

Pokud jde o průběh pobytu, adaptace na zařízení proběhla s mírnými obtížemi. Jan je velice impulsivní, subjektivně náročné situace řešil útekem (5krát). V oblasti pracovních dovedností dosahoval Jan průměrných výsledků, které však byly podmíněny jeho chutí do těchto činností. Pokyny nadřazených sice respektoval, ale při nejbližší příležitosti našel mezeru, jak se této povinnosti zbavit, či nějak jinak si ulehčit práci. Byl roztržitý a u jednoho úkolu dlouho nevydrží. Fyzická kondice byla slabší a nedosahovala takové kapacity jako u ostatních hochů ve skupině. To nahrávalo k tomu, že odolnost Jana vůči negativním jevům v kolektivu hochů s patologického prostředí byla malá a o respektu se nedalo mluvit, zvláště s ohledem na jeho nepřilíživé kamarádké chování. Vzhledem k jeho častým útekům a závažným kázeňským problémům nebyl ve skupině chlapců oblíben. Vztah ke svěřeným hodnotám a majetku byl laxní.

Vzhledem k výchovným problémům a poruchám chování byl Jan umístěn do Dětského domova se školou Sedlec-Prčice.

## **10.8 Doporučení a prognóza**

Jan vyžaduje klidný, trpělivý, přijímající přístup s naprosto jednotným vedením. Jelikož má tendenci daná pravidla obcházet, je nutné jasně vymezit dané hranice a pravidla chování. Velice důležitá je důslednost. Vzhledem k jeho nedostatečnému náhledu na chování je nutné poskytovat mu okamžitou zpětnou vazbu. Jelikož má Jan snížené sebevědomí je nutné vhodně zvolit zájmové aktivity, aby mohl zažít pocit úspěchu. Mezi těmito aktivitami by neměly chybět aktivity sportovní, a to vzhledem k jeho hyperaktivitě. Jan má diagnózu specifické poruchy učení, jeho pozornost je snižena, a proto je adekvátní vzhledem k oblasti vzdělávání volit spíše krátkodobé činnosti a jejich časté střídání. Rovněž je nezbytné vyšetření v PPP s cílem aktualizovat individuální plán (vytvořen před 2 lety). Důležitý je nácvik sociálních dovedností, vhodná je například účast v dětské skupině, která mu poskytne zpětnou

vazbu od vrstevníků. Pokud jde o terapeutickou rovinu, považujeme za vhodnou jak individuální terapii (nezpracované zážitky spojené s týráním), tak terapii rodinnou (zefektivnění komunikace mezi matkou a otcem, posílení vzájemných vazeb, sjednocení výchovného vedení).

Pokud by byla tato doporučení vhodně aplikována, mohlo by dojít u Jana k jistému zlepšení. Rovněž určitou úlohu připisujeme dospívání, kdy by mohlo nastat zklidnění (například dozrávání CNS a určité zmírnění projevů ADHD).

## 10.9 Shrnutí případu

V případě Jana opět nalézáme v rodinné anamnéze rozvod rodičů. V současné době je vztah mezi Janovými rodiči konfliktní, nekomunikují spolu a vzájemně se obviňují z Janova chování. Na straně otce nacházíme sklon k nadužívání alkoholu. Vzájemný vztah je spíše kamarádský. Otec nemá na Jana čas, společně strávený čas minimální. Matka po rozvodu začala upřednostňovat své partnery, ke kterým měl Jan negativní vztahy. Ze strany matky je patrná nedůvěra v syna, kritizování, nadávky. Významný vliv přisuzujeme nevlastnímu otci, který Jana fyzicky týral. Během soužití s matkou je evidentní nedostatečné materiální zabezpečení. Výchovné prostředí je insuficientní, styly výchovy jsou nejednotné - emočně rozporná forma výchovy, zavrhuje matka, extrémně kladný otec. S prarodiči se nestýká. Suspektně emoční deprivace. V osobní anamnéze údaj o opakované komoci v 8 a 9 letech. Jan se již od 4. třídy systematicky nevěnuje žádné zájmové aktivitě. Je kuřák, má opakovanou zkušenost s alkoholem, experimentuje s THC.

Ve školní anamnéze nalezneme hyperaktivitu a živost v mateřské škole, odklad školní docházky. V 1. třídě byla diagnostikována dyslexie, později dysgrafie, dysortografie. Za významné lze považovat také časté střídání škol (7krát), nedostatečnou spolupráci mezi rodinou a školou. Janův negativní vztah ke škole, nemotivovanost.

Sociální anamnéza vypovídá o nepřijetí ze strany vrstevníků. Inteligenční kvocient se pohybuje v pásmu nadprůměru populační normy.

Vzhledem k osobnostním charakteristikám je významná zejména impulzivita, nedostatečně vyvinuté volní procesy (Jan jedná na základě prvotního impulsu), nedostatek sebevlády, únikové tendence, vnitřní napětí, snížená frustrační tolerance, pohotovost k agresivním reakcím a tendence k negativismu, nedostatečná motivovanost, sklon vzdávat se, skepticismus, emoční zploštělost, vztahovačnost, nedostatečně vyvinuté stálejší sebepojetí sdružené z úzkostí a přecitlivělostí, sebevědomí a sebehodnocení nízké. Ve vztahu k druhým

jsou zjevné pasivní nejistoty, touha po společenském obdivu a uznání, tendence upozorňovat na sebe, nedostatečně vyvinuté sociální dovednosti. Je přítomen vzdor proti společenské kontrole. Autokritika je snižena, náhled na chování nedostatečný.

U Jana nalezneme neagresivní projevy poruch chování zahrnující lhaní, podvádění, záškoláctví, útěky. Rovněž si můžeme všimnout agresivních projevů - verbální agrese, vandalismu, krádeží.

První známky problematického chování se vyskytly již na prvním stupni. V roce 2004 (Janovi bylo 11 let) výraznější problémy - nerespektování autorit, verbální agrese, krádeže ve škole. Od roku 2006 je evidentní nárůst problematiky. Přidružilo se záškoláctví, útěky z domova, krádeže ve škole i doma (několikatisícové částky), vandalismus.

Projevy poruch chování se vyskytovaly ve všech oblastech jeho života (rodina, škola, zdravotnické i výchovné instituce). Výchovná problematika byla řešena opakovanými pobyty ve zdravotnických a výchovných institucích, které nevedly ke zlepšení.

## 11 Kazuistika III

Tato kazuistika se týká čtrnáctileté dívky Lucie. První známky poruch chování se vyskytly na prvním stupni ZŠ, velmi závažné výchovné problémy jsou zjevné od 8. třídy.

Lucie je plnoštíhlé, středně vysoké postavy. Má polodlouhé černé vlasy, bledý, kulatý obličej. Bez znatelných zvenku viditelných či skrytých tělesných znamení. Preferuje výstřední oblečení černé barvy (například návleky s lebkami na rukách). Používá velice výrazný make-up, nehty na rukou má nalakovány načerno.

Během prvního rozhovoru je Lucie silně negativistická, ochotná hovořit pouze o své přítelkyni, silná opoziční pozice, prvky negativismu v chování. Později známky spolupráce směrem k větší komunikativnosti a otevřenosti.

Pokud jde o hodnocení své osoby s negativními charakteristikami problém nemá „*jsem hádavá, přecitlivělá, prostě hrozná*“; jako pozitivní charakteristiku udává, že pokud mají kamarádi problém, snaží se jim pomoci.

Hodnotová orientace vzhledem k věku ukotvená. Na vrchních příčkách se umísťuje zdraví, přátelé, partner, štěstí, finanční zabezpečení.

### 11.1 Rodinná anamnéza

V této části se zmíníme o důležitých rodinných příslušnících. Podrobněji se zaměříme na matku a otce Lucie. Lucie je jedináček. Vyrůstala v úplné rodině, narozena v manželství (u

obou rodičů šlo o první manželství). Rodina žije v bytě o velikosti 3+1, Lucie disponuje vlastním pokojem. S prarodiči se Lucie nestýká.

**Otec.** Vladimír Č., narozen v roce 1963, pracuje jako celník na celním úřadě. Vystudoval SŠ – gymnázium. Na psychiatrii se neléčil, zdrav. Jeho sestra se pravidelně léčila na psychiatrii (neví z jakého důvodu). Kuřák, alkohol příležitostně.

**Vzájemný vztah.** Během rozhovoru otec dceru hodně ironizuje a zesměšňuje, ale sděluje, jak ji má rád. V soukromí hovoří o tom, jak je z jejího chování nešťastný. Rovněž lituje, že její chování nezačali řešit dříve, ale spíše ji omlouvali. Lucie vůči otci nyní silně negativistický postoj. Hovoří o něm jako o „*policajtovi, který by chtěl mít nejraději srovnaný všechno v komíncích.*“ Dále hovoří o fyzických trestech: „*zkouší na mě to, co na kriminálníky, třeba mi zkroutí ruku za zády atd.*“ Tvrdí, že by se s otcem nejraději vůbec nestýkala.

**Matka.** Věra Č., narozená roku 1968, SŠ s maturitou. Nyní pracuje jako úřednice na finančním úřadě (na sekretariátu). Zdravá, nikdy se neléčila na psychiatrii ani na neurologii. Nekuřačka, alkohol příležitostně.

**Vzájemný vztah.** Matka má k Lucii hyperprotektivní přístup, tendence bránit ji před otcem. Lucie k matce poznamenává: „*matka je docela v pohodě, kdyby s náma nebyl otec, bylo by to dobrý. Nechápu, proč se rodiče, když se furt hádají, nerozvedou.*“

Společný čas strávený s rodiči (např. výlety, rodinná dovolená) minimální. Oba rodiče uznávají, že jejich výchovný přístup není jednotný. Co otec zakáže, matka povolí a ani otec není ve výchově důsledný (když něco zakáže, nedokáže si na tom trvat). Dle Lucie se rodiče často hádají kvůli maličkostem, ale hádky trvají třeba tři hodiny. Končí otcovou naštvaností a matčíným pláčem v ložnici.

## 11.2 Osobní anamnéza

Lucie se narodila v květnu roku 1993. Šlo o první těhotenství, proběhlo bez problémů. Lucie se narodila týden po termínu, porod hlavičkou. Nebyla kojena, odstříkávání mateřského mléka do lahve, na mateřském mléku byla asi tři měsíce, pak na umělé stravě. Přechod proběhl bez problémů. Očkování proběhlo dle kalendáře. Chodit začala asi po roce, první slova rovněž v normě. Ve čtyřech letech byla operována s pupeční i tříselnou kýlou, jinak zdravá.

**Zájmy.** Přibližně od 9. do 12. let docházela na zpěv, jinak kroužky žádné. Pokud jde o okruh zájmů patří sem poslech hudby (oblíbená kapela Tokio hotel), psaní povídek. Lucie má

na PC vlastní blog, kde tyto své povídky s náměty ze života (přátelé, návykové látky, hudba atd.) uveřejňuje.

**Abusus.** Kuřačka (kouřit od léta 2006, kdy jí bylo 13 let, přibližně 10 cigaret denně), příležitostně alkohol, experimentálně marihuana. Jiné návykové látky neguje.

**Vita sex.** Pokud jde o pohlavní styk. Údajně nedokáže určit, zda již proběhl (byla pod vlivem alkoholu). Mělo se tak stát během pobytu na chalupě cca ve 13 letech s kamarádem.

### 11.3 Školní anamnéza

Od 3 do 6 let navštěvovala mateřskou školu. Dle matky ji stále chválili, že je bystrá, bez problémů. Před nástupem do základní školy uměla číst i počítat, psala některá písmenka i tiskacím písmem. Do 1. třídy nastoupila do ZŠ Stará Boleslav. Od 1. do 3. třídy byla ve škole bez problémů, měla samé jedničky. Od 4. třídy začaly ve škole problémy s chováním, neustále vyrušovala. Doma byla bez problémů. V 5. třídě dostala dvojku z chování (odešla bez dovolení, občas doma říkala, že ji tam ve škole někdo „mydlí“), pak v 6. nebo 7. třídě opět dvojka z chování. Dle rodičů „*to byl stále nějaký průšvih za průšvihem.*“ Neuznávala autoritu, prospěchově se zhoršovala (na konci 6. třídy odmítala přípravu do školy). V 8. třídě opět dostala dvojku z chování (hrozila jí trojka). 8. třídu dokončila v ZŠ při Psychiatrické léčebně Bohnice. 9. třídu již započala opět na ZŠ Stará Boleslav.

Pokud jde o profesní orientaci, v minulosti si přála jít na konzervatoř (cca před rokem od tohoto záměru upustila). Nyní by šla ráda na učební obor kuchař-číšník (v průběhu rozhovoru nabývám dojmu, že jde spíše o prvek revolty k rodičům). Jako důvod uvádí: „*dostane se tam každej debil, tak já taky.*“

### 11.4 Sociální anamnéza

Lucie měla nejlepší kamarádku Anetu cca od 1. do 7. třídy. Jako důvod ochlazení přátelství uvádí odlišné zájmy. V současné době má relativně veliký okruh přátel. Se dvěma nejbližšími kamarádkami se seznámila v Psychiatrické léčebně Bohnice. Říká o nich: „*jsou super, rozumím si s nima, máme rádi stejný věci.*“ Většinu ostatních přátel získala přes PC, konkrétně ICQ, což je také nejčastější forma jejich vzájemné komunikace. Z rozhovoru je patrné, že jde o jedince, u nichž taktéž nalézáme problematické chování (např. záškoláctví, útěky, sebepoškozování).

V dnešní době vnímá jako „*úplně nejbližšího člověka*“ Medarda. Pravděpodobně jde o transexuální dívku s homosexuální orientací, s řadou psychických problémů (v anamnéze

suicidální pokusy, útky, záškoláctví, závislost na pervitinu, získávání peněz prostřednictvím prostituce). Jde o dívku, která se stylizuje do chlapce (chlapecké jméno, oblečení, chování). Intimní vztahy udržuje s chlapci jako „chlapec“. S tímto „chlapcem“ se Lucie seznámila náhodou. Jelikož se velice podobá jejímu idolu z chlapecké kapely Tokio hotel, projevila přání se s Medardem seznámit, což jedna Lucčina kamarádka zrealizovala. Od té chvíle Lucie trávila čas výhradně s Medardem. Rovněž s ním pobývala na útěku. O jeho biologickém pohlaví se dozvěděla asi po třech měsících, krátce před vstupem do DÚ. Jak uvedla: *„bylo to pro mě těžký, protože já jsem mu fakt věřila, všechno jsem mu řekla a on mi evidentně nevěřil.“* Jelikož se do Medarda zamilovala, bylo pro ni velice obtížné tento fakt přijmout (začala uvažovat o své možné bisexuální orientaci). Rodiče nesouhlasí, aby se Lucie s těmito svými přáteli stýkala.

## 11.5 Problémové chování

První problémy s chováním se vyskytly již na prvním stupni (nerespektování autority, občasné záškoláctví). Významnější problémy s chováním od 6. třídy (doprovázeno zhoršením prospěchu). Šlo zejména o vyrušování ve třídě, nerespektování autority učitele, vulgaritu, občasné záškoláctví. K výraznějšímu zvratu došlo v 7.-8. třídě. Dle třídní učitelky byla Lucie neustále drzá, odmítala se podřídít autoritě, její chování bylo útočné, ráda vyvolávala konflikty se spolužáky i učiteli (nerozlišovala mezi vrstevníky a učiteli). Po čas trvání vyučování neustále rušila, kladla nesmyslné otázky, měla neustálé připomínky. Při napominání reagovala verbální agresí, kouřila před školou atd. Rovněž se vyskytlo záškoláctví. Problémy doma se datují cca do 7. třídy ZŠ. Lucie začala být na rodiče verbálně agresivní, jejich autoritu absolutně nerespektovala, nedodržovala čas příchodů domů. Vyskytly se krádeže peněz. Po návštěvě psychiatrické ambulance byl doporučen pobyt v Psychiatrické léčebně Bohnice. Hospitalizace byla ukončena 27.8. 2007 (konstatováno zlepšení viz psychiatrická anamnéza). 29.8. 2007 se ale Lucie nevrátila domů. Posléze po ní bylo vyhlášeno celostátní pátrání. Domů se vrátila až 6.9. s tím, že komukoliv odmítla sdělit kde a s kým byla. Byl naplánován pobyt v Alternativě, před jeho nástupem Lucie opět opustila domov. Po propuštění z Alternativy (23.11. 2007) byla Lucie zadržena policií v obchodním domě při krádeži. Z pátku na sobotu byla pak opět v Praze. Rodina uvedla, že neměla šanci ji doma udržet. Při pokusu zamezit jí v odchodu z domova dle otce *„dělala Lucie hrozné scény a nakonec stejně odešla.“* Posléze ji rodiče našli u kamarádky (Medarda) v České Lípě.

Dle matky: „S manželem máme nejednotné názory na výchovu, on je pro fyzické tresty, já ne. Lucie říká, že je jí všechno jedno, jestli bude bydlet pod mostem, nezajímá ji, co bude v budoucnu dělat, na všechno negace, nesvěřuje se, doma nechce nic dělat. Mluví hrubě, sprostě (i na nás). Když nemáme schované peníze, tak nám je sebere. Odejde a klidně se vrátí až druhý den. Je taková impulsivnější, hned útok, nadávky, nevíme si s ní rady.

Dle Lucie „jsem tady pro problémy doma, ve škole. Dle nich jsem prej drzá, ale já se jenom bráním, když mě za něco kritizují učitelé a tak... Jestli jsem drzá na rodiče? Já nevím, ne. Nemaj se o mě tak starat. Do toho, co dělám, jim nic není. Kdyby mě nechali žít tak, jak chci a furt se do něčeho nepletli. Asi si myslej, že jsem blázen, když mě před tím dali do Bohnic. Já si spíš myslím, že tam patřej voni.“

## 11.6 Psychiatrická anamnéza

Lucie byla na doporučení psychiatrické ambulance léčena v Psychiatrické léčebně Bohnice.

### 11.6.1 Psychiatrická léčebna Bohnice

Do Psychiatrické léčebny Bohnice (dále již jen PLB) byla Lucie přijata dne 16.4.2007. Setrvala zde do 11.7. 2007. Šlo o první hospitalizaci. Důvodem byly problémy a chování ve škole (poruchy chování v anamnéze, nerespektování autority, drzost, zhoršení prospěchu). Druhá plánovaná hospitalizace, stabilizační pobyt po prázdninách, proběhla od 20.8. 2007 do 27.8. 2007. Do PLB byla přijata na základě doporučení z dětské psychiatrické ambulance.

Dle **psychiatrického vyšetření** z období první hospitalizace spíše negativistická, oční kontakt velmi neudržovala, na otázky odpovídala bez latence, našťvaně. Myšlení bylo koherentní, bez poruch vnímání, bez bludné produkce, florie dysforická až náznaky rezonance, bez suicidálních myšlenek, IP tense, zvýšená impulzivita, nekritičnost, egocentričnost. Při druhé hospitalizaci zklidnění, dle psychiatra situačně pokleslá florie, ale klidná, spolupracující, bez tenze a anxiety, apsyhotická, asuicidální, myšlení koherentní, vnímání bez patologie, emoční labilita. Stanovena diagnóza F 91.3 Poruchy chování – Opoziční vzdorovité chování.

