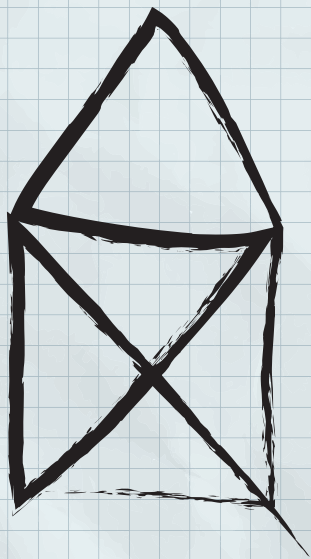


Rizikové aktivity, depresivita
a vybrané osobnostní rysy
u českých adolescentů
z dětských domovů se školou
a z výchovných ústavů



Lucie Vavrysová

Univerzita Palackého v Olomouci

**Rizikové aktivity, depresivita a vybrané
osobnostní rysy u českých adolescentů
z dětských domovů se školou
a z výchovných ústavů**

Lucie Vavrysová

Olomouc 2018

Recenzovali:

doc. PhDr. Michal Čerešník, Ph.D.

PhDr. Eva Maierová, Ph.D.

Tato monografie vznikla s grantovou podporou Univerzity Palackého v Olomouci v rámci projektu Diagnostika místa kontroly (locus of control) a jeho využití při práci s adolescenty ve věku 11–15 let (běžná populace, klienti NZDM) pod identifikačním číslem IGA_FF_2017_001.

KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Vavrysová, Lucie

Rizikové aktivity, depresivita a vybrané osobnostní rysy u českých adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů / Lucie Vavrysová. – 1. vydání. – Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. – 1 online zdroj. – (Monografie) Anglické resumé

Nad názvem: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta

ISBN 978-80-244-5427-6 (online ; pdf)

316.346.32-053.67 * 159.922.8 * 316.624 * 364-54-053.2 * 343.815 * 159.9.07 * (437.3) * (048.8)

– adolescenti – Česko

– psychologie adolescentů

– rizikové chování

– dětské domovy – Česko

– výchovné ústavy pro mládež – Česko

– psychologický výzkum – Česko

– monografie

159.9 – Psychologie [17]

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

1. vydání

© Lucie Vavrysová, 2018

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2018

Cover © Kateřina Manková, 2018

DOI: 10.5507/ff.18.24454269

ISBN 978-80-244-5426-9 (print)

ISBN 978-80-244-5427-6 (online : PDF)

Obsah

Úvod.....	7
1 Období dospívání.....	9
1.1 Dělení období dospívání.....	9
1.2 Biologický vývoj.....	13
1.3 Kognitivní vývoj.....	14
1.4 Emoční vývoj.....	16
1.5 Sociální vývoj.....	18
2 Osobnost adolescenta.....	21
2.1 Osobnost adolescentů z pohledu rodiny.....	23
2.2 Školní a sociální prostředí a vývoj osobnosti.....	28
2.3 Aspekty osobnosti adolescentů.....	30
2.4 Depresivita/deprese.....	36
2.4.1 Depresivita/deprese u dětí a adolescentů.....	39
2.5 Negativní myšlení / beznadějnost.....	44
2.6 Impulzivita.....	48
2.7 Vyhledávání vzrušení.....	53
2.8 Přecitlivělost/úzkostnost.....	59
3 Rizikové chování u adolescentů.....	65
3.1 Užívání a zneužívání legálních a nelegálních látek.....	68
3.2 Kriminalita.....	71
3.3 Šikana, hostilita a agresivní chování.....	74
3.4 Problémové sexuální aktivity.....	77
3.5 Školní problémy a přestupky.....	78
3.6 Extremistické, hazardní a sektářské aktivity.....	81
3.7 Ostatní formy rizikového chování.....	83

4	Zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy	85
4.1	Ústavní a ochranná výchova.....	85
4.2	Ústavní výchova	87
4.3	Ochranná výchova.....	88
4.4	Jednotlivá zařízení vykonávající ústavní a ochrannou výchovu	89
4.4.1	Diagnostický ústav.....	89
4.4.2	Dětský domov.....	90
4.4.3	Dětský domov se školou	91
4.4.4	Výchovný ústav	91
4.4.5	Střediska výchovné péče	92
5	Výzkumy v oblasti ústavní a ochranné výchovy.....	93
6	Sledovaná populace adolescentů	97
7	Metody použité ve výzkumu.....	103
7.1	Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS).....	103
7.2	Škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS)	105
7.3	Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA).....	107
8	Cíle projektu, způsob výběru respondentů a etika	111
9	Výsledky výzkumu.....	113
9.1	Analýza výsledků Škály depresivity Dolejše, Skopala a Suché	113
9.2	Analýza výsledků Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek	118
9.2.1	Negativní myšlení	120
9.2.2	Impulzivita.....	122
9.2.3	Vyhledávání vzrušení	123
9.2.4	Přecitlivělost	125
9.3	Analýza výsledků dotazníku Výskyt rizikového chování u adolescentů.....	127
9.4	Korelační analýza faktorů	133

Závěr	139
Souhrn	141
Summary	145
Seznam použitých zdrojů a literatury	151
Jmenný rejstřík.....	175
Věcný rejstřík	185

„Málokterý mladý člověk se odváží skutečně dospívání prožít:
překoná prostě pubertu a předstírá zralost.“

Edgar Z. Friedenberg (1967, 9)

Úvod

Námi upravené přísloví *Co se v mládí naučíš, v dospělosti a ve stáří jako když najdeš* se dá využít velmi dobře pro skupinu adolescentů, kteří určitou část své adolescence tráví v dětských domovech se školou a ve výchovných ústavech. Jsou to dospívající, kteří mají oproti svým vrstevníkům těžší a složitější život, protože jsou často zatíženi negativními osobnostními, fyziologickými a sociálními proměnnými. U těchto jedinců byla například identifikována vyšší míra agresivity, impulzivity, depresivity a emoční lability. Pocházejí často z nevyhovujícího, nevhodného, nepodnětného a rizikového rodinného a sociálního prostředí. Rodiče nejsou dobrým příkladem a nezvládají jejich výchovu, což se odráží v jejich hodnotovém systému, ve vnímání dobra a zla a v jejich vývoji. Většina z těchto adolescentů realizuje, a to již od útlého věku, různé rizikové aktivity, příkladem může být užívání návykových látek na začátku adolescence, časný začátek rizikových sexuálních aktivit, brzká realizace kriminálních aktivit, ale i další nebezpečné činnosti. A zde se vracíme k danému přísloví, protože všechny naznačené negativní proměnné bez odborných intervencí a zásahů často zapříčiňují, že z těchto adolescentů se stávají delikventní dospělí, které musí společnost usměrňovat pomocí zákonů a trestů. Aby se tak dělo v co nejmenší míře, je potřeba poznat tyto adolescenty, a to ze všech hledisek, poznat jejich slabé a silné osobnostní a sociální aspekty. Dále je důležité s nimi pracovat, rozvíjet je a poskytovat těmto jedincům pomoc, oporu, ale také ukazovat zdravé způsoby bytí a žití. Tato monografie se pokouší popsat a porovnat ado-

lescenty z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů s vrstevníky, kteří docházejí na základní školy a víceletá gymnázia, v několika psychologických fenoménech, kterými jsou depresivita, impulzivita, přecitlivělost, vyhledávání vzrušení, negativní myšlení a vybrané rizikové aktivity. Monografie je jednou z mála odborných publikací, které se na tyto adolescenty zaměřují, a poznatky, informace a údaje lze využít v přímé práci s těmito dospívajícími, a to v rámci intervenčních, preventivních a poradenských aktivit. Doufáme, že odborníci v této publikaci najdou mnoho užitečných informací pro svou odbornou činnost.

1 Období dospívání

V následující kapitole popíšeme období života, které více méně zasáhlo každého z nás. U některých se jednalo o tzv. „bouřlivé“ období plné zážitků a zakázaných činností, u jiných se jednalo o spíše klidné období, ve kterém však docházelo k určitým změnám a postupům ve vývoji, směřujícím ke statusu dospělého. Jedná se i o téma velmi důležité pro rodiče, kterým v daném období často docházejí síly na zvládnání jejich dětí, kteří se nemohou dívat na jejich „oči v sloup“ a nemohou poslouchat drzé poznámky. *„V průběhu života má interpersonální prostředí, které nás obklopuje – vrstevníci, přátelé, učitelé, rodina – obrovský vliv na to, jaký typ jedince se z nás stane. Náš sebeobraz je do značné míry formulován jako odraz ocenění, které vnímáme v očích klíčových osob svého života.“* (Yalom, 2003, 59)

1.1 Dělení období dospívání

Do výzkumného šetření byli zapojeni jedinci ve věku 11–19 let. Dle mnoha autorů se jedná o období puberty, pubescence, adolescence, dospívání apod. (srov. Vágnerová, 1997, 2000; Langmeier & Krejčířová, 2006; Macek, 2003, 2014; Rice & Dolgin, 2005 aj.). Pomocí těchto pojmů se jednotliví autoři snaží o vymezení jedné ze základních vývojových etap člověka. Nejrozsáhlejší český psychologický slovník uvádí, že pojem adolescence je v českých zemích využíván velmi nejednoznačně, avšak v anglicky mluvících oblastech se jedná o období zahrnující i období puberty. Naopak v případě puberty se jedná spíše o pojem s obtížně určitelným začátkem (Hartl & Hartlová, 2010). Na základě níže popsanych údajů si troufáme definovat adolescenci také jako období s nejasným začátkem i koncem, a to jak dle definování jednotlivými autory, tak i na základě individuálního vývoje a dozrávání. Pro anglicky mluvící země je často využíván i pojem teenager, který má již svou etymologií jasně vymezený

začátek i konec věkového období, a to od 13 do 19 let. Pojem teenager vznikl kolem roku 1940 na základě spojení *teenage* + *er* (Oxford dictionary, 24. ledna 2018). Websterův slovník (1993) popisuje teenagery jako osoby v jejich -náci a adolescenci jako proces růstu od puberty k dospělosti (maturitě). Samotné slovo adolescence je odvozeno z latinského *adolesco*, které značí dorůstání, zrání, vyvíjení se, zrání apod. (Příhoda, 1967).

Obecně je období dospívání popisováno jako etapa, kterou provází množství fyziologických, psychických, ale i sociálních změn. Je možné se podívat i více do historie, kdy například v roce 1948 Fauville určil hranice adolescence u dívek na věk 12–15 let a u chlapců 13–18 let (in Příhoda, 1963). Bühlerová v roce 1929 vymezuje toto období jako duševní předpubertu (11–13 let), pubertu (13–17 let) a adolescenci, kterou rozděluje na jinošství a panenství, s věkovým vymezením 17 až 21–24 let (in Příhoda, 1967). Sám Příhoda (1967) uvádí, že termín puberta je pro dané období 12–20 let nevhodný, a pro období 15–20 let volí termín postpubescence. Příhoda (1967) se domnívá, že pojem postpubescence nejlépe vystihuje pojmový obsah i rozsah. Dle něj se jedná o období s charakteristickými znaky, je zde ukončena fáze bouřlivosti a nadměrné snahy o sblížení, naopak však dochází k prohloubení rozumového a citového. Jako příklad uvádí, že Česká republika (v dané době Československá) uznává 18letého postpubescenta jako dospělého a plnoprávného občana.

Vágnerová uvádí, že „*puberta představuje snad nejdynamičtější, komplexní proměnu v životě jedince, která nějakým způsobem modifikuje všechny složky osobnosti*“ (Vágnerová, 1997, 237). Vágnerová (1997, 2000) dělí námi sledované období na pubertu a adolescenci. Puberta dle její definice začíná ve věku 11–12 let a končí v 15 letech, přičemž začátek i konec je individuální a specifický u každého jedince. Adolescence v pojetí Vágnerové (1997, 2000) trvá přibližně od 15 do 20 let, opět je zde důležité zmínit individuální variabilitu u každého jedince. Podobné dělení využívá i Smík (2001; in Ambrózová, Labáth, Smík, & Štúrová, 2001), který stejně jako Vágnerová (1997, 2000) dělí dospívání na pubertu, začínající mezi 10.–12. rokem, a adolescenci s počátkem mezi 16.–17. rokem. Jedná se o dělení, které budeme využívat v rámci naší práce.

Dalším možným dělením je to, jež uvádí Langmeier a Krejčířová (2006), kteří využívají pojem pubescence k označení jedinců ve věku 11 až 15 let a dělí toto období do dvou fází: a) fáze prepuberty (11–13 let), která je charakterizována prvními známkami pohlavního dospívání a urychlením růstových procesů; b) fáze puberty (13–15 let), která se vyznačuje navazováním kontaktů s druhým pohlavím a dosažením reprodukční schopnosti. Období pubescence je následováno obdobím adolescence, které vymezují věkem přibližně od 15 do 22 let. Dané období je charakterizováno jako období plné reprodukční zralosti a dokončení tělesného růstu.

Psychologický slovník APA (VandenBos, 2007) definuje pubertu jako fázi vývoje, ve které dochází ke zrání pohlavních orgánů a kdy se objevují sekundární pohlavní znaky, které signalizují adolescenci. Tento popis od Americké psychologické asociace je jednostranně orientován na fyziologicko-sexuální změny, což jsou v podstatě jen dílčí změny ve zmiňovaném období. Adolescenci definuje jako fázi lidského vývoje počínající pubertou (10–12 let), končící psychickou dospělostí přibližně kolem 19 let a zahrnující mnoho individuálních změn (VandenBos, 2007).

K jakémusi nadřazení pojmu adolescence se přiklání i Macek (2003, 2014), který uvádí, že vychází právě z amerického dělení, kde pojem adolescence označuje celé období mezi dětstvím a dospělostí jedince. Adolescenci dělí do tří fází, kterými jsou: a) **časná adolescence**, s počátkem mezi 10.–11. rokem a koncem kolem 13 let; b) **střední adolescence**, v rozmezí 14 až 16 let; c) **pozdní adolescence**, počínající v 17 a končící ve 20 letech.