Dle závěru **psychologického vyšetření** aktuální intelektové projevy celkově lehce nadprůměrné, nerovnoměrné. Separáční chování v dospívání již přehnané a neadekvátně generalizované. Vykořeněnost provázená úzkostí, obranné projevy. Odmítání kontaktů, odmítání rodiny. Nejednotná výchova. Bez poukazů na závažnou psychopatologii.

Během pobytu výkyvy v chování na oddělení i ve škole, opakovaně usměrňována, zpočátku bez medikace. Od 10.5. 2007 nasazen Zoleptil (popis léku viz kapitola 9.6.3; pro poruchy chování vystoupáno až na 62.5 mg), i nadále hůře usměrnitelná, impulsivní, ale domluvě přístupná. Ke konci pobytu zjištěno podvádění s užíváním medikace. Propuštěna v částečně stabilizovaném stavu. Během rehospitalizace bez poruch chování, klidná, spolupracující, s určitým náhledem na své chování. Zapojovala se do aktivit, respektovala pravidla a chod oddělení, bez heteroagrese a sebepoškozování, přátelská.

## **11.7 Etopedická intervence**

Vzhledem k opětovnému zhoršení chování, zejména útekům, navštívila Lucie na popud OSPOD Středisko výchovné péče Klíč, kde byl doporučen osmitýdenní internátní pobyt v jejich zařízení Alternativa. Jelikož tento pobyt nevyústil ve změnu chování, následovalo nařízení ústavní výchovy a dvouměsíční diagnostický pobyt v DÚ Dobřichovice.

### **11.7.1 Alternativa**

Dle záznamů se Lucie v tomto zařízení chovala tak špatně, že i když jsou zde na děti s výchovnými problémy zvyklí, Lucii nezvládli. V rozhovoru ředitel tohoto zařízení a terapeut sdělil, že se za celou svou praxi s takovým případem nesetkal. S Lucií se dle jeho názoru pracovat nedá. Protože by údajně úplně rozložila skupinu dětí, byli rodiče požádáni, aby si ji vyzvedli. Vyslovili se také k jedinému možnému řešení, a to je výchovné zařízení. Dle jejich názoru, Lucie nedává nikomu šanci, aby na ni působil - ani rodině, odborníkům, škole, psychiatrům. U Lucie nejde údajně o žádnou psychiatrickou diagnózu, ale o velmi závažné poruchy chování, které ji navíc při toulkách mimo domov velmi ohrožují.

### **11.7.2 Diagnostický ústav Dobřichovice**

Lucie byla do DÚ Dobřichovice přijata dne 5.12.2007 na základě rozhodnutí OS Praha-východ, který nařídil předběžné opatření a to z důvodu útěků z domova, záškoláctví, toulek v závadové partě, sebepoškozování.

V rámci **psychologického vyšetření** byly použity následující metody: rozhovor, WISC III, HSPQ, BT, FDT, Nedokončené věty, Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině. K psychologickému vyšetření přichází klidná, motivovaná. Na otázky odpovídá ochotně, je patrné, že se potřebuje „vypovídat“, pocítit pozornost a zájem. Komunikativní, řeč je po formální stránce v normě, slovní zásoba je velice dobře rozvinuta. Pracovní tempo je

rychlé, pozornost koncentrovaná, bez oscilací. Lucie je motivovaná, ochotná ke spolupráci. Patrná snaha dosáhnout vysokého výkonu, dotazování na správnost zodpovězených úkolů, neúspěch Lucie obtížně snáší. Má tendenci vzdávat obtížnější úkoly, potřebuje podporu, povzbuzení. Nervozitu zastírá smíchem, verbálním doprovodem. Patrná je mírná tenze, v průběhu vyšetření tendence s něčím neustále manipulovat (řetízek, hodinky, propiska). Orientovaná.

Z rozhovoru o rodinné situaci vyplývá kladné emoční pouto k matce, k otci nyní negativní vztah („hovoří o něm jako o „*policajtoví*“, který často užívá fyzické tresty, a dle Lucie je to on „*kterého by měli někam zavřít, kdo potřebuje terapii*“). Lucie viní ze svých výchovných problémů rodiče, kteří mají mezi sebou časté konflikty. Rodinné klima je disharmonické. Domnívá se, že řešením by byl rozvod. Zjevné odmítání rodiny, separační chování již přehnané a neadekvátně generalizované. Kamarády staví v hierarchii hodnot na vysoké měřítko, jsou tím, od koho může očekávat podporu a porozumění. Nyní zmatená vzhledem k sexuální orientaci. Emoční vzplanutí k dívce, kterou považovala za chlapce (hovoří o Medardovi, který má být údajně Helena, pravd. transex.). Náhled na chování nedostatečný.

Aktuální intelektová úroveň se dle WISC III pohybuje v pásmu nadprůměru. Performanční i verbální skóre relativně vyrovnaný, s oscilacemi mezi jednotlivými schopnostmi. Nejvíce je rozvinut neverbální úsudek, pozornost, zraková percepce, vizuomotorická koordinace. Rovněž na vysoké úrovni se nachází abstraktní myšlení a slovní zásoba (verbální vybavenost). Pochopení reality a schopnost na ni adekvátně reagovat, schopnost úsudku je ze sledovaných schopností rozvinuta nejméně (pásmo průměru).

Dle výsledků HSPQ se Lucie rozhoduje po svém, je svérázná, bouří se. Je rychlá a pohotová, hovorná. Snadno se vzdává, je nespolehlivá, lehkovážná, bezstarostná, nevnímá hrozící nebezpečí. Patrné vnitřní napětí, zmatek, nižší frustrační tolerance, zvýšená hladina úzkosti, neodůvodněné obavy.

Má nízké sebevědomí, dochází k posilování identity prostřednictvím kontroverzních přátel. Vnitřní nejistotu zakrývá negativismem v chování, patrný útěk od problémů, které se jí dotýkají, od introspekce k problémům jejích přátel, na které je silně fixována. Výrazné separační tendence směrem k rodině. Požaduje volnost, bez ochoty respektovat režim a pravidla, touží po svobodě.

Projektivní techniky naznačují spíše introvertní zaměření, horší sociální přizpůsobivost, nadměrnou kritičnost, naznačeny problémy v komunikaci a pocity viny.

Rovněž patrné hledání se. Z obrázků patrná tenze, emoční problémy. BT naznačuje trauma prožité v minulosti. FDT vypovídá rovněž o silné racionální kontrole.

Z nedokončených vět patrný pocit nedostatečného emočního přijetí ze strany rodiny (Naši si o mě myslí, že ...*nejsem normální.*, Dítě je v rodině...*zbytečné.*), nízké sebevědomí (Přála bych si, abych neměla ...*tak hnusnej ksicht.*).

Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině ukazuje na emočně rozpornou formu výchovy, kdy jeden z rodičů je zavrhuje (v tomto případě otec), druhý extrémně kladný (matka).

V kolektivu vrstevníků spíše introvertní, preferuje samotu. Zpočátku silně kritická, negativistická, nyní zlepšení. O chlapce v DÚ zájem nemá, připadají jí nedospělí, jejich chování infantilní. Preferuje odlišný typ kamarádů.

Závěr. Jde o emočně labilní dívku, florie situačně pokleslá. Sebevědomí nízké, sebepojetí nestabilní (k posílení identity používá identifikaci se skupinou kontroverzních kamarádů). Patrný pocit vykořeněnosti produkující masivní úzkost, která je však skrytá obranami (negativismus, kritičnost, odpor). Silné separační tendence vůči rodině. Aktuální intelektová úroveň nadprůměrná. Rodinná situace značně konfliktní (nyní mírné zklidnění, Lucie je schopna s rodiči hovořit bez vyvolání hádky, bez negativismu). V kolektivu spíše introvertní. Hodnotová orientace vzhledem k věku ukotvená.

Dle **etopedického závěru** Lucie jeví známky deprivace, je vnitřně nevyrovnaná, nestabilní s komplexy. Svoji zranitelnost se snaží maskovat verbální agresí vůči okolí, není schopná přiměřeně se vyrovnávat s náročnými situacemi a to ani doma ani v DÚ. Střídají se u ní výbuchy agrese a vulgarismů s hysterickým pláčem a pocitem bezvýznamnosti. Volní procesy nedostatečně rozvinuty. Přesto se však zdá, že vzorce chování a mravní postoje jsou interiorizované.

Adaptace na zařízení byla velice pomalá. V první polovině pobytu negativismus, nerespektování autority, režimu (adaptace na režim velice obtížná rovněž z toho důvodu, že Lucie měla před vstupem do DÚ naprostou volnost – noci trávila na PC, přes den spala), odmítání zapojit se do daného programu, útekové tendence (Během dovolenky o na Vánoce, Lucie od rodičů utekla a tři dny se toulala po ulicích. Pak se šla sama nahlásit na policii, protože jí „*byla zima a měla hlad.*“). K určitému zlepšení došlo přibližně v druhé polovině pobytu – Lucie vstřícnější, ochotnější, bez hysterických projevů. Rovněž změna chování ve vztahu k vrstevníkům (již bez výraznějších konfliktů a hádek). Kontakt s rodiči během pobytu zachován (zprvu ze strany Lucie ignorance, konflikty; později změna – patrná vstřícnost, ochota ke kontaktu, bez větších hádek).

I přes určité zlepšení lze konstatovat, že Luciiny problémy s chováním se nepodařilo odstranit a z toho důvodu byla Lucie umístěna do Dětského domova se školou Býchory.

## **11.8 Doporučení a prognóza**

Lucie vyžaduje pevně stanovené hranice, pravidla a mantinely, které je nutné s naprostou důsledností dodržovat a vyžadovat okamžitou zpětnou vazbu. Toto je nutné spojit s emočním přijetím. Lucie nemá dlouhodobé cíle ani ambice, které by ji motivovaly a stimulovaly k vyšším výkonům a veškerou energii směřuje k bezúčelnému trávení času s vrstevníky. Jedním z cílů by proto mělo být přesunout její zájem i do jiných oblastí života – rozšířit oblast zájmů ve spektru adekvátnímu věku a pohlaví (například výtvarná či hudební oblast). Pomoci a podpořit Lucii ve volbě povolání, vhodnou motivací dospět k rozvíjení vlastní aktivity a snahy. Vzhledem k nestabilnímu sebepojetí a sníženému sebevědomí je nezbytné posilovat funkce ega, sebevědomí a uvědomování sebe sama. Pro tyto účely je vhodná individuální terapie, která by Lucii rovněž mohla pomoci zpracovat určitá aktuální témata (například zmatení ohledně sexuální orientace). Dále je nutné podporovat rozvoj sebeovládání v běžných životních situacích a vhodně zvolenými terapeutickými metodami uvolňovat nahromaděnou tenzi. Vzhledem k rodinným vazbám doporučujeme absolvovat rodinnou terapii. S ohledem na určité skutečnosti, konkrétně na Luciino zlepšení v druhé polovině diagnostického pobytu v DÚ, na možnosti ústavu Býchory (je schopen řadu z výše uvedených doporučení uskutečnit), snahu a relativně dobrou spolupráci s rodiči a postupující věk lze očekávat zlepšení chování. Rizikem pro Lucii zůstává možnost navázání se na negativní vzory, osoby z tohoto ústavu, které by ji podněcovaly k útěkům a jinému neadekvátnímu chování.

## **11.9 Shrnutí**

V rámci shrnutí Lucčina případu opět započneme rodinnou anamnézou. Lucie je jedináček, rodiče jsou manželé, ale jejich vztah je konfliktní, poznamenán častými hádkami. Rodinné prostředí je disharmonické. Otec Lucii ironizuje, zesměšňuje, kritizuje. Jako výchovné praktiky používá fyzické tresty. Lucie má k němu negativní vztah. Matka je hyperprotektivní, ochraňuje Lucii před otcem. V rodině emočně rozporná forma výchovy - zavrhuje otec, vztah k matce kladný. Čas strávený s rodiči při nějaké společné aktivitě je minimální, Lucie jeví známky citové deprivace. Celkově se projevuje odmítání rodiny, separační chování již přehnané a neadekvátně generalizované. S prarodiči se Lucie nestýká.

V osobní anamnéze nalézáme systematicky rozvíjené zájmy pouze do 7. třídy, do 12 let. Lucie je kuřačka s opakovanou zkušeností s alkoholem a THC. Ve školní anamnéze registrujeme potíže přibližně od 4. třídy – zhoršení chování, postupně i prospěchu. Nyní vztah ke škole negativní.

V sociální anamnéze vystupuje řada přátelských vazeb, se kterými rodiče nesouhlasí, také tendence k závislosti na skupině a inklinování k asociálním typům povah. Intelekt se nachází v pásmu nadprůměru populační normy.

Vzhledem k osobnostním charakteristikám patrná impulzivita, nedostatečně rozvinuté volní procesy, vnitřní napětí a zmátek, nejistota zakrývaná negativismem, snížená frustrační tolerance, emoční labilita, egocentričnost, zvýšená hladina úzkosti a neodůvodněné obavy, nízké sebevědomí a sebehodnocení. Zjevná je horší sociální přizpůsobivost. Lucie je svérázná, bouří se, rozhoduje se po svém, nevnímá hrozící nebezpečí, má sklon k porušování norem a pravidel. Autokritika je snížená, náhled na chování nedostatečný.

U Lucie nalézáme jak neagresivní projevy poruch chování, konkrétně lhaní, záškoláctví, útěky a toulky, negativismus, tak agresivní projevy – verbální agrese vůči dětem i dospělým, krádeže.

První problémy s chováním se vyskytly již na prvním stupni (nerespektování autority, občasné záškoláctví). V 6. třídě (Lucii bylo 11 let) zhoršení. Šlo zejména o vyrušování ve třídě, nerespektování autority učitele, drzost, vulgaritu, občasné záškoláctví. V 7.-8. třídě (12-13 let) stupňování výchovné problematiky - masivnější záškoláctví, útěky z domova a toulky, vystupňování verbální agrese i negativismu, krádeže.

Projevy poruch chování se vyskytovaly ve všech oblastech Lucčina života - v rodině, ve škole, ve zdravotnických i výchovných institucích, kde měla být prostřednictvím opakovaných pobytů sjednána náprava výchovné problematiky. Zmírnění výchovné problematiky však bylo pouze krátkodobé, bez stabilnějšího efektu.

## 12 Kazuistika IV.

Čtvrtá kazuistika se týká čtrnáctileté dívky jménem Sarah. Přibližně od deseti let docházelo k postupnému nárůstu výchovné problematiky.

Sarah je štíhlá, středně vysoká dívka s tmavohnědými polodlouhými vlasy. Obličej má oválný, oči jsou hnědé, držení těla je v ose. Její vzhled odpovídá staršímu věku (cca 15 až 16 let). Na levém předloktí má Sarah vyškrábáno jméno „LUKY“. Sarah preferuje hip-hoperský styl oblečení známých značek.

K rozhovoru přichází Sarah naprosto klidná, „nad věcí.“ Působí vyrovnaným dojmem, bez známek tenze či psychomotorického neklidu, v čase a v prostoru orientovaná.

Pokud jde o osobnostní charakteristiky, negativní vlastnosti vyjmenovává bez obtíží „*prolhaná, hnusná, neohleduplná, sobecká, blbá.*“ Výčet vlastností pozitivních jí činí obtíže. Po chvíli nalézá alespoň jednu vlastnost, kterou na sobě oceňuje a to „*zábavná.*“

Hodnotová orientace vzhledem k věku ukotvená. Na vrchních příčkách se umístila rodina, dále přátelé, zdraví, finanční zabezpečení, zábava.

### 12.1 Rodinná anamnéza

V této části se nyní zmíníme o otci a matce této dívky. Sarah je jedináček, ze strany prarodičů se občas stýká s babičkou, matkou otce. Rodiče se v roce 2004 rozvedli. Po jejich rozvodu byla Sarah svěřena do péče matky a žila s ní a s jejím přítelem ve společné domácnosti. K příteli matky měla od začátku velice negativní vztah. Kvůli konfliktům v rámci společného soužití s matkou a jejím přítelem zažádal otec o svěřeni dcery do trvalé péče. V březnu roku 2007 se rodiče dohodli na střídavé výchově, kterou začali ihned aplikovat (soudně na základě PO od září roku 2007). Otec i matka žijí v panelovém domě na jednom sídlišti (matka byt 2+1, otec 3+1). Sarah měla u obou rodičů k dispozici vlastní pokoj.

**Otec.** Otec, Evžen H., narozen 1967. Vystudoval SOU, obor lakýrník. V současné době pracuje jako osoba samostatně výdělečně činná, orientuje se na úklid v domech. Otec je zdravý, kuřák, alkohol pije pravidelně. V době společného soužití s matkou Sarah časté opilosti. Dříve, v období adolescence, užíval drogy (čichání toluenu), nyní drogy neužívá. Psychiatrická heredita – babička byla v péči psychiatra. V současnosti má Evžen H. partnerku, se kterou má 18 měsíčního syna. Nežijí ve společné domácnosti, ale soboty a neděle tráví v bytě partnerky. Otec přiznává, že je hodně impulsivní, občas mívá afekty zlosti, je verbálně agresivní (dříve i brachiálně).

**Vzájemný vztah.** K dceři má pozitivní emoční vztah, ale mnoho času společně netráví. Dle jeho výpovědi je Sarah v poslední době „*drzá, neposlouchá, chodí pozdě domů.*“ Konstatuje, že pro řešení situace se snažil udělat vše, co je v jeho silách, ale „*není policajt, aby jí stál pořád za zádamá.*“

Vztah k otci popisuje Sarah jako dobrý, ale přiznává konflikty v souvislosti s neplněním povinností. Dle Sarah má u otce velmi volný režim. Pokud jde o výchovu, uvádí, že otec dává často různé zákazy, které ale nedodržuje, je nedůsledný. Párkrát Sarah v afektu fyzicky potrestal („*pořádně mi namlátil, ale pak se omluvil*“). Jinak Sarah uvádí, že s otcem si rozumí více než s matkou. Otce je „*víc v pohodě.*“ Mrzí ji, že když je u otce, tak často jde s kamarády do hospody a nevěnuje se jí. Víkendy pak tráví s novou partnerkou.

**Matka.** Matka Alena H., narozená 1975, vystudovala SEŠ bez maturity. Pracovala jako kosmetická poradkyně, nyní se živí příležitostnou kosmetickou činností na živnostenský list. Matka zdráva (v období během rozvodu z důvodů psychických problémů docházela na psychoterapii), nekouří, alkohol příležitostně, bez zkušenosti s drogou. Psychiatrická heredita-bratr matky psychicky labilní, dyslektik, nespolehlivý, záškoláctví v dětském věku, nyní ve výkonu trestu pro neplacení alimentů, krádeže. V současnosti bez partnera. Alena H. přiznává, že je přecitlivělá, v zátěži křičí nebo je lítostivá.

**Vzájemný vztah.** Matka uvažovala o nařízení ústavní výchovy již cca od roku 2006. Konstatuje, že by měla Sarah ráda doma, a dodává: „*já bych jí klidně udělala ústavní výchovu doma, ale on (pozn. otec) by to nezvládl.*“ Matka Sarah v určitém slova smyslu klade za vinu neúspěch ve vztazích s druhým pohlavím. Vyčítá jí její nezodpovědnost, hulváctví a v neposlední řadě i to, že má díky ní mezi známými „*z ostudy kabát*“.

Sarah pociťuje k matce v současnosti odstup spojený s negativními emocemi datující se přibližně do období, kdy jí matka oznámila, že uvažuje o nařízení ústavní výchovy. Vyčítá jí, že jí „*strčila do DŮ*“, že jí nekupuje značkové oblečení jako táta, že jí zakazuje „*noční život*“. Jsou zde přítomny výrazné ambivalentní pocity – na jedné straně hostilita, na straně druhé touha po emočním přijetí a ocenění ze strany matky („*pořád mi jen nadává, hysterčí, kdyby si tak se mnou někdy jen tak popovídala a furt na mě jen neřvala*“).

Samotný rozvod rodičů a důsledky z něho plynoucí snáší Sarah velice špatně. Hlavní negativa vidí ve ztrátě osobní svobody a zázemí – každý týden si stěhuje své věci od matky k otci a naopak.

Rodiče se snaží spolupracovat, navzájem se však obviňují. Matka otci vyčítá, že problematiku bagatelizuje, dle jejího názoru má Sarah u otce velice volný režim, často je sama bez dohledu. Otec pak klade vinu matce (poukazuje na střídání partnerů).

## 12.2 Osobní anamnéza

Sarah se narodila v říjnu 1993. Šlo o první těhotenství matky, které bylo rizikové, neboť matka během těhotenství příliš nepřibývala na váze, spíše ztrácela na váze v důsledku stresu z partnerského vztahu. Došlo k opakovanému napadení matky ze strany partnera. Porod proběhl jeden týden po termínu. Pro nepostupující porod byl použit císařský řez, alterace ozev, Sarah byla lehce přidušená. Kojena byla čtrnáct dní, prospívala dobře. Raný psychomotorický vývoj proběhl v normě, rovněž nástup řeči, obtíže v r, ř – v předškolním věku návštěvy na logopedii, poté úprava. V dětství časté respirační infekty bronchitidy, v 9 letech hospitalizována pro přechodné ochrnutí nervus facialis. Enuresa ještě na konci roku 2006 (původ obtíží neprokázán, bez medikace).

**Zájmy.** Do 3. třídy navštěvovala kroužek keramiky, poté bez kroužků. Na tábory nejezdila. Nyní patří do okruhu jejích zájmů hudba, kresba grafiti, kamarádi (kino, nakupování atd.).

**Abusus.** Kuřačka (uvádí cca 20 cigaret denně), opakovaná zkušenost s alkoholem (nepila by, ale je jí to před staršími kamarády hloupé, nechce si připadat trapně), experimentálně THC. Jiné návykové látky neguje.

**Vita sex.** Sexuálně aktivní (18letý přítel Lukáš - instalatér, bydlí na ubytovně).

## 12.3 Školní anamnéza

Od 5 let docházela do MŠ, adaptace proběhla bez problémů, objevily se stížnosti na její živé chování a tendence k sebezprosazování. Do první třídy nastoupila v roce 2001 do ŽS v Praze 2. Došlo ke zhoršení pomůčování, vyskytly se výukové problémy. Následovalo vyšetření v PPP – diagnostikována dyslexie. Ve 2. třídě došlo ke změně bydliště a školy, Sarah nastoupila do dyslektické třídy. Od 5. třídy opět přestup a to do normální třídy ZŠ Olešská. Od roku 2005 v péči výchovného střediska.

V současnosti navštěvuje Sarah 8. třídu ZŠ. Dle jejích slov ji škola nebaví (pasivní a laxní přístup, špatné známky chce řešit únikem, respektive přestupem na jinou školu- ráda by přestoupila na ZŠ praktickou a to z toho důvodu, že by “*se nemusela učit a byla by tam za hvězdu*“). Představa o profesní orientaci dosud nevytvořená.

## 12.4 Sociální anamnéza

Ač Sarah preferuje trávení času se staršími dívkami (okolo 15-16 let) z místa bydliště, její nejlepší kamarádka je stejně stará. Rodiče Sarah si kontakt s touto kamarádkou nepřejí

z důvodů výchovných problémů, které tato dívka má. Její rodina je nefunkční, dívka se prakticky nachází v situaci bez výchovného vedení.

Sarah má v současnosti partnera Lukáše, kterému je 18 let, bydlí na ubytovně a pracuje jako instalatér. Seznámili se náhodně na zastávce MHD. První sexuální styk proběhl po 18 dnech ode dne známosti (což komentuje slovy „*vím, že jsem děvka*“). Dle její výpovědi to bylo velice krátké a ona sama sexuální styk nepožadovala, nechtěla však přítele ztratit, tak mu vyhověla. V té době byl její partner obeznámen s jejím věkem (v době pohlavního styku 12 let), nyní je na něj podáno trestní oznámení za pohlavní zneužití. Sarah Lukáše stále miluje a plánuje se s ním stýkat i přes zákazy rodičů (hodlá toho docílit lží).

## **12.5 Problémové chování**

Problémové chování se vyskytlo již na prvním stupni (nerespektování autority, verbální agrese, negativismus). Od roku 2005 docházelo ke zhoršování výchovné problematiky. Sarah nerespektovala rodičovskou autoritu, opakovaly se pozdní příchody domů, již v roce 2006 byla 1krát hledaná Policií ČR. Vyskytovalo se záškoláctví, ve škole opakovaně důtky za neplnění povinností, nerespektování autorit, prospěchově byla slabá, neučila se.

Během školního roku 2006/2007 výrazné problémy – krádeže peněz v rodině. Tehdejšímu matčinu partnerovi odcizila opakovaně tisícové částky, které utratila za oblečení atd. Před Vánocemi roku 2006 odcizila 6 tisíc Kč, za které nakoupila dárky. 1krát vzala peníze babičce (matka otce). Navázala kontakt s problémovou partou, poté se vyskytly krádeže v obchodech, které řešila policie. Po krádeži peněz dívka vyhrožovala sebepoškozením, částí propisky si poškrábala ruku, proto byla umístěna k hospitalizaci na oddělení dětské psychiatrie. Od léta 2007 nastalé potíže dále gradovaly. Sarah přiznala, že se se svou partou účastnila trestné činnosti, konkrétně vandalismu (ničení karosérií automobilů). V listopadu roku 2007 Sarah odešla z domova, aniž by to předem oznámila, vypnula si mobilní telefon a domů se navrátila až další den. Rodiče se snažili nastalou situaci řešit internátním pobytem v SVP, bohužel bez úspěchu. Poté, co Sarah odešla z domova a 3 dny o sobě nepodala zprávu (hledána Policií ČR) a nález jejího deníku týkajícího se první sexuální zkušenosti se rozhodli uskutečnit dobrovolný pobyt v DÚ Dobřichovice.

Sarah naprosto bez náhledu na svoje chování. Pouze by oddálila sexuální styk, útěky, záškoláctví, drzost k učitelům i rodičům nevnímá jako něco vyloženě nesprávného. Rodičům prý vždy (předtím, než si vypne mobilní telefon) napíše, kde je. Pokud řekne, že je u

kamarádky, ale je se svým partnerem, nevnímá to jako lež (přiznává, že lhala i při policejním výslechu).

## **12.6 Psychiatrická anamnéza**

Sarah byla na doporučení střediska výchovné péče hospitalizována na oddělení dětské psychiatrie Fakultní Thomayerovy nemocnice.

### **12.6.1 Oddělení dětské psychiatrie Fakultní Thomayerovy nemocnice**

Na tomto oddělení byla Sarah hospitalizována od 7.12. 2006 do 19.12. 2006 a od 3.1. 2007 do 19.1. 2007. Pobyt byl přerušen pro virové onemocnění a vánoční prázdniny. Důvodem přijetí byly poruchy chování, záškoláctví, krádeže, suicidální výhrůžky.

Dle **psychiatrického vyšetření** lucidní, orientovaná. Kontakt navazuje spontánně. Lehká tenze během vyšetření, normoformická, afektivita během vyšetření přiměřená, intelekt v normě, myšlení i vnímání koherentní. Stanovena diagnóza poruchy chování a emocí, poruchy chování ve vztahu k rodině na bázi citové deprivace. Bez farmakoterapie.

Dle **psychologického vyšetření** je Sarah nezralá, emočně labilní, neklidná a nejistá dívka, snadno ovlivnitelná, s nízkým sebevědomím. Projevuje se u ní závislost na skupině včetně přijímání nevhodných vzorců chování. Je ohrožena předčasným zahájením aktivního sexuálního života. Intelektové schopnosti ve verbální i neverbální složce se pohybují na hranici slabšího průměru a podprůměru.

Dívka se na oddělení velice dobře adaptovala, zapojila se do aktivit na oddělení, spolupracovala při individuálních, skupinových i činnostních terapiích. Na počátku hospitalizace se vyskytly výkyvy v chování, dominoval neklid, nevhodné vystupování vůči autoritám, familiérní chování, patrná nízká interiorizace sociálních a společenských norem chování. Sarah byla přístupná domluvě, korekci chování přijímala, k problematice krádeží byla kritická. V dětském kolektivu nekonfliktní, ale snadno ovlivnitelná dominantnějšími dětmi, přejímala vzorce chování pozitivní, ale i negativní. V plnění školních povinností potřebovala dohled, motivaci (znak zanedbání). Během hospitalizace bez výraznější výchovné problematiky, dobře laděná, bez depresivní symptomatologie.

## **12.7 Etopedická intervence**

Od října roku 2006 byla Sarah pro výchovné problémy v evidenci Střediska výchovné péče Rakovského, kde byl později zrealizován internátní pobyt (od 1.11.2007). Z důvodu

pokračujících problémů v chování byla Sarah přijata na dobrovolný pobyt do Diagnostického ústavu Dobřichovice.

### **12.7.1 Středisko výchovné péče Rakovského**

Spolupráce s rodiči byla zahájena v únoru roku 2006 formou rodinné terapie. V prosinci roku 2006 byla spolupráce přerušena z důvodu hospitalizace na psychiatrickém oddělení FTN pro Sářiny suicidální tendence. Odtud byla v lednu 2007 předána na základě předběžného opatření do péče otce. Od ledna téhož roku byla pravidelná setkávání opět obnovena s frekvencí 1krát za tři týdny, a to do června roku 2007. Během tohoto období se rodiče od března roku 2007 dohodli na střídavé péči. Jelikož od začátku roku 2007 došlo k opakovaným útěkům byl zrealizován internátní pobyt v SVP (začátek pobytu 1.11. 2007). Z důvodu útěků z tohoto zařízení byl tento pobyt ukončen.

### **12.7.2 Diagnostický ústav Dobřichovice**

Sarah byla do DÚ Dobřichovice přijata dne 12.11. 2007 a to na dobrovolný dvouměsíční pobyt. Důvodem byly výchovné problémy - opakované útky z domova, nerespektování autority rodičů, záškoláctví, bez přípravy do školy (v anamnéze krádeže).

V rámci **psychologického vyšetření** byly použity následující baterie testů: rozhovor, Ravenovy progresivní matrice, HSPQ, BT, FDT, Nedokončené věty, Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině. K psychologickému vyšetření přichází klidná, vyrovnaná, bez tenze či psychomotorického neklidu. Kontakt navazuje bez obtíží, komunikativní, ochotně spolupracující. Pracovní tempo je rychlejší. Koncentrace pozornosti je při dlouhodobější zátěži snižena, patrná rychlá unavitelnost. Orientovaná.

Aktuální intelektová úroveň zjišťovaná testem Ravenovy progresivní matrice se pohybuje na hranici podprůměru.

Dle HSPQ je Sarah impulsivní, upozorňuje na sebe, předvádí se. Prosazuje se, je svérázná, bouří se. Jinak je veselá, hovorná. Navenek působí Sarah sebejistě, suverénně, uvnitř nejistá, hladina úzkosti zvýšená.

Za velice důležitou považuje Sarah referenční skupinu, kam se snaží zapadnout, imponovat. Je silně ovlivnitelná vrstevnickými vzory (negativními), sklony k závislosti na skupině. Volní procesy jsou oslabeny, má nedostatečně interiorizované morální normy. Obtížně přijímá požadavky a pravidla (touží po maximální volnosti), sklon k porušování

norem a pravidel, pokud se neslučují s jejími momentálními potřebami. Frustrační tolerance snižená, únikové tendence.

FDT. Jako první kreslí Sarah dívku, kterou označí jménem „hoperka“. Potom chlapce „hopera“ (oběma jim má být patnáct let). Upozorňuje na značky oblečení, které jsou pro ní prioritou<sup>9</sup>. FDT může vypovídat o pocitu nedostatečného zájmu ze strany druhého pohlaví, sociabilitu, extrovertní zaměření. V BT projev povrchního přístupu a pohodlnosti, dbá jen o vnější dojem.

Vzhledem k nedokončeným větám patrný pocit nepřijetí ze strany rodičů (Naši si o mě myslí, že ...*jsem prolhanej spratek.*) a touha po rodinném zázemí (Až budu starší ...*tak chci mít rodinu.*), rovněž subjektivní důležitost vztahů s vrstevníky (Moji kamarádi mě často...*podporují, pomáhají; Děti s nimiž si hrávám...sou dobří; Když myslím na školu, tak...myslím na mojí nej kámošku Simču.*)

Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině ukazuje na emočně rozpornou formu výchovy, kdy jeden z rodičů je zavrhuje (v tomto případě matka), druhý extrémně kladný (otec).

Co se týká postavení ve skupině jedná se o společenskou, dominantní dívku s organizačními schopnostmi, která vystupuje velmi zkušeně, inklinuje k asociálním typům povah a nechá se jimi snadno ovlivnit.

Závěr. Aktuální rozumové schopnosti se nacházejí v pásmu průměru populační normy. Jde o dívku navenek sebejistou a suverénní, uvnitř nejistou, zvýšeně úzkostnou. Silná tendence k závislosti na skupině, sklon podléhat skupinovým vlivům, navazovat se na dominantní jedince. Volní procesy oslabeny, únikové tendence.

Dle **etopedického závěru** vykazuje Sarah známky citové deprivace, je vnitřně nevyrovnaná. Svoji zranitelnost se snaží maskovat verbální agresí vůči okolí. Touží po naprosté volnosti bez nutnosti respektovat daná pravidla a normy.

Adaptace na chod zařízení byla obtížnější. Průběh pobytu s výraznými oscilacemi. Sarah nastoupila do zařízení s naprostou suverénním přístupem, odmítala se zapojit do skupinových činností i pracovat dle vnitřního řádu DÚ. Postupem času přešla z opozice a odporu na diskuzi s cílem dosáhnout možnosti preference programu, popřípadě získání různých úlev. Po první část pobytu byla tedy Sarah velice negativně nastavena – odmítání pravidel DÚ i skupinové činnosti, sklon k nerespektování autority, velice konfliktní jak k vychovatelům, tak k ostatním klientům. Přibližně po uplynutí poloviny pobytu došlo ke

---

<sup>9</sup> Například při příchodu do DÚ ji ani tak nezasáhla tato skutečnost jako taková, ale nutnost nosit ústavní oblečení, které není značkové, pro ni byla velice frustrující.

zklidnění, které souviselo s přeřazením Sarah do skupiny mladších dětí (Sarah byla v roli starší a moudřejší, z toho důvodu nebylo třeba negativní chování používat jako prostředek k zaujetí určité pozice, upoutání pozornosti). Zaznamenám jeden útek. Kontakt s rodinou pravidelný (telefonický, návštěvy v zařízení i pobyty doma).

I přes určité zklidnění lze konstatovat, že Luciiny problémy s chováním se nepodařilo odstranit a z toho důvodu byla Lucie umístěna do Dětského domova se školou Býchory.

## **12.8 Doporučení a prognóza**

Sarah potřebuje vřelé, přijímající ale důsledné vedení. Nezbytné jsou pevně stanovené hranice, jasně určená pravidla a dohled na jejich dodržování. Vzhledem k nedostatečnému náhledu na své chování je velice důležité poskytovat Sarah okamžitou zpětnou vazbu. Dále posilovat pocit odpovědnosti za své chování (jasně stanovená pravidla+sankce za jejich porušení). Vzhledem ke školní docházce je nutné motivovat Sarah a pomoci jí se školní přípravou. Jelikož hlavním nedostatkem je Sářina neschopnost zorganizovat si volnočasové aktivity a plnohodnotně využít volný čas, je nutné pomoci jí ho vhodně strukturovat (například sportovní či taneční kroužek). Vzhledem k problémům v rodině doporučujeme rodinnou terapii.

Domníváme se, že úprava rodinných vztahů a nastavení hranic ruku v ruce s jejich dodržováním může vést k určitému zlepšení současného stavu.

## **12.9 Shrnutí případu**

Nyní se pokusíme shrnout faktory, u kterých předpokládáme, že mají v případě Sarah vliv na vznik a rozvoj poruch chování. V rodinné anamnéze můžeme nalézt řadu nepříznivých faktorů. V první řadě jde o rozvod rodičů a jejich vzájemný neharmonický vztah, který zahrnoval domácí násilí. U otce Sarah vnímáme jako významný sklon k nadužívání alkoholu, sklon k agresi (vzhledem k bývalé manželce i v rámci fyzických trestů v afektu směrem k Sarah) a silným afektům. U matky Sarah pak zejména emoční labilitu. Matka Sarah kritizuje, vyslovuje k ní nedůvěru, užívá i hrubých verbálních nadávek. Rodiče netráví se Sarah volný čas. Jde o emočně rozpornou formu výchovy, kdy je vztah s otcem kladný, matka je zavrhuje. Dle závěrečné zprávy z psychiatrické léčebny jde o poruchy chování na bázi citové deprivace. Sarah se cítí být negativně přijímána ze strany matky, z pohledu celkové rodiny ji chybí pocit rodinného zázemí, suspektně emoční deprivace. Bez užšího emočního pouta s prarodiči.

V osobní anamnéze nalézáme rizikové těhotenství (pravděpodobně ovlivněné stresem), dále lehké přidušení při porodu. Vzhledem k zájmům, kroužky navštěvovala Sarah pouze do 3. třídy, na tábory nejezdila. Sarah je kuřačka, má za sebou opakovanou zkušenost s alkoholem, je sexuálně aktivní.

Pokud jde o školní anamnézu, již v mateřské škole byla charakterizovaná jako hyperaktivní, živé dítě s tendencemi k sebeprosazování. Od 2. třídy se vyskytly potíže s výukou – diagnostikována dyslexie. Postoj ke škole negativní, Sarah je vzhledem ke školním povinnostem nemotivovaná.

V sociální oblasti inklinuje spíše ke starším jedincům, asociálním typům povah. Její nejlepší kamarádka pochází z dysfunkční rodiny. Rodiče s těmito přátelskými vazbami nesouhlasí a Sarah je zakazují.

Významné jsou osobnostní charakteristiky a to zvláště impulzivita, únikové tendence, oslabené volní procesy, vnitřní neklid, nejistota, snížená frustrační tolerance, emoční labilita, zvýšená hladina úzkosti, nízké sebevědomí a sebehodnocení. Dále nalézáme sklon k závislosti na skupině, sugestibilitu a sklon k sebeprosazování. Rovněž bylo zjištěno obtížné přijímání požadavků a pravidel, sklon k jejich porušování. Sarah je svérázná, bouří se, morální hodnoty a normy jsou nedostatečně interiorizované. Autokritika snížená, náhled na chování nedostatečný.