Konec adolescence a začátek dospělosti není u jednotlivých autorů jednoznačně vymezen a každý z autorů uvádí jiný věk. Přípravy na získání statusu dospělého jsou však delší než kdykoliv předtím (Sternberg, 2002). V kontextu vývoje hovoříme také o sekulární akceleraci, kdy dochází k rychlejšímu nástupu dospívání, ale i celkového vývoje a obecně se samotná fáze adolescence prodlužuje. Rychlejší začátek dospívání je tak spojován s opožděním plné dospělosti (Langmeier & Krejčířová, 2006). Zrychluje se oblast dosahování fyzické zralosti, ale prodlužuje se doba

potřebná k psychickému a sociálnímu zrání, čímž vzniká období cca 10–15 let, kdy je dospívající biologicky zralý pro přechod do dospělosti, avšak psychicky a sociálně dosud v dospělého jedince nedozrál (Smik, 2001; in Ambrózová et al., 2001). Faktory, které považujeme za součást dospělosti, závisí do určité míry na vzdělání jedinců. Finanční nezávislost, manželství či stabilní partnerství, ustálenou pracovní pozici a jiné je potřeba po určitou dobu budovat, než je opravdu získáme. Rozdíly tak nacházíme u jedinců, kteří dokončili odborná učiliště či střední školy a nastoupili do zaměstnání, kde začínají tyto faktory dospělosti budovat, a u jedinců, kteří nastoupili na vysoké školy a nacházejí se v určitém moratoriu mezi adolescencí a dospělostí. Vysokoškoláci se postupně snaží finančně osamostatnit pomocí brigád, nacházejí stabilní partnery, avšak nemají možnost vypracovat si stabilní pracovní pozici a naplňovat jiné požadavky dospělosti. Obecně jsou nároky na vstup do světa dospělých v současné době náročnější. Prohlubuje se rozpor mezi biologickým a psychosociálním zráním jedince.

Arnett (2000) období přechodu mezi adolescencí a dospělostí nazývá jako „emerging adulthood“ neboli vynořující se dospělost. Arnett (2000) z počátku vymezil dané období věkem 18–25 let, období následně rozšířil až na 29 let (Munsey, 2006). Vynořující se dospělost je postavena na základě definování pěti kritérií: jedná se o zkoumání identity, nestabilitu, zaměření se na sebe, pocit, že jsou „někde mezi“, a možnosti. První kritérium, identita, zahrnuje zkoumání, kdo jsou, co chtějí od práce, od školy, od lásky. Nestabilita je typická pro opakované změny bydliště, kdy mladí lidé buď na vysoké škole nebo při osamostatňování se hledají bydlení, nejprve s přáteli, následně s prvními dlouhodobějšími láskami. Kritérium zaměření se na sebe je definováno samostatným rozhodováním co dělat, kam jít a s kým být, dokud nejsou tyto osoby limitovány manželstvím, dětmi a kariérou. Čtvrtým a předposledním kritériem je být „někde mezi“. Jedná se o velmi častý pocit, který zažívají studenti vysokých škol. Jde o postupné osamostatňování se, přebírání odpovědnosti za sebe, ale stále se tito lidé necítí plně dospělí. Jedním z důvodů je i finanční nejistota, kdy se snaží o finanční nezávislost, ale spolu se studiem nejsou jejich možnosti dostatečné pro osamostatnění se. Posledním kritériem jsou

možnosti, kdy jedinci věří, že mají lepší vyhlídky na život, než měli jejich rodiče (Arnett, 2000; Munsey, 2006).

1.2 Biologický vývoj

Velmi zásadní změny, a také nejvíce viditelné, probíhají u adolescentů na tělesné neboli biologické úrovni. Jedná se o nejvýraznější změny ve vývoji jedince, i když změny v dospívání probíhají na všech úrovních, ne jen na úrovni tělesné. Samotné dospívání začíná v hormonální oblasti, a to zvýšením produkce pohlavních hormonů. Společně s těmito hormonálními změnami probíhají i změny psychické a sociální (Dolejš & Orel, 2017; Langmeier & Krejčířová, 2006). Nesmíme zapomínat na individuální odlišnosti jedinců (Dolejš & Orel, 2017). Dané období je spojeno s dosažením pohlavní zralosti (Vágnerová, 2000).

Obecně se tělesný vzhled přibližuje vzhledu dospělého, všechny změny však probíhají individuálně a není možné je globálně pozorovat u všech jedinců. Tělesný růst i zvětšování objemu svalů se týká obou pohlaví, avšak s převahou u chlapců (Vágnerová, 2000). U ženského pohlaví dochází k růstu prsou, růstu pubického ochlupení a první menstruaci. U mužského pohlaví se vlivem pohlavních hormonů zvětšují varlata a penis a roste pubické ochlupení, dochází k první ejakulaci a mění se hlas. Přibližně v 15 letech začínají růst vousy (Thorová, 2015). Tělesná atraktivita má v dospívání vysokou hodnotu (Vágnerová, 2000).

Změny probíhají i na úrovni mozku a jeho fungování. Jedná se o změny týkající se zefektivnění neuronálních dějů. Mění se také produkce některých neuromediátorů, převážně dopaminu (Sternberg, 2002). Právě dopamin a prefrontální kůra mají zásadní význam na prožívání, chování, osobnost a motivaci jedince (Orel et al., 2012).

S koncem adolescence již tělesné změny nejsou výrazné a tělesný vzhled adolescenta je srovnatelný s dospělým jedincem. Veškeré změny se ustalují a jedinec je v pozdní adolescenci plně tělesně připraven pro vstup do dospělosti. Změny však stále probíhají i v jiných oblastech vývoje, například v oblasti emocí, myšlení a chování.

1.3 Kognitivní vývoj

Výše jsme popsali dělení, která jsou známá a užívaná v rámci České republiky ve větší míře a jsou založena převážně na věku a jeho dělení dle vývoje a jednotlivých autorů (Vágnerová, 1997, 2000; Langmeier & Krejčířová, 2006). Budeme se zabývat dalšími oblastmi vývoje se zaměřením na psychosociální zrání, ale i myšlenkové operace. V rámci kognitivního rozvoje u adolescentů dochází ke kvalitativním změnám v oblasti kognitivní činnosti, především k rozvoji myšlení a intelektu. Celý tento proces je značně individuální a nelze jej přesně definovat. Dospívající uvažuje logicky a snaží se své úvahy srovnávat, případně i konfrontovat s dospělými a prosadit si svou, často velmi idealizovanou představu (Dolejš et al., 2014; Langmeier & Krejčířová, 2006).

Pokud bychom se více než věkem orientovali na základě vývojových období psychosociálního vývoje, věnovali bychom se Eriksonovým osmi etapám (Erikson, 2002), podle nichž s nástupem puberty přichází pátá etapa vývoje, označovaná jako *identita proti konfuzi rolí*, a s nástupem puberty končí vlastní dětství a začíná mládí. Pro dané období je typický rychlý růst, spojený i s pohlavní zralostí. Pro jedince je důležité, jak vypadá pro své okolí ve srovnání se svými pocity. Ego identitu tvoří právě to, že jedinec pomocí opakovaných zkušeností zjistí, že vnitřní neměnnost se shoduje s neměnností jedincova významu pro okolí. Erikson (2002) také uvádí jistá nebezpečí v podobě difúznosti, která, pokud je založena na pochybnostech o sexuální identitě, může být příčinou delikvence, či až psychotické poruchy. Případně, ve snaze udržet si svou integritu, ztrácejí tyto adolescenti svou identitu v úsilí o ztotožnění se s vedoucím či hrdinou party či s první láskou. „*Mysl adolescenta je v podstatě myslí ve stavu moratoria, psychosociálního stádia mezi dětstvím a dospělostí, mezi morálkou, jíž se dítě naučilo, a etikou, kterou má rozvíjet jako dospělý. Je to mysl ideologická a je to skutečně ideologický pohled společnosti, jenž nejvýrazněji oslovuje právě adolescenta, který touží být respektován svými druhy a je připraven být potvrzen pomocí rituálů, víry a programů, jež zároveň určují, co je zlé, zlověstné a nepřátelské.*“ (Erikson, 2002, 239)

Dalším členěním, které je možné použít, je členění dle stupňů inteligence a myšlenkových operací (Piaget, 1970), přičemž pro věkovou kategorii využitou ve výzkumu jsou důležité etapy konkrétních operací (7/8–11/12 let) a formálního myšlení (11/12 let) a celé období adolescence. „*Konkrétní operace tvoří přechod mezi činností a obecnějšími logickými strukturami, které předpokládají kombinatoriku a strukturu „grupy“.*“ (Piaget & Inhelderová, 1997, 91) Jde tak o postupné vytváření vzájemných vazeb skládajících se ze sjednocování přímých operací pokládaných za pravdivé. O „grupování“ můžeme hovořit, až se pohyblivé operace stanou reverzibilními a budou se moci deduktivně sjednocovat, neboť se bude jednat o stále uzavřený systém. Konkrétní operace vedou k obratu k nereálnému a k budoucnosti, a tedy k formálním logickým operacím. Jde o logické soudy a úsudky organizované ve spojitosti s jejich obsahy, které jsou často usuzované pouze v předpokládané formě, kdy subjekt rozlišuje mezi formou a obsahem (Piaget & Inhelderová, 2007). Sternberg (2002) uvádí i další studie kognitivního vývoje. Například Case (1992; in Sternberg, 2002) se přiklání k abstraktnímu pojmenování. Popisuje, že v období adolescence jsou abstraktní struktury pojímány bez závislosti na konkrétních objektech. Stejně tak Fischer (1980; in Sternberg, 2002) stadium kognitivního vývoje pojmenovává jen jako „abstraktní“. Jednání na základě formálních operací však není voleno na denní bázi, ale spíše při řešení akademických problémů, v každodenním životě jsou upřednostňovány spíše méně racionální způsoby rozhodování a jednání (Dolejš et al., 2014).

Pro adolescenci je typická také změna charakteristiky paměti, a to jak dlouhodobé, tak i krátkodobé. Snižuje se poměr mechanické paměti oproti paměti logické, která vyžaduje hlubší porozumění a systematické přiřazování nových podnětů k těm již dříve vytvořeným. Zvyšuje se také celková kapacita paměti (Čačka, 2000). V paměti jsou ukládány jen informace, které jedinec aktuálně potřebuje. Dospívající také dovedou lépe ovládat selektivní pozornost, jsou schopni využít strategie pro její zaměření a udržení (Macek, 2014).

Výzkum zaměřený na možné efekty užívání internetu na kognitivní vývoj v adolescenci (Mills, 2016), kde autorka využívala již provedené

studie, ukázal, že přístup k internetu ovlivňuje, jak si je jedinec jistý svými vlastními znalostmi. Jedna z uvedených studií, provedená na vysokoškolských studentech, ukázala, že přístup studentů k internetu snížil sebedůvěru jedince ve vlastní odpověď na otázku (Ferguson, McLean, & Risko, 2015; in Mills, 2016). Studie také zjistila, že až 50 % adolescentů používá k vypracování domácích úkolů sociální sítě. Využívání sociálních sítí během psaní úkolů nepovažují mnozí z nich za problém (Common Sense Media, 2015; in Mills, 2016).

Do kognitivního vývoje můžeme zařadit i vývoj morální, kde se inspirováme Kohlbergovými šesti stupni morálního usuzování, ze kterých vyplývá, že 57 % 13–14letých adolescentů dosahuje přelomu druhého a třetího stupně morálního vývoje. Druhá fáze je nejlépe definována uspokojením vlastních zájmů a potřeb, kdy je třeba respektovat zároveň zájmy druhých a okolí. Ve třetí úrovni se člověk zabývá splněním očekávání blízkých lidí, pomocí druhým a dobrými úmysly. Dále bylo prokázáno, že 16 % 13–14letých a 44 % 16–18letých již překročilo tuto pomyslnou hranici a orientuje se více na třetí fázi (Kohlberg, 1987; in Heidbring, 1997).

1.4 Emoční vývoj

V rámci emočního vývoje je postupem času rodina nahrazena vrstevníky, kteří zajišťují uspokojení potřeby citové jistoty a bezpečí (Vágnerová, 1997). Narůstá potřeba dospívajícího ovládat svůj vlastní život (Macek, 2003). Adolescent hledá oporu jinde než v rodině a nachází ji převážně mezi svými vrstevníky a kamarády, osamělost je v tomto období nepřijatelná a riziková pro jeho vývoj. Adolescenti vyhledávají jedince s podobným názorovým i socioekonomickým statutem, jelikož se zde jedná o podporu jistoty na základě vzájemného ztotožnění se. Je důležité, aby proces nastolení vlastní identity proběhl za pomoci kladné sociální zkušenosti, ve které bude zahrnut prožitek intimity, přátelství a lásky, včetně obavy z jejich ztráty (Dolejš et al., 2014). Jedinec v adolescentním věku se již dokáže vcítit do zcela odlišného jedince, avšak není dostatečně

zralý na to, aby jeho odlišnost akceptoval a toleroval jeho pohled na svět a strategii ve světě (Vágnerová, 2000). První lásky jsou potřebou poznání a sebepoznání, z tohoto důvodu tyto lásky nemají dlouhého trvání, jelikož na ně nejsou adolescenti dostatečně zralí (Vágnerová, 1997).

„*Dospívání je obdobím přechodu od vnitřní dočasně neuspořádané impulzivity až k sebeovládání a sebeusměrňující emocionalitě zralé kultivované dospělosti.*“ (Čačka, 2000, 250) Pro adolescentní období je typická i zvýšená emoční labilita a nepřiměřenost emocí. Nálada se stává více proměnlivou a intenzivní, avšak zároveň velmi krátkodobou záležitostí. Emoční reakce jsou spíše impulzivní, s nedostatkem sebeovládání (Čačka, 2000; Langmeier & Krejčířová, 2006). Dolejš a Orel (2017) provedli výzkum ve Zlínském a Moravskoslezském kraji na vzorku 2 417 žáků a studentů ze základních škol a gymnázií. Celkově je v obou krajích 7,72 % těch, kteří získali 70 a více bodů v testování impulzivity ve Škále impulzivity Dolejše a Skopala. Autoři zjistili, že impulzivní jedinci jsou dvakrát častěji terčem hrubého zacházení od spolužáků, mají i mnoho zkušeností s krádežemi a vandalismem, jakož i významně častěji a ve větší míře holdují alkoholu, tabáku či dalším drogám (Dolejš & Orel, 2017).

Vyvíjí se také sebepojetí, které se propojuje s dospělou identitou. Dalším faktorem, který se proměňuje, je i sebehodnocení. Po prudkém poklesu sebehodnocení v počátku adolescence následně kolem 15.–16. roku opět narůstá (Langmeier & Krejčířová, 2006), avšak k tomuto propadu nedochází u všech. Výzkum Orla, Obereignerů a Mentela (2016) ukázal, že sebepojetí je stabilní v čase u obou pohlaví. Autoři na vzorku 8 111 respondentů (3 601 chlapců a 4 510 dívek) ve věku 9–21 let srovnávali subškály dotazníku PHSCS-2 a zjistili, že jsou nezávislé na věku a pohlaví, kromě dvou subškál: a) nepodléhání úzkosti, kde dívky skórují o něco méně, avšak jedná se o malé rozdíly, a b) přizpůsobivost, kde dívky dosáhly vyššího skóre. Pro adolescenty je typická zvýšená unavitelnost, kolísání aktivační úrovně neboli střídání aktivní fáze s ochablostí až apatií. V časně adolescenci kolísá sebehodnocení i sebecit (Macek, 2003). V rámci adolescence je potřeba počítat i se zvýšenou mírou sebereflexe, egocentričností a zvýšenou potřebou sebehodnocení (Macek, 2014), což může souviset s hormonální proměnou v dospívání (Vágnerová, 1997).