U Sarah nalézáme neagresivní projevy poruch chování – lhaní, záškoláctví, útěky a toulky, i agresivní projevy poruch chování – verbální agrese, vandalismus, krádeže.

Problémové chování se vyskytlo již na prvním stupni (nerespektování autority, drzost, negativismus). Zhoršení problémového chování se datuje přibližně do období roku 2005 (Sarah bylo okolo 12 let), kdy šlo zejména o občasné záškoláctví, neplnění školních povinností, nerespektování autority učitele i rodiče (např. drzost, opakované pozdní příchody domů). Postupně zhoršování výchovné problematiky – zhoršení záškoláctví, útěky (již v roce 2006 byla 1krát hledaná Policií ČR), stupňování verbální agrese a negativismu, krádeže peněz (v rodině). V roce 2007 další masivní zhoršení, neboť k výše uvedeným problémům se přidružily krádeže s partou v obchodních domech a vandalismus.

Projevy poruch chování se vyskytovaly ve všech oblastech jejího života – v rodině, ve škole, ve zdravotnických i výchovných institucích, v rámci kterých byla výchovná problematika řešena prostřednictvím opakovaných pobytů.

## 13 Prezentace výsledných dat

V poslední části každé kazuistiky, konkrétně v oddělení shrnutí případu, jsme se pokusili zmapovat faktory, které jak na straně subjektu socializace (tj. prostředků, činitelů socializace), tak na straně objektu socializace (tj. jedinců s poruchami chování) mohou být rizikové. Dále jsme uvedli jakýsi přehled projevů poruch chování u každého jedince, vyzdvihli vývojovou linii a oblasti, ve kterých se projevy poruch chování u každého jedince vyskytovaly. V této části budeme již pracovat s celým souborem respondentů.

### Rizikové faktory na straně subjektu a objektu socializace

Nyní se pokusíme zmapovat faktory jak na straně prostředků socializace tak i na straně jedinců, kteří jsou socializováni, a které mohou vznik a rozvoj poruch chování podporovat, podněcovat či s poruchami chování určitým způsobem souvisí. Zjištěné údaje zasadíme do rámce Bronfenbrennerovy ekologické teorie.

Nejdříve se dotkneme mikrosystému. Ten zahrnuje struktury, se kterými je dítě v přímém kontaktu, tj. subjekty socializace. Dotýká se následujících částí námi zaznamenaných kazuistik - rodinné, školní a sociální anamnézy. V rodinné anamnéze nalzáme u všech jedinců, na jejichž životní příběh se v této práci orientujeme, konfliktní, neharmonický vztah mezi rodiči poznamenaný častými hádkami a verbální agresí. Ve třech případech (vyjma rodičů Lucie) se setkáváme s domácím násilím a ukončením manželství rozvodem, který však nevedl ke zkvalitnění a zefektivnění komunikace mezi rodiči, ale spíše k nedostatečné spolupráci a vzájemnému obviňování v souvislosti k poruchám chování a z nich vyplývajících projevů u jejich potomků. Tento stav bychom také mohli nazvat disharmonickým rodinným prostředím. V souvislosti s domácím násilím musíme zmínit fyzické (tělesné) týrání, které jsme zaregistrovali v případě Jana a nadávání, výsměch, kritizování a nedůvěru vůči dětem ze strany rodičů, které je, ať již na straně otce či matky, patrné ve všech případech. U všech jedinců byla také konstatována suspektní emoční deprivace, pocit nedostatečného rodinného zázemí. Dále se setkáváme se situací, kdy rodiče a děti žijí spíše vedle sebe než spolu, čímž máme na mysli, že netráví společně čas například v rámci výletů, různých aktivit, dovolených. Ve třech rodinných anamnézách se setkáváme s alkoholismem či sklonem k nadužívání alkoholu u rodičů (v případě Miloše u obou rodičů, v případě Jana a Sarah u otce). U našich respondentů nejsou bez významu také styly výchovy. V případě Miloše jde o pesimální formu výchovy (rozporné řízení se záporným vztahem), v ostatních případech o emočně rozpornou formu výchovy, kdy dochází k odmítání, citovému nepřijetí ze strany jednoho z rodičů (v případě Jana a Sarah kladný vztah k otci, zavrhuující

matka, v případě Lucie uspořádání opačné). Ve všech případech pak otcové užívají jako výchovný prostředek tělesné tresty (často ve stavech afektu). Obecně lze říci, že naši respondenti jsou vychováni nejednotnými styly výchovy. Námi sledovaní jedinci se vyjma Miloše nestýkají s prarodiči.

Také ve školní anamnéze si můžeme povšimnout určitých společných rysů. S výjimkou Lucie nalezneme u všech respondentů živost a hyperaktivitu v mateřské škole, v prvních ročnících výukové obtíže (diagnostikovány specifické poruchy učení), u obou chlapců časté střídání škol. U všech jedinců negativní vztah ke škole jako instituci i k učitelům, nemotivovanost.

V sociální anamnéze je u Miloše a Jana patrné nedostatečné přijetí ze strany vrstevníků, absence pevných přátelských vazeb. U Lucie a Sarah si povšimneme tendence k závislosti na skupině a inklinování k asociálním typům povah.

Jelikož Bronfenbrenner předpokládá vzájemné ovlivňování mezi těmito strukturami a jedincem (nazývá je bi-směrovými vlivy), zahrneme do tohoto systému také údaje z osobní anamnézy a charakteristiky námi sledovaných jedinců, tj. objekt socializace. V případě Miloše a Sarah nalézáme rizikové těhotenství a porod s komplikacemi, kdy došlo k přidušení při porodu, u Jana opakovanou komoci v 8. a 9. roce života. Vzhledem k osobní anamnéze vystupuje na povrch plošší okruh zájmů, organizované kroužky nacházíme přibližně do 3. třídy, absence táborů či jiných kolektivních aktivit. Dále je patrný sklon těchto jedinců k užívání návykových látek – nikotinu, alkoholu, THC. V osobnosti sledovaných jedinců vystupuje řada společných rysů. Inteligenční kvocient se u Jana a Lucie pohybuje v pásmu nadprůměru populační normy, u Miloše a Sarah na hranici defektu. Vzhledem k osobnostním charakteristikám lze u našich čtyř jedinců zaregistrovat impulzivitu, nedostatečně rozvinuté volní procesy, vnitřní napětí, sníženou frustrační toleranci, zvýšenou hladinu úzkosti, nízké sebevědomí a sebehodnocení. Vzhledem k sociálním vztahům touhu po pozornosti a ocenění, horší sociální přizpůsobivost. Bez významu není ani snížená autokritika a nedostatečný náhled na své chování. Patrná je i touha rozhodovat se po svém, sklon k odmítání či porušování norem a pravidel. V případě dívek pak byla zjištěna emoční labilita, v případě chlapců emoční oploštělost a pohotovost k agresivním reakcím.

Mezosystém, který představuje spojení, souvislosti mezi jednotlivými strukturami mikrosystému dítěte, zastává v socializačním procesu také významnou úlohu. U Miloše a Jana se setkáváme zejména s nedostatečnou spoluprací dvou významných socializačních subjektů a to rodičů se školou, která se při práci s dětmi a dospívajícími s poruchami chování jeví jako zásadní. U Lucie a Sarah vystupuje do popředí zejména nesoulad mezi přátelskými vazbami a

jejich akceptací ze strany rodičů, spojený z jejich strany se zákazy styku, ironizováním a urážkami těchto přátel.

Domníváme se, že exosystém, environmentální nastavení, které jen nepřímo ovlivní průběh vývoje dítěte, působí spíše na rodiče a jejich prostřednictvím se odráží na dětech. Za význačné považujeme materiální zabezpečení a bytové podmínky. Tyto faktory mohly hrát určitou roli v životním příběhu Jana, neboť po určité období jeho vývoje, bylo sociální zabezpečení jeho rodiny velice slabé.

Makrosystém, který zahrnuje kulturní hodnoty, zvyky a právo, je rovněž důležitou součástí socializačního procesu. Vzhledem k našim respondentům je důležité zmínit, že jde o národnostní většinu, tj. nedochází zde ke konfrontaci mezi minoritní a majoritní kulturou jako například u rómské populace. Nezbytné je také zdůraznit, že jedinci nacházející se v ohnisku našeho zájmu všichni prošli opakovanými pobyty ve zdravotnických a výchovných institucích, neboť naše kultura poskytuje rodičům zdroje pomoci ve výchově.

Chronosystému, jež se dotýká časové dimenze a obsahuje jak události přicházející zvnějšku, tak události interní, se nebudeme podrobněji věnovat, neboť prostupuje v rámci celé empirické části této práce.

### **Projevy poruch chování**

Pokud jde o druhý úkol, který jsme si v rámci cíle této práce stanovili, můžeme prohlásit, že u našich respondentů bez ohledu na pohlaví nalézáme neagresivní i agresivní projevy poruch chování. Z neagresivních projevů poruch chování se u všech jedinců vyskytlo lhaní, u třech záškoláctví, útky a toulky. Z agresivních projevů se ve všech kazuistikách objevila verbální agrese (k dětem i dospělým), ve třech případech pak vandalismus a krádeže. Brachiální agrese a šikana byla zaznamenána pouze v případě Miloše.

V rámci sledování vývojové linie lze vyzorovat stupňování výchovné problematiky. Ve všech případech se objevily první signály poruch chování již na prvním stupni. Šlo zejména o nerespektování autorit, drzost, verbální agrese, občasné záškoláctví. Výraznější problémy s chováním se u sledovaných jedinců začaly projevovat v rozmezí 11-13 let. Postupně docházelo ke gradaci směrem k závažnosti – k nerespektování výchovných autorit, neplnění školních povinností, občasnému záškoláctví, drzému a vulgárnímu chování se ve třech případech přidružilo opakované a závažnější záškoláctví, útky a toulky (vyjma Miloše), krádeže (kromě Lucie), došlo ke gradaci verbální agrese, ve třech případech k vandalismu (kromě Lucie) a v případě Miloše k brachiální agrese a šikaně.

Projevy poruch chování byly zaznamenány ve všech oblastech života těchto dospívajících – v rodině, ve škole, i dalších výchovných i zdravotnických institucích.

## 14 Diskuse

Cílem naší práce bylo zmapování faktorů podílejících se na vzniku a rozvoji poruch chování v kontextu socializace a nastínění povahy poruch chování v souvislosti s jejich projevy. Výzkumný vzorek zahrnoval čtyři jedince – dva chlapce a dvě dívky ve vývojové etapě dospívání vyrůstající v rodinách. Kritériem výběru byla určitá forma poruch chování a z ní vyplývající závažné výchovné problémy. Genderový prvek byl zvolen záměrně, abychom předešli orientaci pouze na jedno pohlaví a tím možnému zkreslení výsledků. Ač si uvědomujeme, že existuje celá řada vývojových teorií, jejichž teze lze použít jako základ pro výklad podstaty a vzniku poruch chování (např. psychoanalytické teorie uvedené v kapitole 1.2 Konkrétní prvky socializačního procesu v souvislosti s poruchami chování ), rozhodli jsme se využít Bronfenbrennerovu ekologickou teorii systémů. Důvodem k tomuto postupu byl náš předpoklad komplexnosti problematiky poruch chování, v jejichž pozadí stojí řada faktorů, jejich souhra i vzájemná interakce, kterou bere tato teorie vývoje v potaz. Jako neadekvátnější metoda se nám jevila kazuistika, která dle Hendla (1999) umožňuje orientovat se na různé oblasti života sledované osoby a sestavit celkový obraz daného případu v co nejširších souvislostech. Je zřejmé, že účelové vyšetření čtyř individuálních případů má omezenou vědeckou platnost, neboť nelze zachovat kritéria kontrolovaného výzkumu. Z tohoto důvodu zjištěné údaje a nastíněné hypotézy negeneralizujeme, jejich platnost omezujeme pouze na představený vzorek. Přesto se však domníváme, že i takovéto zkoumání je hodnotné a přináší řadu zajímavých postřehů. Shodujeme se s míněním Říčana (1973, s. 83), který předpokládá, že *„výsledek intenzivní studie individuálního případu můžeme chápat takto: je popsána možnost určité souhry funkcí, určitá osobní rovnice. Co platí pro jednoho člověka, platí – s menšími obměnami – obyčejně i pro mnoho dalších.“*

Prvním konkretizovaným úkolem bylo nalézt faktory, které mohou vůči poruchám chování působit rizikově. V první řadě jsme se orientovali na subjekty a objekty socializace, které jsou dle Bronfenbrennera zahrnuty v rámci mikrosystému. Jelikož rodina je nejpodstatnějším socializačním prostředkem, započneme právě s ní. Také Macek (2003) přikládá rodinným faktorům významnou úlohu, neboť dle jeho názoru představuje rodina nejdůležitější sociální strukturu pro predikci problémového chování. V rodinné anamnéze jsme našli řadu důležitých faktorů. U všech jedinců jsme zjistili konfliktní, neharmonický

vztah mezi rodiči poznamenaný častými hádkami a verbální agresí. Ve shodě s Katzem a Gottmanem (1993) se domníváme, že negativní vztah mezi rodiči (hostilita či chlad) se odráží v problémech s chováním u jejich dětí. Jelikož dle Macka (2003) rodiče fungují zejména jako modely chování, může takovýto vztah mezi rodiči působit modelově a přenášet se i do vztahů dítěte. Není nezanedbatelné, že u všech našich jedinců se vyskytuje verbální agrese, tedy stejný model fungování jako nalézáme v komunikačních vzorcích jejich rodičů. To potvrzují i Fantuzzo et al. (1991), kteří u jedinců, jež byli v dětství vystaveni verbální agresí mezi rodiči (hádkám, konfliktům), zjistili ve srovnání s kontrolní skupinou vyšší výskyt poruch chování. Předpokládáme, že takovýto vztah mezi rodiči také ovlivňuje schopnost adekvátní rodičovské péče a výchovy. S tím je ve shodě hypotéza vedlejšího efektu, která tvrdí, že frustrace, znepokojení, úzkost a stres pramenící z konfliktu mezi rodiči narušuje schopnost rodičů zajistit dětem podporující a harmonické prostředí (Sturge-Apple; Cummings; Davies, 2006). Rodiče například nejsou schopni poskytnout dítěti vhodné verbální vedení, často jsou podráždění, reagují neadekvátně, mohou druhého rodiče před dítětem očeňovat, což opět vede k narušení procesu sociálního učení a tedy také provokuje poruchy chování. Teorie sociálního učení k tomu dodává, že zpočátku může negativní chování sloužit jako prostředek ovlivňování chování rodičů (např. aby se rodiče přestali hádat). Pokud vede k toužebnému efektu, rodiče a poskytovatelé péče tímto dané chování posilují. To má samozřejmě pokračování. Jak dítě zraje, dostane se do situace, kdy se bude s rodiči navzájem vyhýbat, aby se vyvarovali vzájemného negativního chování. Z toho důvodu pak dítě dle Ford-Martina a Galeho (2006) dostává méně péče a dohledu a je mnohem více ohrožené (např. v adolescenci pak vzrůstá riziko členství v nevhodných partách s důsledkem v antisociálním chování).

Samotný rozvod, se kterým se setkáváme ve třech případech, jako jeden z faktorů poruch chování zmiňuje řada autorů (Vágnerová, 2005; Train, 2001; Rutter, 1971). Dle našeho názoru je spíše než samotná situace rozvodu opět podstatný vztah mezi rodiči, který ovlivňuje chování i emocionální ladění rodičů a odráží se na celkové rodinné atmosféře i výchovných praktikách. Zde se shodujeme s Rutterem (1971), který se domnívá, že jsou mnohem důležitější konflikty a spory mezi rodiči, které předcházejí před rozvodem či po něm následují, než samotný rozvod jako takový. U našich jedinců pozorujeme, že ve všech třech případech, kdy došlo k rozvodu, konfliktní, neharmonické vztahy mezi rodiči setrvaly. To narušuje jejich schopnost poskytnout dítěti dostatečnou míru podpory a péče. V souladu s našimi výsledky a názorem Sturge-Apple, Cummingse a Daviese (2006), taktéž Vágnerová (2005) upozorňuje na snížení schopnosti rodičů v této situaci poskytnout dítěti podporu. Dále usuzujeme, že rozvod, po kterém nedojde k harmonizaci vztahů mezi rodiči, ovlivňuje

schopnost rodičů spolupracovat při výchově dítěte, tj. narušuje výchovný proces a efektivní řešení potíží dítěte již v počátcích. Příkladem je situace, kdy si rodiče nesdělují zásadní informace o dítěti a navzájem se obviňují, jak jsme mohli vidět u Jana a Sarah. To vede spíše ke kumulaci poruchového chování. Zde se opíráme o názor Forgatcha et al. (1985 in Lahey et al., 1988), který předpokládá, že je to spíše stres z rozvodu, který vede k méně adekvátní disciplíně, což podporuje poruchy chování. S tím je ve shodě i mínění Vágnerové (2005), která jako důsledek rozvodu zmiňuje možnou extrémnost výchovy s nevyhovujícími výchovnými strategiemi. Vzhledem k českému prostředí je, v souladu s míněním této autorky, nutné zdůraznit riziko ztráty či nedostatku otcovské autority v důsledku svěřením dítěte do péče matky, jak vidíme v případech Jana a Sarah. Ti se sice se svými otci po rozvodu stýkali, ale jak sami uvedli, otcové se jim při víkendových návštěvách příliš nevěnovali. V této souvislosti máme za to, že podstatným faktorem na straně rodiče, se kterým dítě nebydlí, je zejména kvalita emočního vztahu a výchova jím poskytovaná. To potvrzují Amato a Gilbreth (1999), když tvrdí, že je po rozvodu vzájemná blízkost mezi dítětem a jeho otcem a skutečnost, zda je otec zaangażován do autoritativních výchovných praktik, vzhledem k poruchám chování faktorem podstatným. Train (2001) v této souvislosti doplňuje, že pokud je syn svěřen do péče matky, dojde ke ztrátě mužského vzoru, se kterým by se chlapec identifikoval. Důsledkem toho může být situace, kdy mezi matkou a synem vznikne negativní vztah. Syn nebude autoritu matky respektovat, často se objeví i agrese, jak pozorujeme v případě Jana. V životním příběhu druhého chlapce, Miloše, se setkáváme s opačným případem, tj. svěřením do péče otce a následným odmítnutím, zavržením ze strany matky. Taková situace může vyústit k zážitku nechtěného dítěte, potvrzení o nízké hodnotě sebe sama. Tyto pocity, obzvláště nízké sebevědomí a nedostatek emocionálního přijetí se pak na vzniku a rozvoji poruch chování mohou také odrážet (např. jsem špatný, z toho důvodu se tak mohu také chovat).