Celková emoční nevyrovnanost souvisí s výkyvy v oblasti sebehodnocení. Zhodnocení vlastních změn v průběhu dospívání a jejich časný nástup má větší negativní vliv na sebehodnocení u dívek než u chlapců (Macek, 2003). Obecně se ale sebehodnocení v průběhu dospívání stabilizuje a stále méně podléhá situačním proměnným. Pozitivní sebehodnocení se odvíjí převážně od přijetí vlastní hodnoty (Macek, 2014).

Dospívající jsou také často stavěni do sociálně nevýhodné situace, a to z důvodu jejich zvýšené přecitlivělosti, proměnlivosti nálad a snížené frustrační tolerance. Tyto projevy jsou v mezilidských vztazích hodnoceny jako negativní, a tudíž i negativní reakce vyvolávají a zvyšují tak pocit odmítání i nejistotu adolescentů. Jedinci sami nemají ve svých emocích jasno či je neumí dostatečně verbalizovat. Vznikají tak pocity trapnosti, obavy z výsměchu či nepochopení (Vágnerová, 2000). Hledání identity a pocity s tím související mohou vyústit až v rizikové aktivity, které pomáhají jedincům toto nelehké období zvládat (Dolejš, Skopal, Suchá, & Vavrysová, 2016). Jedná se proto o velmi nelehké období plné pocitů, se kterými je potřeba postupně pracovat, aby adolescent mohl dozrát v dospělém jedinci bez realizace rizikových aktivit, které by byly zničující. Nejedná se o lehké období ani pro rodiče, kteří jsou často jedním z chování svých potomků zaskočení a vnímají své dítě jako „zkažené“ vrstevníky (Matějček, 1986).

Důležitou úlohu v dospívání hraje také transcendentno neboli hodnotová orientace. Objevují se otázky po smyslu života. Jádrem osobnosti pro mnohé adolescenty je i potřeba vztahovat se k něčemu, co nás jako lidi přesahuje. Hovoříme tedy o spirituální identitě (Říčan, 2007).

1.5 Sociální vývoj

Adolescenti se mnohem více vážou na kamarády a spolužáky, a snaží se tak o postupné odpoutání od rodiny. Pokouší se zařadit do specificky zaměřených part (někdy i gangů), které určují jejich další směřování, a to jak v oblasti hudby či oblékání, tak například i v oblasti rizikového chování (Skalková, 1996; Smolík, 2010). Partu mohou v mnoha případech

nahradit sportovní, umělecké či jiné kroužky a další volnočasové aktivity, kdy i tyto skupiny mají nezměrný vliv na utváření osobnosti adolescenta, ale i jeho potíží, které vznikají převážně v sociálním prostředí (Dunovský, 1999). Jde také o touhu adolescenta být v kolektivu vrstevníků oblíbený a o strach, že jej v případě nesouhlasu skupina vyloučí. Jedinec se tak učí konformitě. Konformita se častěji objevuje u jedinců ve věku 13 až 14 let či u jedinců s nižším socioekonomickým statusem nebo nedostatečným rodinným zázemím. Vyskytuje se více u adolescentů, kteří se potýkají s vyšší emoční nevyrovnaností, sugestibilitou, nevhodnou sociální pozicí v kolektivu nebo s fyzickým či fyziologickým stavem při únavě, stresu, požití alkoholu či jiných návykových látek (Dolejš et al., 2014). Mezi rodiči a adolescentem se objevuje odlišné vnímání světa a často díky tomu vzniká mezigenerační konflikt, který nesmí zůstat bez povšimnutí, protože může vést k velkým problémům například v oblasti užívání drog či v delikventním chování (Dolejš, 2010a, b).

Například Smik (2001; in Ambrózová et al., 2001) dělí sociální změny v adolescenci na změny vůči vrstevníkům, změny vůči dospělým autoritám a změny ve vztahu k opačnému pohlaví. První z uvedených spočívá v přeměně závislosti malého dítěte na rodiči na emancipaci vůči citovému i názorovému vlivu rodičů. Dochází k tvorbě nových citových a sociálně důležitých vazeb. Druhá změna velmi úzce souvisí se změnou první, kdy se jedinec snaží neztratit vztahy s rodiči, ale zároveň se snaží o úspěch ve skupině. Často však jde o ambivalentní tendence, na jejichž základě vzniká v dospívajícím jedinci velký emocionální zmatek. Na něj jedinci často reagují citovým i sociálním selháním, které může být velmi bolestně prožívané a může vést až k rozvoji poruch chování (Smik, 2001; in Ambrózová et al., 2001). Poslední zmíněná změna se týká vztahů k opačnému pohlaví, které dostávají erotický charakter a opět vyvolávají velké množství nejistot a citových problémů (Smik, 2001; in Ambrózová et al., 2001).

Za teorii nezařaditelnou mezi kognitivní, emoční, ale ani biologický systém člověka považujeme Freudovu teorii psychosexuálního vývoje. Jde o vývoj člověka ve spojení s energií sexuálního pudu, kdy se libido koncentruje do určité části těla. Na základě tohoto modelu Freud vysvět-

loval psychické poruchy s převahou neuróz. Období dospívání a právě věk 11–19 let spadá i ve Freudově vývoji do dvou stadií, a to do stadia latence a genitálního období. Latentní část má počátek kolem 5. roku věku, kdy dochází k postupnému útlumu infantilní sexuality, a končí v období puberty, tedy přibližně ve 12 letech. V období latence je vyřešen Oidipův či Elektrín komplex. Dané období zasahuje naše skupina minimálně. Genitální fáze je již poslední etapou, kterou sexuální vývoj člověka prochází. Jde o organizaci pudových impulzů pod nadvládou genitálních orgánů. Avšak genitálního charakteru dosáhne pouze biologicky i psychosociálně zralá osobnost. Věkově je možné genitální fázi zařadit od 12 do 16 let (in Fürst, 1997; in Hall & Lindzey, 1999; in Kern, Mehlová, Nolz, Peter, & Winterspergerová, 1999).

Daná kapitola sloužila k rekapitulaci změn, kterými v tomto období adolescent prochází. Celkově je kapitola zaměřena na popis dospívání. Další kapitola bude taktéž zaměřena na adolescenty, avšak specificky na jejich osobnost. Naše pozornost bude směřovat nejprve k obecnému popisu osobnosti adolescentů a následně se stočí k jednotlivým osobnostním rysům.

2 Osobnost adolescenta

Spolu s celkovým vývojem jedince se postupně proměňuje i osobnost adolescenta. Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, vývoj jedince je velmi individuální záležitostí a odvíjí se od dispozic každého člověka, a proto by měl mít i vývoj osobnosti své místo v rámci celého dospívání. „**Vývoj osobnosti znamená komplexní a celoživotní přeměnu člověka z biologického v jedinečné lidské bytí.**“ (Cakirpaloglu, 2012, 52) I výše uvedené teorie psychosexuálního vývoje S. Freuda, Eriksonovu teorii osmi věků či Kohlbergovu teorii morálního vývoje (Frick, 1995) lze zařadit mezi rozvoj osobnosti a není tak jednoduché odlišit osobnost jedince a jeho vývoj do dospělosti. Není možné vývoj osobnosti zařadit pouze do jednoho období. Těžko hledáme jednotlivé fáze, předěly mezi stadii, kam by vývoj osobnosti mohl patřit. V životě však existují výrazné biologické, ale i sociální změny, se kterými se musí každý člověk jako osobnost vyrovnat. Jedním takovým obdobím je právě dospívání (Langmeier & Krejčířová, 2006). Allport (1961) pokládá vývoj osobnosti za zcela individuální a celoživotní proces, ve kterém se prolíná mnoho faktorů, jako například dědičnost, prostředí a další subjektivní i objektivní činitele. Nyní popíšeme osobnost adolescenta z globálního pohledu a v následujících podkapitolách se již zaměříme na specifika některých osobnostních rysů a jejich popis.

„*Osobností se člověk nerodí, nýbrž se jí stává v období, kdy se u něho začne vytvářet specificky lidská organizace a dynamika duševního života, a kdy se tedy stává člověkem i psychicky.*“ (Nakonečný, 1995, 40) Stejně tak Říčan (2010, 163) uvádí, že „*veškerý psychický vývoj je zároveň formováním osobností*“. V rámci vývoje osobnosti bývá zmiňována také dědičnost. V případě osobnostních rysů se uvádí podíl dědičnosti přibližně 40 %, přičemž temperament prokazuje těsnější vztah k dědičnosti než charakter, u kterého nebyl vztah k dědičnosti prokázán (Čáp, 1996).

Adolescence je popisována jako období emoční lability, častých změn nálad, změny hodnotového žebříčku, ale také jako období utvoření trva-

lejších a hlubších zájmů (Langmeier & Krejčířová, 2006). V adolescenci také roste touha objevovat a zkoušet nové a vzrušující zážitky. V některých případech se jedná o nežádoucí, společností nepřijatelné chování či jednání (Matoušek & Matoušková, 2011). Freud udává, že veškeré osobnostní problémy vznikají neuspokojením potřeb ve fázích orálního, análního a falického vývoje (Fürst, 1997; Hall & Lindzey, 1999; Kern et al., 1999). Cattell je přesvědčen, že některé osobnostní rysy jsou ovlivněny genetickými faktory, mezi něž patří houževnatost, impulzivita, agresivita a další. V tomto předpokladu se shoduje s Eysenckem. Ten řadí všechny základní charakteristiky mezi zděděné (Cakirpaloglu, 2012).

V adolescenci dochází také k fyziologickým změnám v/na mozku, které ovlivňují formování člověka i jeho osobnosti v tomto období. Výzkumníci se stále častěji věnují výzkumu mozku v adolescenci a zjišťují změny ve struktuře i funkci mozku. Je možné usuzovat, že za růst rizikového chování a impulzivity v adolescenci může právě vývoj mozku a změny na mozku, a to převážně v orbitofrontální kůře, a také rychlý vývoj nucleus accumbens (část mozku v systému odměn). Při užívání návykových látek často vzniká závislost v adolescenci rychleji (Fegert et al., 2009).

Za první předvědecké teoretiky psychologie osobnosti můžeme považovat již Hippokrata, Galéna z Pergamu, Platóna, Aristotela, Plutarcha aj. (Hall & Lindzey, 1999; Cakirpaloglu, 2012). Za první teorii osobnosti můžeme považovat Platónovu definici, která za tři hlavní dimenze osobnosti označuje „*rozum, smělost a žádostivost*“ (Říčan, 2010, 21) Hippokrates a Galénos rozlišovali 4 druhy temperamentu dle převládajících tělních tekutin (Cakirpaloglu, 2012; Říčan, 2010; Blatný et al., 2010). Jednou z koncepcí, které uvádí Říčan (2010), je i popis osobnosti jako psychické individuality člověka, kdy tímto pojetím chápe určitou jedinečnost či odlišnost od jedinců stejného pohlaví či věku a chápe psychologii osobnosti jako vědu o individuálních rozdílech. Allport (1937; in Tardy, 1964; in Hall & Lindzey, 1999; in Nakonečný, 1995) formuluje ve své práci až 50 různých definic osobnosti. Rok 1937 je považován za rok vzniku psychologie osobnosti, a to právě v souvislosti s již zmíněným dílem Allporta „*Personality: A Psychological Interpretation*“ či dílem Stagne-

ra „Psychology of Personality“ (Cakirpaloglu, 2012). V současné době je užíváno přibližně 15 reprezentativních pojetí osobnosti, která velkou měrou závisí na zaměření psychologie, na jejím předmětu i metodologii (Nakonečný, 1995) a mohou tak sloužit individuálnímu pojetí a práci psychologa. Čáp (1996) vymezuje osobnost jako souhrn všech psychických, biologických a sociálních znaků, ke kterým patří psychické procesy, stavy a vlastnosti určitého jedince. Jako podstatnou Čáp (1996) vnímá také příslušnost každého člověka k určité rodině, školní třídě nebo pracovišti, případně k národnosti a kultuře, což ovlivňuje prožívání, motivaci a psychické vlastnosti.

Za důležité považujeme podotknout, že se věnujeme osobnostním rysům jako dlouhodobějším charakteristikám osobnosti. Některé z námi uváděných charakteristik je možné vnímat i jako krátkodobý psychický stav. Dochází však k velkému překryvu mezi stavem a rysem. Takto je možné rozlišovat agresí, kde se jedná o stav, a agresivitu, což je osobnostní rys (Dolejš et al., 2016), úzkost (stav) a úzkostnost (rys) (Čerešník, Dolejš, & Skopal, 2017) nebo také depresi (stav) a depresivitu (rys osobnosti) (Dolejš, Suchá, Charvát, & Skopal, 2018) aj.

V následující části se zaměříme na popis jednotlivých osobnostních vlastností a rysů z pohledu rodiny a školy. Popíšeme i výzkumy, které byly v oblasti osobnosti adolescentů provedeny.

2.1 Osobnost adolescentů z pohledu rodiny

Jak již bylo popsáno výše, období adolescence je etapou života, ve které dochází k razantním změnám nejen fyzickým, ale také psychickým, sociálním a dále také ke změnám osobnostních vlastností (Vágnerová, 1997; Macek, 2003). Pro adolescenta je stále důležitá i rodina a právě rodina se úzce podílí na rozvoji osobnosti. Kohoutek (1986) popsal, jak rodina utváří osobnost dítěte a ovlivňuje ji (tabulka 1).

Jistou podobnost vidíme i v teorii attachmentu neboli vztahové vazby, citové vazby, teorie připoutání aj., jejímž autorem je J. Bowlby, který ji definoval v roce 1969 v publikaci Attachment (Bowlby, 1982). Definuje

ji jako neviditelné emocionální pouto, které spojuje specifickým způsobem dvě osoby v čase a prostoru. Dítě se totiž rodí s predispozicí hledat si osobu pro bezpečnou vztahovou vazbu, která mu poskytne ochranu, péči a podporu, k čemuž dochází v průběhu prvního roku života dítěte (Brisch, 2011a). Attachment dále rozdělila Ainsworthová na tři typy, a to jistý neboli bezpečný attachment, vyhýbavý a ambivalentní attachment (Bowlby, 1988). V osmdesátých letech 20. století byl model rozšířen o další typ, a to dezorganizovaný (Main & Solomon, 1986). Typy attachmentu zahrnují jeden typ jistého a tři typy nejistého citového připoutání (Bowlby, 2010, 2012). Například Brisch (2011b) dělí vztahovou vazbu u dítěte takto: a) jistá citová vazba; b) vyhýbavá citová vazba; c) ambivalentní citová vazba a poslední d) dezorientovaná citová vazba. Následně si popíšeme, jak dítě na který typ attachmentu reaguje.