Ve třech případech se pak setkáváme s domácím násilím ve vztahu rodičů. Domácí násilí jako jeden z rizikových faktorů pro poruchy chování zmiňují například Fergusson a Horwood (1998). Ve shodě s těmito autory se domníváme, že pokud jsou děti svědky domácího násilí mezi rodiči, nejen, že tato zkušenost u nich vzbuzuje úzkost, ale je přímo spojena s výskytem poruch chování a trestnou činností v mladé dospělosti. A to zvláště v případě, kdy je původcem násilí otec. Nyní je na místě položit si otázku, jakým způsobem může domácí násilí mezi rodiči ovlivnit vznik a rozvoj poruch chování u jejich dětí. Domníváme se, že tyto děti jsou ohroženy jak psychicky, tak i emocionálně. V souladu s Hronovou (2004) předpokládáme, že aktéři domácího násilí mohou poskytovat nevhodný

identifikační model pro jednání dítěte, tj. provokovat agresivní jednání. Tomu odpovídá i názor Bendla (2003), který se domnívá, že agresivní rodiče podle mechanismu nápodoby, respektive metody příkladu, své děti učí, že násilí a agrese jsou vhodné prostředky, aby člověk dosáhl svého. Tento předpoklad podporuje i zjištění Hronové (2004), že děti, které se staly svědky domácího násilí, reagují externalizovaným chováním (častěji chlapci), vykazují nepřátelství a agresi, tj. agresivní projevy poruch chování. Děti však mohou reagovat také internalizovanými symptomy (např. úzkostí), které u našich jedinců také nalzáme. Pokud jde o rodinnou atmosféru, je důležité zdůraznit, že atmosféra domácího násilí v rodině vzbuzuje v dítěti napětí, úzkost, neklid, nízkou sebeúctu, zlost a potíže se sebekontrolou, jak zmiňuje například Hronová (2004). Jde o charakteristiky, které, jak v průběhu této kapitoly uvedeme, rovněž ovlivňují výskyt poruch chování či k němu přispívají. Všeobecně lze pak říci, že disharmonické rodinné prostředí může v dítěti vzbuzovat vinu za probíhající hádky, zvýšenou míru tenze, emoční labilitu. To pak narušuje jejich sociální stabilitu i schopnost sociálního učení, tedy důležité prvky socializačního procesu.

Ačkoliv fyzické týrání nalezneme v anamnéze pouze u jednoho jedince (konkrétně Jana), pokládáme ho za faktor závažný a velmi diskutovaný a z toho důvodu se o něm neopomeneme zmínit. Ve shodě s Kunitzem, Levym, McCloskeym a Gabrielem (1998) předpokládáme, že fyzické týrání představuje faktor, který je vzhledem k poruchám chování značně rizikový. Stejně jako v případě násilí mezi rodiči hraje roli sociální učení – nápodoba a identifikace. Vágnerová (2000) v této souvislosti hovoří o identifikaci s agresorem či obranné identifikaci, kdy se dítě identifikuje s autoritou, jež vyvolává respekt, respektive často s trestající osobou. Identifikace s takovou osobou spočívá především ve zvnitřnění hodnot a norem, které prezentuje (např. násilí rovná se norma). Ve shodě s Vágnerovou (1999) předpokládáme, že se dítě může začít chovat podobným způsobem jako osoba, která ho týrá. Projevuje se agresivně k ostatním dětem, vyvolává konflikty, je nesnášenlivé a útočné (zbavuje se tak bezmoci a strachu zahrnutých v roli týraného). Skutečnost, že fyzické týrání v určitých případech vede k agresivnímu jednání týrané osoby, potvrzují i Langmeier a Krejčířová (1998) či Train (2001). Pokud výše uvedené údaje shrneme, lze konstatovat, že týrání může vyvolat agresivní projevy poruch chování, což odpovídá našim zjištěním. V případě Jana pozorujeme také časté provokace zejména silnějších jedinců. Předpokládáme, že i zde hraje roli fyzické týrání. Jedinec v podstatě svými provokacemi vyvolává situace podobné těm, které zažil. Opakuje známé situační vzorce ústící ve fyzický útok. Důvodem je snaha navodit situaci, která je pro dítě čitelná a srozumitelná. Jak však upozorňuje Šebek (1991), tendence tento negativní prožitek zopakovat může být motivována i snahou o

vyrovnání se se zážitkem týrání, snahou o odreagování. Specifická zkušenost, zkušenost týrání, také narušuje proces sociálního učení, schopnost adekvátním způsobem interpretovat chování druhých lidí, což jsme vypožorovali i u Jana. Na své provokace byl bez náhledu, reakce vrstevníků interpretoval jako šikanu. K poruchám chování mají úzký vztah a hrají v jejich vzniku a rozvoji úlohu také určité charakteristiky, které vznikají jako důsledek týrání a to zejména negativní sebehodnocení, nedostatek sebedůvěry a sebevědomí, přecitlivělost, vztahovačnost, úzkost, jak je uvádí Vágnerová (1999).

U rodičů některých jedinců, jejichž životní příběh jsme sledovali, nalezneme ponižování dítěte, výčitky, výsměch, nedůvěru, nadávky, zdůrazňování jejich negativních stránek (konkrétně u otce Miloše, matky Jana, otce Lucie a matky Sarah). V souladu se zjištěními Dunovského, Dytrycha, Matějčka a kol. (1995) se domníváme, že i tento faktor, který nazývají psychickým týráním, je vzhledem k poruchám chování rizikovým. Všem těmto dětem bývají společné problémy v jednání s lidmi, v mezilidských vztazích. To potvrzují i Rich, Gidycz, Warkentin, Loh a Weiland (2005), když upozorňují na psychické týrání (verbální týrání) bez ohledu na pohlaví rodiče jako na prediktivní faktor problémů v interpersonálních vztazích. Prvním rizikem je opět proces sociálního učení, riziko nápodoby takového chování, které se pak uplatňuje v agresivních projevech poruch chování, konkrétně ve verbální i jiné agresi. S tím jsou ve shodě také výsledky Mullen, Martina, Andersona, Romanse a Herbisona (1996), kteří u adolescentních žen, v jejichž anamnéze bylo psychické týrání, zjistili, ve srovnání s kontrolní skupinou, statisticky významně vyšší výskyt agresivního chování. U adolescentních mužů pak ve srovnání s kontrolní skupinou vyšší výskyt antisociálního chování obecně. Pöthe (1996) v této souvislosti upozorňuje na to, že dítě, kterému je psychicky ubližováno, může svoji nejistotu nevhodně kompenzovat agresivním jednáním (např. napadáním slabších jedinců, jak je tomu v případech šikany). Druhým rizikem je pak vzbuzená úzkost (Mullen; Martin; Anderson; Romans; Herbison, 1996; Rich; Gidycz; Warkentin; Loh; Weiland, 2005; Dunovský; Dytrych; Matějček a kol., 1995), nízké sebehodnocení a sebedůvěra (Dunovský; Dytrych; Matějček a kol., 1995). Takové děti se dokáží obtížně prosazovat, mohou volit různé prostředky k posílení svého sebeobrazu, například lhaní. V nejrůznějších situacích se předem vzdávají, mají tendenci ze subjektivně náročných situací unikat, což ústí v záškoláctví či útěky z domova. To potvrzují Dunovský, Dytrych, Matějček a kol. (1995).

U všech jedinců byla dále konstatována suspektně emoční deprivace, pocit nedostatečného rodinného zázemí. V této souvislosti lze uvažovat o emoční deprivaci či subdeprivaci. U dítěte vyrůstajícího v situaci, kdy není rodinnými příslušníky chápáno a

citově saturováno, lze předpokládat určité obtíže v socializačním procesu. Ve shodě s Vágnerovou (1999) se domníváme, že nedostatečná pozitivní emoční zkušenost produkuje nejistotu, která se ve vztazích s druhými lidmi může projevit nedostatkem empatie a egocentrismem. Předpokládáme, že takové dítě se nenaučí rozlišovat, co je pro konkrétní situaci či roli vhodné, tj. dojde k narušení procesu sociálního učení. K tomu přistupuje snížená schopnost chovat se žádoucím způsobem, pokud by to představovalo jakékoliv omezení, což ukázaly i naše výsledky. Dle Langmeira a Matějčka (1968) emoční deprivace někdy vede k utváření sociálně provokujícího typu osobnosti. Takoví jedinci se snaží navazovat kontakt nepříjemnými či agresivními způsoby (viz případ Miloše a Jana), což potvrzuje i Train (2001). Předpokládá, že dítě se zkušeností emoční deprivace nemusí umět vyjádřit své pocity jinak než prostřednictvím agrese a nemusí umět identifikovat pocity druhých. Jak jsme výše zaznamenali, rodiče námi sledovaných dospívajících s nimi málo komunikovali, netrávili s nimi volný čas, děti trávily hodně času samy. To lze dle Vágnerové (1999) považovat za jeden ze znaků citové subdeprivace, která v mnohých případech předznamenává problémy v sociální orientaci a tedy následně i v sociální adaptaci. V souladu s názorem Vágnerové (2005) nacházíme příčinu mimo jiné také v tom, že v takových rodinách rodiče neposkytnou dítěti pocit akceptace, dostatečně nevymezí hodnoty a normy chování. Podobný názor zastává i Matoušek a kol. (1996), dle kterého jde o rodiny, kde rodiče neposkytují důležité podněty pro rozvoj dítěte, nic pozitivního mu neukážou, nemůže se od nich moc naučit. Motivem je pak nuda a nedostatek životního smyslu a adekvátních cílů. Souvislost mezi kvalitou rodičovské péče a pozorností potvrzuje i Vymětal (20004), neboť poukazuje na fakt, že děti, se kterými tráví rodiče více času, jsou méně úzkostné a agresivní.

Ve třech rodinných anamnézách se vyskytl alkoholismus či sklon k nadužívání alkoholu na straně rodičů. Ve shodě s řadou autorů (Nešpor; Csémy, 2007; Höschl, 2008) předpokládáme, že alkoholismus či nadužívání alkoholu je významným rizikovým faktorem. Studie Westa a Prinze (1987) poukázala na skutečnost, že děti z rodin, kde jsou rodiče alkoholici, vykazují častěji problémy v chování jako je lhaní, krádeže, rvačky, záškoláctví a problémy s chováním ve škole než děti z rodin bez těchto znaků. Dle Bennettové, Wolina a Reisse (1988) příčina těchto problémů tkví v nedostatečném rodinném zázemí a rodinné soudržnosti. Zjistili, že takovéto rodiny jsou mnohem méně úspěšné ve vytváření stabilních a smysluplných rodinných rituálů spojených se životem rodiny. V této souvislosti lze dále předpokládat, že rodiče pod vlivem alkoholu často vytvářejí nepředvídatelné sociální situace, které v dítěti vzbuzují tenzi, nepředstavují pro své děti dostatečný zdroj podpory. Rodič může používat systém odměn a trestů, které jsou k aktuálnímu chování dítěte neadekvátní, tj.

užívání alkoholu se odráží i ve výchovném vedení rodičů. To pak narušuje proces sociálního učení, neboť děti se nenaučí, které chování je vzhledem k různým sociálním situacím adekvátní. Děti také přebírají strategie, jak řešit problémy, které jsou u těchto rodičů často narušené, nekonstruktivní. V souladu s míněním Woititz (1998) předpokládáme, že děti alkoholiků pocítují nejistotu, co je normální, tj. mohou používat takové způsoby chování, které jsou naprosto nevhodné. Ty si osvojily prostřednictvím sociálního učení i jako výsledek interakce a komunikace se svými rodiči. Může jít o agresivní i neagresivní projevy poruch chování. Woititz (1998) dále upozorňuje, že často typický sklon ke lhaní může souviset s přehnanou sebekritičností (aby ochránili své ego a sebeobranu před hodnocením druhých a navenek vystupovali podle svého konceptu „normálního fungování“, zastírají některé situace „lží“; chtějí, aby je ostatní hodnotili dobře).

Bez významu nelze ponechat ani výchovný styl v rodině. Ve všech případech nalézáme rozpornou formu výchovy. U Miloše bylo zjištěno rozporné řízení se záporným vztahem, tj. pesimální forma výchovy. V ostatních případech pak emočně rozporná forma výchovy, kdy dochází k odmítání, citovému nepřijetí ze strany jednoho z rodičů (v případě Jana a Sarah kladný vztah k otci a přísná, zavrhuující matka, v případě Lucie uspořádání opačné). Ve všech rodinách pak otcové užívali jako výchovný prostředek tělesné tresty (často ve stavech afektu). Předpokládáme, že rozporná výchova vyvolává v dítěti nejistotu. Tomu pak není jasné, co se má a nemá, kdy a zda vůbec se to bude kontrolovat, zda třeba to, co bylo tolerováno nebude potrestáno. Ve shodě s Čápem a Boschkem (1994) se domníváme, že taková situace neumožní dítěti vytvořit si pevné hranice a normy chování. Na rodičovský nesoulad ve výchově jako na rizikový faktor upozorňuje řada dalších autorů (Farrington, 1994; Štěchová; Večerka; Holas, 2001; Gardner, 1992; Frick et al., 1992). Ve shodě s Frickem et al. (1992) se dále domníváme, že vysoké množství trestů a nízká úroveň vřelosti a zaangażovanosti je rovněž velice významná. Pokud je dítě často trestáno, tedy pokud provede něco, za co trest následuje, může se začít snažit trestu se vyhnout. To provokuje takové poruchy chování jako je lhaní či záškoláctví. Dále je důležité připomenout, že tresty (zvláště velice přísné) mohou narušit vztah dítěte k dospělému. Dle Langmeiera a Krejčířové (1998) vztah, který by měl být nejdůležitějším základem účinné výchovy. Tělesné tresty (zvláště ty spojené s afektem) mohou také poskytovat model chování, rovněž může dojít k již výše zmíněné identifikaci s agresorem. Nedostatek emoční podpory a zaangażovanosti hraje roli zejména tam, kde dítě potřebuje pomoc pro zvládnutí obtížných a pro něj náročných situací. Pokud se mu jí nedostává, zvolí si jiné prostředky řešení (např. při nevyřešené šikaně ze strany spolužáků záškoláctví či útěky z domova). V úvahu musíme vzít i paradoxní situaci,

kdy dítě, aby dosáhlo nějaké pozornosti ze strany rodiče, použije jako prostředek právě poruchové chování.

I nedostatečný kontakt s prarodiči lze pokládat za faktor, který v této problematice může sehrát určitou roli. Prarodiče v podstatě představují, jak upozorňují Langmeier a Krejčířová (1998), jeden z prvních významných rozšíření okruhu společenského styku dětí. Jsou významným činitelem jejich pokračující socializace. Prarodiče mohou vhodně doplňovat citové potřeby dětí, pomáhat dětem se zvládnutím jejich povinností a problémů, urovnat některé negativní aspekty vztahu mezi rodiči a jejich dětmi. Pokud prarodiče ve své roli nefigurují, nemohou výše uvedené skutečnosti saturovat.

Vzhledem k rodinnému prostředí je důležité upozornit na výsledky studie Donga et al. (2004). Tato studie prokázala, že výše uvedené faktory, spíše než aby se vyskytovaly nezávisle, jsou ve vzájemném vztahu, tj. dochází k jejich kumulaci.

Nyní se dostáváme k socializaci v rámci školy a vrstevnické skupiny. Tyto dvě problematiky vnímáme jako úzce propojené a to z toho důvodu, že většina přátelských vazeb vzniká právě v prostředí školní třídy. Ve školní anamnéze si povšimneme určitých společných rysů. V první řadě se zmíníme o hyperaktivitě, živosti, která byla zaznamenána u třech jedinců v mateřské škole. V tomto věku má výrazný vliv společná hra, ve které dle Langmeiera a Krejčířové (1998) dítě nacvičuje pozitivní způsoby spolupráce. Děti mohou být kvůli výše uvedeným charakteristikám ze hry vynechány, protože narušují její průběh, tj. dostatečně si tyto sociální dovednosti neosvojí. Dále hyperaktivita komplikuje u některých jedinců vytváření přátelských vazeb, znesnadňuje adaptaci na výchovné vedení ze strany učitelů a celkově tak narušuje proces sociálního učení. S výjimkou Lucie nalezneme u všech respondentů v prvních ročnících také výukové obtíže, kdy byly diagnostikovány specifické poruchy učení. Řada autorů upozorňuje na souvislost mezi poruchami chování a školním prospěchem (např. Laukkanen; Shemeikka; Notkola; Koivumaa-Honkanen; Nissinen, 2002). V souladu s Pokornou (2001) předpokládáme, že školní neúspěch ovlivněný specifickými poruchami učení může vyvolat kompenzační mechanismy. Když se dítě nemůže prosadit výkonem, zkouší to šaškováním, vytahováním, zlobením. Prožívaný neúspěch někdy způsobuje napětí, které se snaží dítě odreagovat agresí. To potvrzují i zjištění Trzesniewskiho, Moffitta, Caspiho, Taylora a Maughanové (2006). Dle jejich názoru jsou děti s výukovými obtížemi ve škole frustrovány, což vede k růstu antisociálního chování. Toto chování pak opět působí na školní úspěch a proces učení, což zase zhoršuje projevy poruch chování. To může vyústit v celkovou nemotivovanost i negativní vztah ke škole, což znesnadňuje přijetí autority učitele a narušuje proces sociálního učení jako takového. Časté střídání škol v případě obou

chlapců jednak komplikuje udržení stabilních přátelských vazeb, jednak vzbuzuje tenzi a napětí, které může jedinec ventilovat například agresí. Školní prospěch i střídání škol lze pokládat také za faktor, který ovlivňuje budování vzájemného vztahu mezi učitelem a žákem, který je v rámci tohoto socializačního prostředí jistě důležitý.

V sociální anamnéze je u Miloše a Jana patrné nedostatečné přijetí ze strany vrstevníků zejména ve školní třídě, absence pevných přátelských vazeb. Domníváme se, že ať již je nepřijetí ze strany vrstevníků důvodem poruch chování či odrazem již poruchového chování, výrazně přispívá k jejich rozvoji. Nepřijetí vrstevníky ve školní třídě narušuje proces socializace, neboť ve školní třídě se strukturuje sociální zkušenost, prohlubují se vztahy, rozvíjejí se různé dovednosti, návyky, postoje a hodnoty (např. kooperace). Ve shodě se Spetterem, LaGrecou, Hoganem a Vaughnem (1992) předpokládáme, že odmítnutí vrstevníky vede k menší sociální citlivosti, neboť dítě má zhoršené možnosti, jak jí dosáhnout. To se odrazí v často neadekvátním chování a méně pozitivních reakcích s druhými. Dle Dodge (1993) k tomu přispívá i to, že odmítnuté dítě má tendenci interpretovat motivy vrstevníků jako hostilní, což vede ke zvýšení reaktivní agresivity. S tím souhlasí i zjištění Johnsona, Smailese, Cohena, Kasena a Brooka (2004). U Miloše a Jana v souvislosti s odmítnutím vrstevníky, registrujeme krádeže s motivem dosáhnout akceptace ze strany vrstevníků. Nepřijetí pak u některých jedinců vzbuzuje i agresí. U Lucie a Sarah sledujeme tendenci k závislosti na skupině a inklinování k asociálním typům povah. Ve shodě s Bassarathem (2001), Sameroffem, Peckem a Ecclesem (2004), Hillem a Maughanem (2001) se domníváme, právě negativní vliv vrstevníků s asociálními projevy je významným rizikovým faktorem. Jak jsme již výše uvedli, jedinec se s normami této skupiny identifikuje, osvojuje si neadekvátní postoje, hodnoty i rysy, tj. dochází k učení nápodobou, identifikaci s touto skupinou, což vede k projevům poruch chování (např. záškoláctví, lhaní, podvodům, krádežím i agresí).