Tab. 1: Rodičovské postoje a jejich vliv na utváření osobnosti

Postoj rodičů	Charakteristika postoje	Výchova dítěte	Reakce dítěte
Akceptace	Dítě číní domov normálním, klasickým, zajímavým, je plnou součástí domova	Něžná, hravá, trpělivá	Normální vývoj osobnosti
Otevřené odmítání	Dítě nenávidí, obtěžuje je, je jim na obtíž	Zanedbávající, drsná, vyhýbá se kontaktu s dítětem, jsou zde přísné tresty, chybí odměny a ocenění	Agresivita, zanedbanost, afektivita, apatie, nedostatek sebejistoty
Perfekcionismus	Chtějí dítě změnit, nechťejí, aby bylo takové, jaké je v současné době	Zneuznávající, kritická, nátlaková	Slabá sebedůvěra, konformita
Hyperprotektivita	Dítě je nadměrně milováno, cítí, že se pro něj obětují	Rozmazlující, hýčkájící, přehnaně shovívavá či velice dominantní	Opožděné zrání, prodloužená závislost na otci či matce, způsoby rozmazleného dítěte

Zdroj: Kohoutek (1986), upraveno pro potřeby práce.

Jistý neboli bezpečný typ attachmentu je charakteristický přijetím dítěte v rodině. Rodič je otevřený ke kladným, ale i záporným emocím dítěte, je pro něj příjemná psychická i fyzická blízkost dítěte. Rodič reaguje citlivě a je důsledný, chválí dítě za snahu a přijímá jej i v případě, že dítě udělá chybu. Prostředí je pro dítě strukturované a konzistentní. Dítě má snahu objevovat svět a tendenci světu porozumět. Učí se novým věcem. Cítí se milované, v bezpečí a schopné. Při odloučení od matky dítě projevuje výrazné vazebné chování. Na návrat matky reaguje radostně, vyhledává tělesný kontakt s matkou (vzetí do náruče aj.) (Brisch, 2011a). Vazba je spojena s nízkou anxiétou a nízkou vyhybavostí. V dospělosti je možná otevřená komunikace o pocitech, názorech a o okolním světě. Osoby s jistou vztahovou vazbou jsou schopny regulovat své prožívání a jednání, zažívají méně stresu, jsou odolnější a zvládají afekty druhých lidí (Lečbych & Pospíšilková, 2012).

Vyhýbavý typ attachmentu je charakteristický snahou o minimalizaci negativních emocí dítěte, dítě je velmi vyhybavé, s nízkou mírou prožívané úzkosti. Dítě je často velmi samostatné, nespolehá se na okolí, okolí na dítě nemá čas a dítě chválí právě za jeho samostatnost. Výchova dítěte je zaměřena na vyhýbání se emocím a kontaktu s dítětem, na plnění různých úkolů, ne na vnitřní svět. Dítě při odloučení od matky nedává najevo výrazné vazebné chování. Dítě si hraje dál, avšak s menším zaujetím. Na návrat matky reaguje odmítnutím a nechce být konejšeno. Pocity jsou pro dítě tak děsivé, že se jim radši vyhne, snaží se vše zvládat samo, bez pomoci okolí. V dospělosti se jedinci jeví jako emočně chladní, s odstupem od intimních vztahů, znehodnocují důležitost vztahů a čekají od ostatních odmítání (Brisch, 2011a; Lečbych & Pospíšilková, 2012).

Ambivalentní typ attachmentu se vyznačuje přemírou emocí. Emoce jsou velmi zahlcující, lidé v blízkém okolí jsou nespolehliví a nejde na nich být závislý, svět také není bezpečné místo. Rodiče jsou jednou odměňující, jindy za stejnou věc ovšem trestají. Výchova nemá hranice a limity, dítě není učeno zvládat své emoce, které se tak stávají zahlcujícími. Dítě se cítí jako nehodné lásky ostatních, má slabou sebedůvěru i sebehodnotu, vyžaduje pozornost, prožívá nadměrnou úzkost. Při odloučení od matky dítě projevuje nadměrný stres a pláče, i po návratu matky je obtížné jej

ukonejšit. Vyjadřuje potřebu tělesného kontaktu, ale stejně tak se může k matce chovat agresivně. V dospělosti jedinci působí ustrašeně, úzkostně, závisle (Brisch, 2011a; Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

Posledním typem attachmentu je dezorganizovaný, který se projevuje dezorganizovaným chováním dítěte. Dítě je v rodině zdrojem strachu, charakteristický je nezájem o dítě, trestající výchova, dítě spouští traumatické zážitky rodiče. Rodiče nejsou schopni naplňovat potřeby dítěte a dítěti je projevován nezájem, v případě kontaktu se objevuje spíše agresivita a neovladnutí emocí. Výchova je nekonzistentní, nespolehlivá, bez hranic a limitů, zároveň ale trestající. Stejně tak i děti reagují velmi nepředvídatelně. Vykazují stereotypní vzorce chování i pohybů jako chůze v kruhu, zamrznutí pohybů, strnulost výrazu. Tento typ attachmentu se vyskytuje často u dětí s traumatickými zkušenostmi a v rizikových skupinách (Brisch, 2011a; Lečbych & Pospíšilíková, 2012). I v dospělosti jsou vztahy jedinců poznamenány chaosem a nepředvídatelností, opakují scénář z dětství, kdy nemohou opustit vztahovou osobu, i když se v její přítomnosti trápí. Zažívají časté pocity viny, nejsou si jisti svým jednáním. Jedná se také o významný prediktor pro dušení poruchu (Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

V případech, že jeden ze tří typů narušeného attachmentu není terapeuticky zpracován, přenášíme si typ attachmentu i dále do dospělosti (Seitl & Charvát, 2018; Hughes, 2017). Jedná se poté o patologické formy vztahové vazby, kdy všechny tři typy nejisté vztahové vazby narušují i osobnost jedince.

V předložených teoriích se jedná vždy o skupiny jedinců, rodičů a jejich dětí, kdy rodiče na děti působí určitým směrem, který následně ovlivňuje osobnost těchto dětí. Do zdravé adolescence bychom však zařadili převážně rodičovský postoj akceptace či bezpečný typ attachmentu, který v naší populaci převažuje (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Již Langmeier a Matějček (1968) se věnovali nepřítomnosti pečující osoby či zanedbávání dítěte a označují tento stav jako psychickou deprivaci dětí, což nepříznivě ovlivňuje emoční, kognitivní, sociální, ale i osobnostní vývoj dítěte. „*Funkční rodina s kladným emočním vztahem rodičů k dítěti a trvalou láskyplnou péčí o ně podporuje rozvíjení emočních a charakterových aspektů*

osobnosti dítěte i jeho schopností. Dysfunkční rodina, zvláště bez kladného a trvalého emočního vztahu k dítěti, popřípadě rodina zanedbávající nebo týrající dítě, nebo život dítěte mimo rodinu zatěžuje až narušuje vývoj a formování osobnosti dítěte.“ (Čáp, 1996, 44) Langmeier a Matějček (2011, 19) popisují, že je „nutno uvažovat dokonce o jakési subklinické deprivaci nastupujících generací v podmínkách dnešní stupňované technické civilizace. Ozývají se hlasy, které uvádějí některé současné nepříznivé společenské jevy (vzrůstající delikvenci mládeže, její společenskou „neangažovanost“, stoupající sebevražednost apod.) ve vztahu s nedostatkem citového zásobení a nedostatkem základního pocitu jistoty, kterými patrně trpí děti od časného věku v našich kulturních poměrech více než v dřívějších dobách“.