Nyní se dostáváme k dětem s poruchami chování jako k aktérům socializačního procesu. V případě Miloše a Sarah nalézáme v osobní anamnéze rizikové těhotenství a porod s komplikacemi, kdy došlo k přidušení při porodu, u Jana opakovanou komocí v 8. a 9. roce života. Ve shodě s Vágnerovou (2005) a Moffitem (1993) se domníváme, že se tyto události mohly odrazit ve struktuře či funkcích CNS a způsobit obtíže v autoregulaci, ovlivnit temperamentové ladění vedoucí například k emocionální labilitě, hyperaktivitě, podrážděnosti či impulsivnosti, které se v projevech poruch chování, jak se za chvíli zmíníme, projevují.

Dále v osobní anamnéze vystupuje na povrch plošší okruh zájmů, organizované kroužky nacházíme přibližně do 3. třídy, absence táborů či jiných kolektivních aktivit. Tyto

děti smysluplně a účelně nevyužívají volný čas. Ve shodě s Lukáčovou (2006) se domníváme, že to mnohdy podněcuje pocit nudy a nedostatku životního smyslu i adekvátních cílů. Takové děti hledají vzrušení a zábavu jinde, tj. i v nevhodných aktivitách (poruchovém chování). Rovněž nahromaděná a nevyužitá energie se pak mnohdy uvolňuje například v agresivním jednání. Dojde také k ochuzení sociálních zkušeností, zúžení spektra sociálních situací, kde by mohlo docházet k procesu sociálního učení (absence kroužků, táborů).

Dále jsme zaregistrovali sklon těchto jedinců k užívání návykových látek – nikotinu, alkoholu, THC. Návykové látky mohou mít vliv na výskyt antisociálního jednání, které se často vyskytuje právě v souvislosti s užitím alkoholu či jiných drog (zejména v delikventních partách).

Nyní se dostáváme k tématu osobnosti. V osobnosti sledovaných jedinců vystupuje řada společných rysů. Inteligenční kvocient se u Jana a Lucie pohybuje v pásmu nadprůměru populační normy, u Miloše a Sarah na hranici defektu. Ve shodě s Vágnerovou (2005) předpokládáme, že úroveň inteligence nepředstavuje faktor, který by významnějším způsobem ovlivňoval riziko vzniku poruch chování. I když připouštíme námitku Quaye (1987 in Matoušek; Kroftová, 2003), že snížený intelekt představuje sociální handicap, který se může projevit například v oblasti školní socializace a ovlivnit školní úspěch dítěte (viz výše souvislost mezi poruchami chování a školním neúspěchem).

Vzhledem k osobnostním charakteristikám lze u našich čtyř jedinců vysledovat impulzivitu, nedostatečně rozvinuté volní procesy, vnitřní napětí, sníženou frustrační toleranci, zvýšenou hladinu úzkosti, nízké sebevědomí a sebehodnocení. Impulzivita, kterou v souladu s našimi výsledky jako rizikový faktor poruch chování uvádějí například Kopányiová, Smiková a Vojtová (2005); Ramklint, Stalenheim, Von Knorring a Von Knorring (2001) či Vágnerová (2005), je v podstatě sklon jednat náhle a bez rozvahy. Jak udává Šlechtová (2006) impulzivní dítě reaguje na přicházející podněty zcela bezprostředně, překotně a zbrkle. Jedná ukvapeně, nedomyslí možná rizika či důsledky, reaguje prudce a nepřiměřeně. Charakteristické pro impulzivní dítě také je, že žije zcela přítomností, všechno chce mít hned, nedokáže čekat, vlastně ho to vůbec nenapadne. Impulzivita tak hraje roli jak v neagresivních poruchách chování (např. záškoláctví, útoky z domova), tak v agresivních (např. krádeže, verbální agrese). Na nedostatečně rozvinuté volní procesy poukazují Vágnerová (2005) a Koudelková (1995). Vzhledem k poruchám chování hraje roli zejména nedostatek sebeovládání a neschopnost odložit uspokojení na později. Rovněž výskyt tenze u dětí s poruchami chování potvrdila řada autorů (Lukáčová, 2007; Koudelková, 1995). Tenze jako napětí ovlivněné interakcí osob či vnitřních nebo vnějších vlivů může být uvolněna

určitými projevy poruch chování (např. agresivními výpady). Snížená frustrační tolerance, kterou u dětí s poruchami chování identifikovali i jiní autoři (Lukáčová, 2007; Vágnerová, 2005), se projevuje zejména v reakcích na subjektivně náročné podněty či situace. Takové dítě pak na podněty, které pro ostatní nepředstavují zátěž, mnohdy reaguje nestandardně, neadekvátně. Námi zjištěnou zvýšenou hladinu úzkosti potvrzuje mimo jiné i Vágnerová (2005). Společně s Vališovou (2005) zastáváme názor, že úzkostný jedinec v tíživé situaci v určitých případech zareaguje i agresí, někdy i proti zcela neadekvátnímu podnětu. Úzkost může vést také k únikům z různých situací a tedy sehrát roli například v záškoláctví či útěcích. Je však nutné podotknout, že jedinci, které jsme sledovali, byli umístěni v diagnostickém ústavu (v podstatě byli odebráni ze známého prostředí), což mohlo ke zvýšené úzkosti jistě přispět. Dále jsme u těchto jedinců zjistili nízké sebevědomí a sebehodnocení, které v souladu s našimi zjištěními u dětí s poruchami chování detekovali například Kopányiová, Smiková a Vojtová (2005). Jelikož jsou tyto jedinci ve věku dospívání, je nutné podotknout, že nízké sebehodnocení může být v některých fázích spíše výrazem adolescentního vývoje. Dle Švancary (1975) je sebehodnocení (sebevědomí) v tomto období kolísavé, sebecit labilní. Nelze tedy vyloučit, že výskyt nízkého sebehodnocení zjištěný u námi sledovaných jedinců je pouze výrazem tohoto období. Nicméně se domníváme, že jde o trvalejší osobnostní charakteristiku, kterou ať již jde o frekventovanější adolescentní profil či nikoliv, je třeba vzít vzhledem k poruchám chování v úvahu. V souvislosti s poruchami chování usuzujeme, že jedinec s nízkým sebevědomím a sebehodnocením, který si nevěří, že danou situaci zvládne, se uchyluje k únikovým mechanismům, tj. některým neagresivním projevům poruch chování. Čermák, Hřebíčková a Macek (2003) dále upozorňují na možnou souvislost mezi nízkým sebevědomím a sebehodnocením a agresí, násilným chováním, jehož cílem je sebepotvrzení a posílení vlastní hodnoty. Jak však upozorňuje Vágnerová (2005) v poruchách chování hraje úlohu i jeho vysoká hodnota, což v souvislosti s agresí předpokládají i Čermák, Hřebíčková a Macek (2003). Podle těchto autorů nerealisticky zbytnělé sebehodnocení takových jedinců většinou narazí na realitu sycenou zpětnou vazbou a tehdy dojde k ohrožení sebeúcty, čemuž se jedinec brání, často s použitím násilí.

V případě dívek pak byla zjištěna emoční labilita, kterou jako rizikový faktor uvádí Vágnerová (2005). Ač není spojení mezi emoční labilitou a poruchami chování jednoznačné, narušení citového vývoje dle našeho mínění zvyšuje riziko nestandardního reagování a tedy i vzniku chování problémového. Emoční labilita však může představovat rys pro toto vývojové období charakteristický. Dle Příhody (1967) lze časnou adolescenci pokládat za čas zvýšené emoční lability, posunům nálad k negativním náladám, období krizí a pocitových zvrátů.

Přesto se však domníváme, že jde o trvalejší charakteristiku, kterou, ať již patří do obrazu adolescentního profilu, musíme zohlednit. V případě chlapců byla zaznamenána emoční oploštělost a pohotovost k agresivním reakcím. Ve shodě s Vágnerovou (2005) usuzujeme, že se emoční oploštělost odráží v nedostatku ohledu k jiným lidem a jejich potřebám, a tedy i v poruchách chování. Souvislost mezi pohotovostí k agresivním reakcím, sníženým prahem pro vyvolání násilného chování, jak jej nazývá Vágnerová (2005), a poruchami chování je zřetelná. Výrazně se projevuje zejména v agresivních poruchách chování.

V souvislosti se sociálními vztahy jsme u námi sledovaných jedinců zaregistrovali touhu po pozornosti a ocenění, horší sociální přizpůsobivost, u chlapců pohotovost k agresivním reakcím. Pokud jedinec není schopen dosáhnout ocenění a pozornosti běžnými prostředky, může k tomu používat prostředky neadekvátní (např. agresi). Určitý vliv připisujeme také frustraci pramenící z neuspokojení této potřeby (viz výše). Horší sociální přizpůsobivost a pohotovost k agresi se pak odráží v celé škále situací. Bez významu není ani snížená autokritika a nedostatečný náhled na své chování. To potvrzuje i Vágnerová (2005), když uvádí, že tyto děti nehodnotí své problematické chování dostatečně kriticky a neuvědomují si jeho nepřiměřenost. Taktéž Weiss, Dodge, Bates a Pettit (1992) předpokládají, že mají sklon hodnotit agresivní řešení situací pozitivněji než jiní. Patrná je i touha rozhodovat se po svém, sklon k odmítání či porušování norem a pravidel, které v poruchách chování a jejich důsledcích vzhledem k životu ve společnosti zcela jistě hrají roli.

Nesmíme opomenout zmínit důležitost vzájemné interakce. Osobnostní charakteristiky jednotlivých účastníků zcela jistě ovlivňují úspěch socializačního procesu, mají vliv na chování jeho jednotlivých aktérů. Lze konstatovat, že řada výše uvedených charakteristik osobnosti našich jedinců s poruchami chování (např. impulsivita, nedostatečně rozvinuté volní procesy, vnitřní napětí, snížená frustrační tolerance, zvýšená hladina úzkosti, nízké sebevědomí a sebehodnocení, emoční labilita či oploštělost, horší sociální přizpůsobivost, sklon k agresivním reakcím) ovlivňuje jejich vztahy s druhými lidmi i výchovné působení rodičů či jiných dospělých. Rovněž je důležité uvědomit si, že mnoho z těchto rysů a vlastností mohlo být vyvoláno či jejich projev zintenzivněn podmínkami v rodinném i školním prostředí (včetně vrstevnické skupiny), jak jsme v rámci této diskuze poukázali.

Na závěr této stati týkající se mikrosystému je důležité shrnout, v souladu s Bronfenbrennerovou teorií, že pokud jsou vztahy v mikrosystému narušeny, nemá dítě dostatečně vyvinuté nástroje k prozkoumávání ostatních oblastí života. Dítě hledá potvrzení, pozornost, které by měly být přítomny ve vztahu dítě-rodíč či dítě jiný dospělý (například učitel), na jiných, zcela nevhodných místech. Tyto nedostatky se pak mohou projevit

v nedostatku sebeřízení, sebedisciplíny, v antisociálním chování i poruchách chování (Paquette; Ryan, 2001).

V rámci oblasti mezosystému se u Miloše a Jana setkáváme zejména s nedostatečnou spoluprací dvou významných socializačních činitelů a to rodičů se školou, která se při práci s dětmi a dospívajícími s poruchami chování jeví nezbytnou. Spíše než společné řešení byla vina shazována na druhou instituci a rodiče řešili výchovné problémy zpravidla přestupem na jinou školu, což znemožnilo dostatečné podchycení problémů s chováním i jejich řešení. U Lucie a Sarah, které inklinují k asociálním typům jedinců, vystupuje do popředí zejména nesoulad mezi přátelskými vazbami a jejich akceptací ze strany rodičů, spojený z jejich strany se zákazy styku, ironizováním a urážkami těchto přátel. Jelikož se dle Macka (2003) v adolescenci zvyšuje vliv a důležitost vrstevníků, situace, kdy jsou vrstevníci rodinou očerňováni, jejich vliv spíše zesílí. Jak však upozorňuje Langmeier a Krejčířová (1998) mění se spíše jen vnější způsoby chování, základní hodnoty a morální postoje převzaté z rodiny si dospívající často ponechávají.

V rámci exosystému ve shodě se Štěchovou, Večerkou a Holasem (2001) nalézáme rizikový faktor u Jana a to nízký socioekonomický status v období dětství. Lze uvažovat, zda právě nedostatek zejména materiálního zabezpečení nemohl hrát roli v Janových krádežích (jiným motivem mohlo být náhradní uspokojení či touha po získání přátelství). Další roli pak jistě hrál psychický stav matky touto situací ovlivněný.

Makrosystém se našich jedinců dotýká zejména oblastí zdrojů pomoci ve výchově, konkrétně opakovanými pobyty ve zdravotnických a výchovných institucích. Důsledkem těchto pobytů (často iniciovaných rodiči) je mnohdy pocit nepřijetí ze strany rodičů, odmítnutí a zavržení. Tyto pocity pak, jak již jsme se výše zmínili, na výskyt poruch chování působí.

Pokud jde o druhý úkol, který jsme si v rámci cíle této práce stanovili, můžeme prohlásit, že u našich respondentů bez ohledu na pohlaví nalézáme neagresivní i agresivní projevy poruch chování. Je však důležité zmínit, že agrese ve formě fyzických útoků a šikany, se vyskytla pouze u Miloše, tj. chlapce. Pokud jde o agresivní poruchy chování, předpokládáme, že se vyskytují častěji u chlapců. Naše stanovisko potvrzuje i Moffit (2005), který je vnímá jako téměř exklusivní mužský fenomén. Také Eme (2007) předpokládá, že ve složení jedinců s poruchami chování, které zahrnují agresivitu, tvoří masivní většinu právě chlapci. To potvrzuje i výzkum Blatného et al. (2004 in Vágnerová, 2005) zaměřený na vandalismus, kdy vandalismus přiznalo 28,7% chlapců a 18,2% dívek školního věku. Také dle Cricka (1995) jsou agresivní poruchy chování, konkrétně v tomto případě šikana, častější

u chlapců než u dívek. Navíc je důležité zmínit, že přímou formou, tj. s užitím brachiální agrese, šikanují většinou chlapci, dívky užívají spíše formu nepřímou (např. vyloučení druhých, pomlouvání). Vzhledem k této problematice považujeme za důležité připomenout, že dle řady autorů (Malá, 2000; Eme, 2007) je výskyt poruch chování výrazně spojen s pohlavím, konkrétně u chlapců je jejich výskyt mnohem častější než u dívek.

V rámci sledování vývojové linie si prvních signálů poruch chování povšimneme již na prvním stupni. Výraznější problémy s chováním se u sledovaných jedinců začaly projevovat v rozmezí 11-13 let, postupně docházelo ke gradaci směrem k závažnosti. Ve shodě s Malou (2000) předpokládáme, že jde o nástup poruch chování v dětství. Gradace výchovné problematiky je pak v souladu se zjištěním Vágnerové (2005), která předpokládá, že nedostatečná sociabilita, nepřijetí skupinou a problémy s chováním v dětském věku eskalují v období adolescence, kdy jsou tito jedinci těžko ovladatelní, nerespektují sociální ani právní normy a nastartují nepříznivou a často jen obtížně změnitelnou životní dráhu jedince pokračující v průběhu celého života. Upozorňuje, že negativní sociální status posiluje riziko maladaptivní socializace a přispívá k dalšímu rozvoji neadekvátních způsobů chování. Ke kongruentnímu stanovisku dospěl také Eme (2007), který předpokládá, že poruchy chování, které mají začátek v dětství a v juvenilní psychopatologii se manifestuje antisociální chování, jsou v průběhu života persistentní. Zhoršení výchovné problematiky v období dospívání je pravděpodobně dáno větší nezávislostí na dospělých autoritách, emancipací od rodiny, větším vlivem vrstevnické skupiny (zvláště v případě Lucie a Sarah) i celkově větší nezávislostí (např. dospívající na útěku má lepší předpoklady k uspokojení svých základních životních potřeb), které mezi znaky tohoto období řadí například Langmeier a Krejčířová (1998). V případě agresivního jednání je závažnost dopadů takového chování zesílena zejména vyspělejší fyzickou konstitucí.

Projevy poruch chování byly zaznamenány ve všech oblastech života těchto dospívajících – v rodině, ve škole, i v dalších výchovných i zdravotnických institucích. U námi sledovaných případů jde tedy o komplexně provázaný systém, ve kterém pravděpodobně nelze zjistit prvotní příčinu. Je však nutné uvědomit si, že jde o cyklický proces a jakmile se již jednou poruchy chování vyskytnou, je pravděpodobné, že dítě bude užívat naučených způsobů chování i v dalších oblastech, což bude zpětně narušovat jeho adaptaci na toto prostředí.

Na základě dat, která jsme vysledovali v životních příbězích našich jedinců, se domníváme, že poruchy chování jsou složitě podmíněným komplexem. Dochází zde ke kumulaci rizikových faktorů jak na straně subjektu – rodinného prostředí, školního prostředí,

vrstevníků, tak na straně objektu, tj. samotného socializovaného jedince. Jelikož jsou subjekt i objekt socializace ve vzájemném vztahu, v rámci jejich interakce dochází k oboustrannému ovlivňování, které má mnohdy cyklický charakter (např. fyzické týrání vede u dítěte k provokativnímu chování, které vyvolává u rodiče další fyzické útoky a ty zpětně produkují provokaci). To poukazuje jednak na nutnost provádět intervenci u rodin i jedinců z hlediska poruch chování rizikových, jednak pojmout léčbu jedince s poruchami chování individuálně a komplexně (nalézt oblasti, které jsou problematické a pracovat s nimi například pomocí individuální terapie, rodinné terapie, školní třídy, tréninku sociálních dovedností). Nemůžeme se soustředit pouze na poruchy chování, které chceme zmírnit, ale i na okolnosti a vlivy, které k nim přispívají.

## 15 Závěr

Cílem této práce bylo zmapování faktorů, které se podílejí na vzniku a rozvoji poruch chování v kontextu socializace a nastínění povahy poruch chování v souvislosti s jejich projevy.

Z důvodu přehlednosti jsme práci rozdělili na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části jsme se věnovali dosavadním poznatkům o poruchách chování u dětí a dospívajících. Tuto část jsme započali kapitolou týkající se socializace. Zaměřili jsme se na stručnou charakteristiku socializačního procesu (jeho etapy, prostředky (činitele) a způsoby). Dále jsme se věnovali konkrétním prvkům socializačního procesu v souvislosti s poruchami chování. Následující kapitoly se týkaly poruch chování. Zaměřovaly se na epidemiologii poruch chování a užívaná diagnostická kritéria. V souladu s těmito kritérii jsme se orientovali na jednotlivé poruchy chování, které jsme rozdělili na poruchy s příznivou prognózou a poruchy s nepříznivou prognózou. Rovněž jsme uvedli projevy poruch chování, a to neagresivní i agresivní projevy. Určitý prostor jsme ponechali etiologii poruch chování. Načrtli jsme rizikové faktory, které jsme třídili na faktory biologické, psychologické a sociální. Závěr empirické části jsme ponechali řešení problémů dětí s poruchami chování, prevenci, výchovné intervenci a léčbě.

Empirickou část tvořily čtyři kazuistiky, jejichž obsahem byl popis a rozbor případu čtyř dospívajících jedinců, dvou chlapců a dvou dívek, u kterých byly zaznamenány poruchy chování. Kazuistiky se skládaly z následujících sekcí: rodinná, osobní, školní a sociální anamnéza, sekce týkající se problémového chování, psychiatrická anamnéza, etopedická intervence, doporučení a prognóza. Každá kazuistika pak byla uzavřena shrnutím důležitých momentů a prvků.

V oddělení prezentace dat jsme se zaměřili na faktory, které jak na straně prostředků socializace tak i na straně jedinců, kteří jsou socializováni, mohou vznik a rozvoj poruch chování podporovat, podněcovat či s poruchami chování určitým způsobem souvisí. Zjištěné údaje byly zasazeny do rámce Bronfenbrennerovy teorie ekologických systémů.

V rámci mikrosystému jsme v rodinné anamnéze u všech jedinců zjistili disharmonické rodinné prostředí - konfliktní, neharmonický vztah mezi rodiči poznamenaný častými hádkami a verbální agresí. Ve třech případech jsme se setkali s domácím násilím a ukončením manželství rozvodem. V případě Jana bychom za rizikový faktor označili fyzické (tělesné) týrání, u všech jedinců pak psychické týrání. U všech námi sledovaných jedinců byla konstatována suspektní emoční deprivace, pocit nedostatečného rodinného zázemí. Ve

třech rodinných anamnézách jsme zaregistrovali alkoholismus či sklon k nadužívání alkoholu u rodičů. U našich respondentů nebyly bez významu také styly výchovy. V případě Miloše šlo o pesimální formu výchovy (rozporné řízení se záporným vztahem), v ostatních případech o emočně rozpornou formu výchovy, kdy dochází k odmítání, citovému nepřijetí ze strany jednoho z rodičů. Ve všech případech pak otcové užívali jako výchovný prostředek tělesné tresty (často ve stavech afektu). Obecně lze říci, že naši respondenti jsou vychováni nejednotnými styly výchovy. Námi sledovaní jedinci se vyjma Miloše nestýkají s prarodiči.

Také ve školní anamnéze jsme si povšimli určitých společných rysů. S výjimkou Lucie jsme u všech respondentů zaregistrovali živost a hyperaktivitu v mateřské škole, v prvních ročnících výukové obtíže (diagnostikovány specifické poruchy učení), u obou chlapců časté střídání škol. U všech jedinců vystoupil do popředí negativní vztah ke škole jako instituci i k učitelům, nemotivovanost.

V sociální anamnéze bylo u Miloše a Jana patrné nedostatečné přijetí ze strany vrstevníků, absence pevných přátelských vazeb. U Lucie a Sarah jsme si povšimli tendence k závislosti na skupině a inklinování k asociálním typů povah.

Na straně objektů socializace jsme upozorovali rizikové těhotenství a porod s komplikacemi v případě Miloše a Sarah, u Jana opakovanou komoci v 8. a 9. roce života. Vzhledem k osobní anamnéze vystoupil na povrch plošší okruh zájmů, organizované kroužky nacházíme přibližně do 3. třídy, absence táborů či jiných kolektivních aktivit. Dále byl patrný sklon těchto jedinců k užívání návykových látek – nikotinu, alkoholu, THC. V osobnosti sledovaných jedinců jsme vysledovali řadu společných rysů, a to impulzivitu, nedostatečně rozvinuté volní procesy, vnitřní napětí, sníženou frustrační toleranci, zvýšenou hladinu úzkosti, nízké sebevědomí a sebehodnocení. Vzhledem k sociálním vztahům touhu po pozornosti a ocenění, horší sociální přizpůsobivost. Významnou jsme shledali také sníženou autokritiku a nedostatečný náhled na své chování. Patrná byla i touha rozhodovat se po svém, sklon k odmítání či porušování norem a pravidel. V případě dívek pak byla zjištěna emoční labilita, v případě chlapců emoční oploštělost a pohotovost k agresivním reakcím.

V rámci mezosystému jsme se v případě obou chlapců setkali s nedostatečnou spoluprací dvou významných socializačních subjektů a to rodičů se školou, u dívek s nesouladem mezi přátelskými vazbami a jejich akceptací ze strany rodičů. Exosystém se odrazil v životním příběhu Jana, neboť po určité období jeho vývoje, bylo sociální zabezpečení jeho rodiny velice slabé. V rámci makrosystému hrály roli zejména opakované pobyty ve zdravotnických a školských zařízeních.

Dále jsme uvedli přehled projevů poruch chování u každého jedince, vyzdvihujeme vývojovou linii a oblasti, ve kterých se projevy poruch chování u každého jedince vyskytovaly. U našich respondentů bez ohledu na pohlaví jsme našli neagresivní i agresivní projevy poruch chování. V rámci sledování vývojové linie jsme vyzdvihovali stupňování výchovné problematiky s prvními signály neadekvátního na prvním stupni základní školy. Výraznější problémy s chováním se u sledovaných jedinců začaly projevovat v rozmezí 11-13 let, postupně docházelo ke gradaci směrem k závažnosti. Projevy poruch chování byly zaznamenány ve všech oblastech života těchto dospívajících – v rodině, ve škole, i dalších výchovných i zdravotnických institucích.

Námi zjištěné výsledky poukazují na nutnost provádět intervenci u rodin i jedinců z hlediska poruch chování rizikových, pojmout léčbu jedince s poruchami chování individuálně a komplexně.

## 16 Použitá literatura

1. ALTMAN, Z. *Test kresby postavy*. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna Ohradní 20, 1998.
2. ALTMAN, Z. *Test stromu. Příručka*. 2. rozšířené vydání. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna Ohradní 20, 2002.
3. AMATO, P.R.; GILBRETH, J.G. Nonresident fathers and children's well-being: a meta-analysis. *Journal of marriage and the family*, 1999, vol. 61, p. 557-573. ISSN 0022-2445.
4. BALCAR, K. *HSPQ. Osobnostní dotazník pro mládež*. 2. přepracované vydání. Bratislava: Psychodiagnostika, 1992.
5. BALON, R. Poruchy osobnosti. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002, s528-544. ISBN 80-900130-1-5.
6. BARNOW, S.; SCHUCKIT, M.; SMITH, T.L.; PREUSS, U.; DANKO, G. The relationship between the family density of alcoholism and externalizing symptoms among 146 children. *Alcohol & Alcoholism*, 2002, vol. 37, no. 4, p. 383-387. ISSN 0735-0414.
7. BARONE, L. Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. *Attachment and human development*, 2003, vol. 5, p. 64-77. ISSN 1461-6734.
8. BASSARATH, L. Conduct disorder: a biopsychosocial review. *Canadian journal of psychiatry*, 2001, vol. 46, no. 7, p. 609-616. ISSN 0706-7437.
9. BENDL, S. *Neukázněný žák*. Praha: ISV, 2004. ISBN 80-86642-36-4.
10. BENDL, S. *Prevence a řešení šikany ve škole*. Praha: ISV nakladatelství, 2003. ISBN 80-86642-08-9.
11. BENNETT, L.A.; WOLIN, S.J.; REISS, D. Cognitive, behavioral, and emotional problems among school-age children of alcoholic parents. *American journal of psychiatry*, 1988, vol. 145, no. 2, p. 185-190. ISSN 0002-953X.
12. BERK, L.E. *Child development*. Boston: Allyn and Bacon, 2000. ISBN 0205355048.
13. CRICK, N. R. Relational aggression: the role of intent attributions, feelings of distress, and provocation type. *Development and psychopathology*, 1995, vol. 7, p. 313-322. ISSN 0954-5794.
14. ČÁP, BOSCHEK. *Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině. Příručka*. Praha: Psychodiagnostika, 1994.

15. ČÁP, J.; MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X.
16. ČEPIČKA, J. *Dětská psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981.
17. ČERMÁK, I.; HŘEBÍČKOVÁ, M.; MACEK, P. *Agrese, identita, osobnost*. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003. ISBN 80-86620-06-9.
18. DISHION, T.J.; ANDREWS, D.W.; CROSBY, L. Antisocial boys and their friends in early adolescence: Relationship characteristics, quality, and interactional process. *Child development*, 1995, vol. 66, p. 139 – 151. ISSN 0009-3920.
19. DODGE, K.A. Social-cognitive mechanism in the development of conduct disorder and depression. *Annual review of psychology*, 1993, vol. 44, p. 559-584. ISSN 0066-4308.
20. DOGAN, S.J.; CONGER, R.D.; KIM, K.J.; MASYN, K.E. Cognitive and parenting pathways in the transmission of antisocial behavior from parents to adolescents. *Child development*, 2007, vol. 78, no. 1, p. 335-349. ISSN 0009-3920.
21. DONG, M. ET AL. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 2004, vol. 28, no. 7, p. 771–784, ISSN 0145-2134.
22. DUNOVSKÝ, J.; DYTRYCH, Z.; MATĚJČEK, Z. A KOL. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
23. EME, R.F. Sex differences in child-onset, life-course-persistent conduct disorder. A review of biological influences. *Clinical psychology review*, 2007, vol. 27, p. 607–627. ISSN 0272-7358.
24. EMÖKE, B. *Rodinná socializácia a poruchy osobnosti*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1983.
25. EPPRIGHT, T.D.; KASHANI, J.H., ROBINSON B.D.; REID, J.C. Comorbidity of conduct disorder and personality disorders in an incarcerated juvenile population. *American journal of psychiatry*, 1993, vol. 150, p. 1233-1236. ISSN 0002-953X.
26. FANTUZZO, J.W. ET AL. Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1991, vol. 59, no. 2, p. 258-265. ISSN 0022-006X.
27. FARRINGTON, D.P. Early developmental prevention of juvenile delinquency. *Criminal behaviour and mental health*, 1994, no. 4, p. 209-27. ISSN 0957-9664.

28. FERGUSSON, D.M.; HORWOOD, J.L. Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in jung adulthood. *Child abuse & neglect*, 1998, vol. 22, no. 5, p. 339-357. ISSN 0145-2134.
29. FONTAINE, R.G.; BURKS, V.S.; DODGE, K.A. Response decision processes and externalizing behavior problems in adolescents. *Development and psychopathology*, 2002, vol. 14, p. 107 – 122. ISSN 0954-5794.
30. FRICK, P. J. ET AL. Family Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1992, vol. 60, p. 49–55. ISSN 0022-006X.
31. GALEN, B. R.; UNDERWOOD, M. K. A developmental investigation of social aggression among children. *Developmental psychology*, 1997, vol. 33, s. 589-600. ISSN 0012-1649.
32. GARDNER, E.M. Parent-child interaction and conduct disorder. *Educational psychology review*, 1992, vol. 13, no. 2, p. 5-63. ISSN 1040-726X.
33. GREENBERG, M.T.; SPELTZ, M.L.; DEKLYEN, M.; JONES, K. Correlates of clinis referral for early conduct problems: variable- and person-oriented approach. *Development nad psychopathology*, 2001, vol. 13, p. 255-276. ISSN 0954-5794.
34. HARRIS, J.R. Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological review*, 1995, vol. 102, no. 3, p. 458-489. ISSN 0033-295X.
35. HAVLÍK, R., KOŤA, J. *Sociologie výchovy a školy*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-635-7.
36. HEATHER, L. ET AL. Genetic and environmental influences on conduct disorder: symptom, domain and full-scale analyses. *Journal of child psychology and psychiatry*, 2005, vol. 46, no. 6, p. 580-591. ISSN 0021-9630.
37. HELUS, Z. *Psychologické problémy osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1973.
38. HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-522-1.
39. HILL, J.; MAUGHAN, B. *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. ISBN 0-521-78639-8.
40. HIPWELL, A.E. ET AL. Callous-unemotional behaviors in young girls. Shared and unique effects relative to conduct problem. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 2007, vol. 36, p. 293–304. ISSN 1537-4416.

41. HOMOLA, M. *Motivace lidského chování*. Praha: SPN, 1972.
42. HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5.
43. HUBBARD, J.A.; SNITHMYER, C.M.; RAMSDEN, S.R.; PARKER, E.H.; FLANAGAN, K.D.; DEARING, K.F.; RELYEA, N. Observational, physiological, and self-report measures of children's anger: Relation to reactive versus proactive aggression. *Child development*, 2002, vol. 73, p. 1101-1118. ISSN 0009-3920.
44. HUGHES, C.; DUNN, J. Hedonism or empathy?: hard to manage children's moral awareness and links with cognitive and maternal characteristics. *British journal of developmental psychology*, 2000, vol. 18, p. 227-245. ISSN 0261-510X.
45. JAFFEE, S.R.; MOFFITT, T.E.; CASPI, A.; TAYLOR, A. Life with (or without) fathers: the benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behaviour. *Child development*, 2003, vol. 74, no. 1, p. 109-126. ISSN 0009-3920.
46. JANOUŠEK, J. A KOL. *Sociální psychologie*. Praha: SPN, 1988.
47. JEDLIČKA, R.; KOŤA, J. *Aktuální problémy výchovy. Analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-555-8.
48. JOHNSON, J.G; SMAILES, E.; COHEN, P.; KASEN, S.; BROOK, J.S. Anti-social parental behaviour, problematic parenting and aggressive offspring behaviour during adulthood. *British journal of criminology*, 2004, vol. 44, no. 6, p. 915-930. ISSN 0007-0955.
49. KATZ, L.F.; GOTTMAN, J.M. Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. *Developmental psychology*, 1993, vol. 29, p. 940 – 950. ISSN 0012-1649.
50. KLÍMA, P.; KLÍMA, J. *Základy etopedie. Uvedení do etopedie, nárys vývoje a organizace péče*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978.
51. KOLÁŘ, M. *Skrytý svět šikanování ve školách*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-71781-231.
52. KOPÁNYIOVÁ, SMIKOVÁ, E.; VOJTOVÁ, A. Osobnosť dieťaťa s poruchami správania. In MACEK, P.; DALAJKA, J. *Vývoj a utvárení osobnosti v sociálních a etnických kontextech*. Brno : Masarykova univerzita, 2005, s. 246-253. ISBN 80-210-3804-7.
53. KOTÁSKOVÁ, J. *Socializace a morální vývoj dítěte*. Praha: Academia, 1987.

54. KOUDELKOVÁ, A. *Psychologické otázky delikvence*. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-7187-022-6.
55. KOUKOLÍK, F.; DRTILOVÁ, J. *Vzpouza deprivantů. O špatných lidech, skupinové hlouposti a uchvácené moci*. Praha: Makropulos, 1996. ISBN 80-901776-8-9.
56. KRAUS, B. *Sociální aspekty výchovy*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 1998. ISBN 80-7041-841-9.
57. KUCHŤÁKOVÁ, L. *Agresivita a násilí u dětí středního školního věku*. Brno, 2007, s. 84, s příl. Diplomová práce. Masarykova Univerzita. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce V. Vojtová.
58. KUNITZ, S.J.; LEVY, J.E.; MCCLOSKEY, J.; GABRIEL, K.R. Alcohol depence and domestic violence as sequelae of abuse and conduct disorder in childhood. *Child abuse & neglect*, 1998, vol. 22, no. 11, p. 1079-1091. ISSN 0145-2134.
59. KYRIACOU, CH. *Řešení výchovných problémů ve škole*. Praha: Portál 2005.
60. LAHEY, B.B. ET AL. Conduct disorder: parsing the confounded the relation to parental divorce and antisocial disorder. *Journal of abnormal psychology*, 1988, vol. 97, no. 3, p. 334-337. ISSN 0021-843X.
61. LAIPOLDOVÁ, Š. Zkušenosti z linky vzkaz domů. In *Sborník z konference dítě a dospívající na útěku*. Praha: Sdružení linka bezpečí, 2006.
62. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
63. LANGMEIER, J.; MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1968.
64. LAUKKANEN, E.; SHEMEIKKA, S.; NOTKOLA, I.L.; KOIVUMAA-HONKANEN, H.; NISSINEN, A. Externalizing and internalizing problems at school as signs of health-damaging behaviour and incipient marginalization. *Health promotion international*, 2002, vol. 17, no. 2, p. 139-146. ISSN 0957-4824.
65. LOEBER, R.; DISHION, T.S. Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological bulletin*. 1983, vol. 94, p. 68-99. ISSN 0033-2909.
66. LUKÁČOVÁ, V. *Projektivní technika kresba začarovaného zvířete v kresbě dětí s poruchami chování*. Brno, 2007, s. 187, s příl. Diplomová práce. Masarykova Univerzita. Filosofická fakulta. Psychologický ústav. Vedoucí práce T. Bláhová.
67. MACEK, P. *Adolescence*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.

68. MALÁ, E. Poruchy chování. In HORT, VL.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. A KOL. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál 2000, s. 315-321. ISBN 80-7178-4729-9.
69. MALÁ, E. Poruchy chování. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002, s. 814-817. ISBN 80-900130-1-5.
70. MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991. ISBN 80-04-24526-9.
71. MATOUŠEK, O. A KOL. *Práce s rizikovou mládeží*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-064-2.
72. MATOUŠEK, O.; KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-226-2.
73. MCMAHON, R.J.; KOTLER, J.S. Conduct problems. In WOLFE, D.A.; MASH, E.J. *Behavioral and emotional disorders in adolescents*. New York: The Guilford press, 2006, p. 153-225. ISBN 1-59385-225-8.
74. MEZINÁROVNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických případů a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. ISBN 80-85121-44-1.
75. MILLER-JOHNSON, S.; COIE, J.D.; MAUMARY-GREMAUD, A.; BIERMAN, K.; BIERMAN, K. Peer rejection and aggression and early starter models of conduct disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 2002, vol. 30, no. 3, p. 217-230. ISSN 0091-0627.
76. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
77. MOFFITT, T.E. „Adolescence-limited“ and „life-course persistent“ antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological review*, 1993, vol. 100, p. 674-701. ISSN 0033-295X.
78. MOFFITT, T.E. The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychological bulletin*, 2005, vol. 131, p. 533-554. ISSN 0033-2909.
79. MULLEN, P.E.; MARTIN, J.L.; ANDERSON, J.C.; ROMANS, E.E.; HERBISON, G.P. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child abuse & neglect*, 1996, vol. 20, no. 1, p. 7-21. ISSN 0145-2134.

80. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 1999. ISBN 80-200-1289-3.
81. NEWMAN, B.M.; LOHMAN, B.J.; NEWMAN, P.R. Peer group membership and a sense of belonging: their relationship to adolescent behavior problems. *Adolescence*, 2007, vol. 42, no. 166, p. 241-263. ISSN 0001-8449.
82. PATTERSON, G.R.; DEBARYSHE, B.D.; RAMSEY, E. A developmental perspective on antisocial behavior. *American psychologist*, 1989, vol. 44, p. 329 – 335. ISSN 0003-066X.
83. PIEHLER, T.F.; DISHION, T.J. Interpersonal dynamics within adolescent friendships: dyadic mutuality, deviant talk, and patterns of antisocial behavior. *Child development*, 2007, vol. 78, no. 5, p. 1611 – 1624. ISSN 0009-3920.
84. POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3. rozšířené vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.
85. PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. Praha: G plus G, 1996. ISBN 80-901896-5-2.
86. POULIN, F.; DISHION, T.J.; HAAS, E. The peer influence paradox: Relationship quality and deviancy training within male adolescent friendships. *Merrill-Palmer quarterly*, 1999, vol. 45, p. 42 – 61. ISSN 0272-930X.
87. PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky II. Vývoj člověka od patnácti do třiceti let*. Praha: SPN, 1967.
88. RAMKLINT, M.; STALENHEIM, E.G.; VON KNORRING, A.L.; VON KNORRING, L. *Conduct disorder and personality in a forensic psychiatric population*. *The European journal of psychiatry*, 2001, vol. 15, no. 4, p. 245-254. ISSN 0213-6163.
89. REPÁŇ, L. *Ravenova skúška pre dospelých*. Bratislava: Psychodiagnostika, 1968.
90. RICH, C.L.; GIDYCH, C.H.A.; WARKENTIN, J.B.; LOH, C.; WEILAND, P. Child and adolescent abuse and subsequent victimization: A prospective study. *Child abuse & neglect*, 2005, vol. 29, p.1373-1394. ISSN 0145-2134.
91. RUTTER, M. Parent-child separation: Psychological effects of the child. *Journal of child psychology and psychiatry*, 1971, vol. 12, p. 233-260, ISSN 0021-9630.
92. ŘÍČAN, P. *Agresivita a šikana mezi dětmi*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-049-9.
93. ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. Praha: Orbis, 1973.
94. ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. A KOL. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-168-2.

95. SAMEROFF, A.J.; PECK, S.C.; ECCLES, J.S. Changing ecological determinants of conduct problems from early adolescence to early adulthood. *Development and psychopathology*, 2004, vol. 16, no. 4, p. 837-896. ISSN 0954-5794.
96. SERFONTEIN, G. *Potíže dětí s učením a s chováním*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-315-3.
97. SLUTSKE, W.S. ET AL. Modeling genetic and environmental influences in the etiology of conduct disorder: a study of 2,682 adult twin pairs. *Journal of abnormal psychology*, 1997, vol. 106, no. 2, p. 266-279. ISSN 0021-843X.
98. SMÉKAL, V. *Psychologie osobnosti*. Brno: BARRISTER&PRINCIPAL, 2002. ISBN 80-85947-80-3.
99. SPETTER, D.S.; LAGRECA, A.M.; HOGAN, A.; VAUGHN, S. Subgroups of rejected boys: aggressive responses to peer conflict situations. *Journal of clinical child psychology*, 1992, vol. 21, p. 20-26. ISSN 0047-228X.
100. STURGE-APPLE, M.L.; CUMMINGS, E.M.; DAVIES, P.T. Impact of hostility and withdrawal in interparental conflict on parental emotional unavailability and children's adjustment difficulties. *Child Development*, 2006, vol. 77, no. 6, p. 1623 – 1641. ISSN 0009-3920.
101. SVOBODA, M.; KREJČÍŘOVÁ, D.; VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: portál, 2001. ISBN 80-7178-545.
102. SVOBODOVÁ, M. Útěk jako forma separace od rodiny. In *Sborník z konference dítě a dospívající na útěku*. Praha: Sdružení linka bezpečí, 2006.
103. ŠEBEK, M. *Neklidné dítě*. Praha: SPN, 1991.
104. ŠTĚCHOVÁ, M.; VEČERKA, K.; HOLAS, J. Kriminologické charakteristiky dětí s nařízenou ústavní či ochrannou výchovou. *Sociologický časopis*, 2001, roč. XXXVII, č. 1, s. 89-102. ISSN 0038-0288.
105. ŠVANCARA, J. *Kompendium vývojové psychologie*. Praha: SPN, 1975.
106. ŠVESTKA, J. Antipsychotika. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002, s. 692-704. ISBN 80-900130-1-5.
107. ŠVESTKA, J. A KOL. *Psychofarmaka v klinické praxi*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-169-0.
108. TAYLOR, E.R. ET AL. Is stealing a gateway crime? *Community mental health journal*, 2001, vol. 37, s. 347-358. ISSN 0010-3853.
109. THEINER, P. Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatrie pro praxi*, 2007, č. 2, s. 85-87. ISSN 1213-0508.

110. TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.
111. TRUE, ET AL. Interrelationship of genetic and enviromental influences on conduct disorder and alcohol and marijuana dependence. *Americal journal of medical genetics*, 1999, vol. 88, no. 4, p. 391-397. ISSN 1096-8628.
112. TRZESNIEWSKI, K.H.; MOFFITT, T.E.; CASPI, A.; TAYLOR, A.; MAUGHAN, B. Revisiting the association between reading achievement and antisocial behavior: new evidence of an environmental explanation from a twin study. *Child development*, 2006, vol. 77, no. 1, p. 72-88. ISSN 009-3920.
113. VÁGNEROVÁ, M. *Patopsychologie dítěte pro speciální pedagogy*. 2. přepracované vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988.
114. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-488-8.
115. VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-85931-48-6.
116. VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Univerzita Karlova, 2001. ISBN 80-246-0015-3.
117. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-308-0.
118. VALIŠOVÁ, A. *Komunikace a vzájemné porozumění. Hry pro dospívající*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0842-6.
119. VANČURA, V. „Nechci tady být“. In *Sborník z konference dítě a dospívající na útěku*. Praha: Sdružení linka bezpečí, 2006.
120. VAN IJZENDOORN, M.H. ET AL. Attachment representations of personality-disordered criminal offenders. *American journal of orthopsychiatry*, 1997, vol 67, p. 449–459. ISSN 0002-9432.
121. VITARO, F.; BRENDGEN, M.; TREMBLAY, R.E. Reactively and proactively aggressive children: Antecedent and subsequent characteristics. *Journal of child psychology and psychiatry*, 2002, vol. 43, s. 495-505. ISSN 0021-9630.
122. VOKURKA, M.; HUGO, J. A KOL. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 978-80-7345-123-3.
123. VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-9.
124. VÝROST, J.; SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie. Člověk a sociální instituce*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-269-6.

125. WEBER, C.A.; MELOY, J.R., GACONO, C.B. A Roschach study of attachment and anxiety in inpatient conduct-disordered and dysthymic adolescents. *Journal of personality assessment*, 1992, vol. 58, no. 1, p. 16-26. ISSN 0022-3891.
126. WEISS, B.; DODGE, K.A.; BATES, J.E.; PETTIT, G.S. Some consequences of early harsh discipline: child aggression and a malaadaptive social information processing style. *Child development*, 1992, vol. 63, p. 1321-1335. ISSN 0009-3920.
127. WEST, M.O.; PRINZ, R.J. Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychological bulletin*, 1987, vol. 102, no. 2, p. 204-218. ISSN 0033-2909.
128. WOITITZ, J.G. *Dospělé děti alkoholiků*. Praha: Columbus, 1998. rozš. vyd. ISBN 1-104-594.
129. WOOD, W.; WONG, F.Y.; CACHERE, J.G. Effects of media violence on viewers' aggression in unconstrained social situations: effects of an aggressive model on the behavior of college student and prisoner observers. *Psychonomic science*, 1991, vol. 24, p. 193-194. ISSN 0033-3131.
130. WOOTTON, J.M.; FRICK, P.J.; SHELTON, K.K.; SILVERTHORN, P. Ineffective parenting and childhood conduct problems: The moderating role of callousunemotional traits. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1997, vol. 65, p. 301-308. ISSN 0022-006X.
131. ZVOLSKÝ, P. A KOL. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-203-6.

#### INTERNETOVÉ ZDROJE:

132. Alkoholová závislost. [online]. [cit. 16. února 2008]. Dostupné na WWW: <[http://209.85.135.104/search?q=cache:5oghdaudXvYJ:www.kampomaturite.cz/%255Cdata%255CUSR\\_001\\_PICTURES%255CALCOHOLS.DOC+poruchy+chov%C3%A1n%C3%AD+a+alkoholismus+rodi%C4%8D%C5%AF&hl=cs&ct=clnk&cd=16&gl=cz&client=firefox-a](http://209.85.135.104/search?q=cache:5oghdaudXvYJ:www.kampomaturite.cz/%255Cdata%255CUSR_001_PICTURES%255CALCOHOLS.DOC+poruchy+chov%C3%A1n%C3%AD+a+alkoholismus+rodi%C4%8D%C5%AF&hl=cs&ct=clnk&cd=16&gl=cz&client=firefox-a)>.
133. Chlorprothixen [online]. Lékárna.cz [cit. 4. března 2008]. Dostupné na WWW: <<http://www.lekarna.cz/chlorprothixen-15leciva-30x15mg-potahovane-tablety/>>.
134. Diagnostický ústav Dobřichovice. [online]. DÚ Dobřichovice, datum aktualizace 2007. [cit. 26. února 2008]. Dostupné na WWW: <[http://www.dud.cz/du\\_dobri.html](http://www.dud.cz/du_dobri.html)>.

135. Evropská veřejná zpráva o hodnocení (EPAR). Zyprexa Velotab [online]. European medicines agency, datum aktualizace 06-2007. [cit.4. března 2008]. Dostupné na WWW:  
<<http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/Zyprexav/316299cs1.pdf>>.
136. FORD-MARTIN, P.; GALE, T. *Antisocial personaloity disorde*. [online]. Gale encyclopedia of children's health, 2006 [cit. 7. března 2008]. Dostupné na WWW: <  
<http://www.healthline.com/galecontent/antisocial-personality-disorder-1>>.
137. HÖSCHL, C. *Syndrom narušené závislosti na odměně* [online]. 2005. [cit. 17. února 2008]. Dostupné na WWW:  
<[http://209.85.135.104/search?q=cache:vHes4aBVP68J:www.hoschl.cz/files/2579\\_cz\\_Rds2005.doc+H%C3%B6schl+a+syndrom+naru%C5%A1en%C3%A9+z%C3%A1vislosti+na+odm%C4%9Bn%C4%9B&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz&client=firefox-a](http://209.85.135.104/search?q=cache:vHes4aBVP68J:www.hoschl.cz/files/2579_cz_Rds2005.doc+H%C3%B6schl+a+syndrom+naru%C5%A1en%C3%A9+z%C3%A1vislosti+na+odm%C4%9Bn%C4%9B&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz&client=firefox-a)>.
138. HRONOVÁ, M. *Děti – svědci domácího násilí* [online]. Informační a poradenské centrum ROSA, 2004 [cit.21. března 2008]. Dostupné na WWW:  
<[http://209.85.135.104/search?q=cache:QgIrsta60mUJ:www.rosa-os.cz/fileadmin/rosa/StatistikaROSA\\_deti\\_2004.pdf+d%C4%9Bti,sv%C4%9Bdci+dom%C3%A1c%C3%ADho+n%C3%A1sil%C3%AD+a+Hronov%C3%A1&hl=cs&ct=clnk&cd=2&gl=cz&client=firefox-a](http://209.85.135.104/search?q=cache:QgIrsta60mUJ:www.rosa-os.cz/fileadmin/rosa/StatistikaROSA_deti_2004.pdf+d%C4%9Bti,sv%C4%9Bdci+dom%C3%A1c%C3%ADho+n%C3%A1sil%C3%AD+a+Hronov%C3%A1&hl=cs&ct=clnk&cd=2&gl=cz&client=firefox-a)>.
139. NEŠPOR, K. *Alkohol u rodičů: rizika pro děti* [online]. 2007. [cit. 16. února 2008]. Dostupné na WWW:  
<<http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/karel-nespor.php?itemid=1724>>.
140. NEŠPOR, K.; CSĚMY, L. *Závislost na alkoholu a jeho zneužívání u rodičů přináší rizika pro jejich děti* [online]. 2007 [cit. 15. února 2008]. Dostupné na WWW:  
<[http://209.85.135.104/search?q=cache:AhszAy7k60UJ:www.plbohnice.cz/nespor/a\\_r od\\_d9.doc+poruchy+chov%C3%A1n%C3%AD+a+alkoholismus+rodi%C4%8D%C5%AF&hl=cs&ct=clnk&cd=5&gl=cz&client=firefox-a](http://209.85.135.104/search?q=cache:AhszAy7k60UJ:www.plbohnice.cz/nespor/a_r od_d9.doc+poruchy+chov%C3%A1n%C3%AD+a+alkoholismus+rodi%C4%8D%C5%AF&hl=cs&ct=clnk&cd=5&gl=cz&client=firefox-a)>.
141. PAQUETTE, D.; RYAN, J. *Bronfenbrenner's ecological systems theory* [online]. 2001 [cit. 26. února 2008]. Dostupné na WWW:  
<<http://pt3.nl.edu/paquetteryanwebquest.pdf>>
142. ŠLECHTOVÁ, J. *Problematický dětský pacient- diagnóza ADHD. Multidisciplinární péče* [online]. 2006, roč. 1, č. 2 [cit. 28. března 2008]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=67>>.

143. Tisercin [online]. Lékárna.cz [cit. 4. března 2008]. Dostupné na WWW:  
<<http://www.lekarna.cz/tisercin-50x25mg-potahovane-tablety/>>.

## Resumé

Cílem této práce je zmapování faktorů, které se podílejí na vzniku a rozvoji poruch chování v kontextu socializace. Konkrétně se zabýváme rizikovými faktory na straně objektů a subjektů socializace a jejich vlivu na vznik a rozvoj poruch chování. Dále se orientujeme na načrtnutí povahy poruch chování v souvislosti s jejich projevy.

Práce je pro přehlednost rozdělena na část teoretickou a na část empirickou. V první části této práce shrnujeme dosavadní poznatky o poruchách chování u dětí a dospívajících. Teoretická část zahrnuje kapitoly týkající se socializace. Konkrétně se zabýváme etapami socializace, prostředky (činiteli) socializace a způsoby socializace. Dále se věnujeme konkrétním prvkům socializačního procesu v souvislosti s poruchami chování, podrobněji se orientujeme zejména na prostředí rodiny, školy a vrstevnické skupiny. Následující kapitoly obsahují informace týkající se epidemiologie poruch chování a používaných diagnostických kritérií, jednotlivých poruch chování a jejich projevů. Určitý prostor ponecháváme také etiologii poruch chování, zabýváme se rizikovými faktory biologickými, psychologickými a sociálními. V závěru empirické části se dotýkáme řešení problémů dětí s poruchami chování - prevenci, výchovné intervenci a léčbě.

Empirická část je tvořena kasuistikami čtyř jedinců - dvou chlapců a dvou dívek ve věku 14-15 let. Jde o jedince u nichž byla diagnostikována určitá forma poruch chování. Každá kazuistika obsahuje rodinnou, osobní, školní a sociální anamnézu, sekci týkající se problémového chování, psychiatrickou anamnézu, etopedickou intervenci, navržená doporučení, prognózu a shrnutí. Zjištěné rizikové faktory jsou zasazeny do rámce Bronfenbrennerovy teorie ekologických systémů.

V rámci mikrosystému jsme v rodinné anamnéze u všech jedinců zjistili disharmonické rodinné prostředí. Zaregistrovali jsme domácí násilí, rozvod, fyzické a psychické týrání jedince s poruchami chování, suspektně emoční deprivaci, alkoholismus či sklon k nadužívání alkoholu u rodičů a rozpornou formu výchovy. Ve školní anamnéze jsme si povšimli hyperaktivity a SPU. V sociální anamnéze bylo u chlapců patrné nedostatečné přijetí ze strany vrstevníků; u dívek sklon k závislosti na skupině a inklinování k asociálním typů povah. Na straně objektů socializace jsme upozorovali rizikové těhotenství a porod s komplikacemi, opakovanou komoci, plošší okruh zájmů, sklon k užívání návykových látek. V osobnosti sledovaných jedinců jsme vysledovali řadu společných rysů, a to impulzivitu, nedostatečně rozvinuté volní procesy, vnitřní napětí, sníženou frustrační toleranci, zvýšenou

hladinu úzkosti, nízké sebevědomí a sebehodnocení. Určité typické charakteristiky jsme našli i v oblasti sociálního a emocionálního fungování.

V rámci mezosystému byl patrný nedostatečná spolupráce mezi rodinou a školou, nesoulad mezi přátelskými vztahy a jejich akceptací ze strany rodičů. Exosystém se odrazil ve slabém sociálním zabezpečení. V rámci makrosystému hrály roli zejména opakované pobyty ve zdravotnických a školských zařízeních.

Pokud jde o projevy poruch chování, zaznamenali jsme neagresivní i agresivní projevy poruch chování s prvními projevy na prvním stupni ZŠ a postupnou gradací problémů. Projevy poruch chování byly zaznamenány ve všech oblastech života těchto dospívajících.

## Resumé

This thesis is discussing conduct disorders among children and adolescents. The goal of this thesis is to map risk and dangerous factors and their influence in a context of socialization and look into its nature in relation to their acts of behavior.

In order to preserve unity and coherence, this thesis is divided into two parts, theoretical and empirical. In the first part, we present socialization, its phases, its means and its methods. Further, we concentrate on concrete elements of socialization, especially on family environment, school environment and peer groups. According to conduct behavior, we target the epidemiology and diagnostical criterions. We divide conduct disorders into conduct disorders with good prognosis and conduct disorders with bad prognosis and we describe these disorders. Then, we concentrate on a broad range of acting-out behaviors. We refer to both nonaggressive and aggressive behaviors. In following part, we mention etiology. We present risk factors, specifically biological, psychological and social risk factors. In conclusion of the theoretical part, we will talk about the prevention, the formative intervention and the therapy for children and adolescents engaged in conduct problems behaviors.

The empirical part is based on four analysis, their content describes four different cases of adolescents with conduct disorder in anamnesia. Kazuistics are created from family, personal, school and social anamnesia, part dealing about conduct problems, mental anamnesia, educational intervention, prognosis and therapeutic proposals. Each kazuistic also include final summary.

As a part of analysis of all cases we mention risk factors in a theoretical framework of Bronfenbrenner's ecological systems theory. We orientate both on the side of subjects socialization and objects socialization. In the microsystem there are following unanities: disharmonious family background, domestic violence, divorce, physical and psychic abuse, emotional deprivation. Further, we have registrated alcoholism of parents, unadequate parental styles, a lack of contact with grandparents. In school anamnesia there are these risk factors: a hyperactivity at school, learning disabilities, frequent changing of school and negative relation to school. In social anamnesia we have registrated rejection from peers, absence of friendship (in the cases of Miloš and Jan) and tendency to depend on peer group, especially on antisocial peers (in the cases of Lucie and Sarah). In relation to objects of socialization, there are risk pregnancy, concussion of the brain, lack of hobbies, tendency to smoke, use drugs and drink alcohol. In according to personal characteristics, we have found impulsivity, weak voluntary processes, inner tension, frustration, anxiety, negative self-image

and insufficient self-confidence. There are also some certain traits in relation to social and emotional functioning. In the mesosystem there are following factors: inadequate cooperation between parents and school in the case of boys and disharmony between parents and adolescents' friends in the case of girls. According to exosystem we can find out insufficient social conditions. According to macrosystem we notice repeated stays in hospitals and other institutions.

In relation to the nature of conduct disorders, we have registered nonaggressive and aggressive behavior both in boys and girls. We can notice first symptoms of conduct behavior in the first grade of primary school, distinct deterioration from eleven to thirteen years. Acting-out behaviors is evident in each part of life.