Jedním z provedených výzkumů je i výzkum Efendić-Spahić (2013), která se věnuje kvalitě rodinných vztahů a osobnostním rysům u adolescentů. Autorka zjistila, že negativní vztah s otcem i matkou je významným prediktorem pro psychotismus a neuroticismus, kdy obě tyto škály jsou úzce spojovány s antisociálním chováním. Zároveň zjistila, že otcova autoritativní výchova je protektivním faktorem, protože snižuje pocity z otcova odmítnutí. Má také vliv na absenci depresivních symptomů, což platí pro obě pohlaví.

Takto lze navázat i na další z výzkumů, jako například na výzkum Večerky, Holase a Štěchové (2000), kteří se zaměřili na děti, u nichž byla nařízena ústavní či ochranná výchova, a zjistili, že většina jejich výzkumného souboru (N = 464) žije v neúplné rodině nebo byla vychována jinou osobou, než je rodič. Matka má v těchto rodinách spíše výchovnou funkci a otec se na výchově nepodílí. Oba rodiče také často dosahují nízkého vzdělání. Murray a Farrington (2010) nebo Treiner (2007) ve svých výzkumech zjistili, že mezi rodinné faktory, které se podílejí na rizikovosti jedinců, patří i slabý dohled rodičů nad dětmi, násilí v rodině, a to jak mezi dospělými, tak i násilí vůči dětem, kriminalita rodičů, výchova pouze jedním rodičem, velké rodinné systémy či odloučení rodiče od dítěte v průběhu prvních pěti let života dítěte (Murray & Farrington, 2010). Csémy, Hrachovinová, Čáp a Starostová (2014) se zaměřili také na prediktory a rizikové faktory agresivního chování. V oblasti rodiny zjistili, že rizikovým faktorem pro zvýšenou či vysokou agresivitu je špatný vztah

k rodičům, volná pravidla v domácnosti, nižší míra kontroly dětí a užívání tělesných trestů v rodině.

2.2 Školní a sociální prostředí a vývoj osobnosti

Škola bývá v současné době mnohými rodiči považována za místo, kde jejich ratolesti obdrží důležité znalosti a vědomosti pro budoucí zaměstnání či získají informace o světě, což svědčí o výkonnostní složce jedinců. Někteří rodiče školu a školská zařízení vnímají i jako jistou náplň volného času dětí a místo, kde jejich dítě získá určitou výchovu, což pro některé rodiče znamená i výchovnou a pečující stránku. Škola má ale i další, pro jedince mnohdy důležitější složky – jednou z nich je i socializační složka neboli začlenění dítěte do společnosti. Vágnerová (1997) uvádí, že povinná školní docházka je důležitou součástí osamostatnění se a dítě se tak stává zodpovědné ve svém konání. Rozvíjení sociálních vztahů, přátelství, přijetí vrstevníky i dospělými jsou jedny z nejdůležitějších úkolů, kterým jedinci čelí (Hartup & Stevens, 1999; Masten & Coatsworth, 1998), jelikož všechny tyto vztahy rozvíjí sociální kompetence jedince. Fungování ve společnosti vyžaduje mnoho dovedností, jako například emocionální vyjadřování i porozumění či regulaci chování i emoci (Rubin, Bukowski, & Parker, 1998).

Výzkum Večerky a kolektivu (2000) v zařízeních pro výkon ústavů a ochranné výchovy zjistil, že 43,8% dětí z výzkumného souboru (N = 221) navštěvovalo mateřskou školu. To znamená, že více než nadpoloviční většina predeliktivních jedinců nenavštěvovala předškolní zařízení a nemají tak zkušenost s touto formou socializace. Dítě je tímto ochuzeno jak o první pokusy primární prevence a výchovné intervence, tak i o nastavení motivace pro školní docházku. Tito jedinci tak považují následnou povinnou školní docházku za zbytečnou a obtěžující. V případech, že děti navštěvovaly mateřskou školu, přibližně v jedné pětině případů se již zde objevily problémy v chování, nejčastěji se jednalo o neukázněnost či sociální a vývojovou zaostalost. Autoři výzkumu také uvádějí, že „*negativní vztah ke vzdělávání (či škole a učitelům, kteří vzdě-*

lávání zprostředkují) je závažným kriminogenním faktorem a je možno jej považovat za jeden z možných prediktorů delikventního chování“ (Večerka, Holas, & Štěchová, 2000, 49). Dalším z faktorů možné rizikivosti je i častá změna školy, ke které dochází jednak z důvodu poruch chování, ale i z důvodu častého stěhování rodiny (Večerka et al., 2000). K podobným výsledkům došla i Vavrysová (2014), která zjistila, že ze vzorku 52 adolescentů umístěných v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy všichni dotazovaní před nástupem do zařízení navštěvovali dvě a více škol. Tři různé školy navštěvovalo 17 dětí, čtyři školy 12 dětí a 5 a více škol 14 dětí. Nejčastějšími důvody pro změnu školy byl špatný prospěch, stěhování či umístění do jiného ústavního zařízení. Vavrysová (2014) uvádí i důvody k umístění jedinců do ústavních zařízení, jednalo se často o nerespektování autorit, záškoláctví, agresivitu vůči spolužákům, šikanu spolužáků, ale i agresivitu vůči učitelům. Již v mladším školním věku na sebe upozorní učitele přibližně každé třetí dítě některým typem problémového chování, jakým je například zapomínání pomůcek, nepozornost, nepořádnost, nerespektování autorit, lhaní či odmlouvání. Později se toto problematické chování stupňuje, jde poté o záškoláctví, krádeže, verbální i fyzickou agresivitu či užívání návykových látek (Večerka et al., 2000).

Csémy a kolektiv (2014) se zaměřili také na prediktory a rizikové faktory agresivního chování v oblasti vrstevnických vztahů, kde se rizikovým jevílo trávení času s partou ihned po škole a také o víkendech. Dalšími rizikovými faktory byla nižší oblíbenost v kolektivu třídy a nižší společenskost. Poslední nalezenou oblastí je škola, kdy agresivnější žáci považují školu za místo, kde se jim nelíbí a kde jsou neradi. Učitele hodnotí jako nespravedlivé a cítí, že na ně mají vyšší nároky než na ostatní spolužáky, což může souviset s frustrací a nízkým sebevědomím při nemožnosti zvýšeným nárokům dostát.

„Kriminalita mládeže je jev stále spojený s nezaměstnaností, s nemajetností, s nedostatečným vzděláním, často i s nedokončeným základním vzděláním, s nízkou motivací k práci.“ (Matoušek & Matoušková, 2011, 68) Jedinci s výborným prospěchem i motivací ke studiu se vyskytují v zařízeních pouze výjimečně. Naopak se zvyšujícím se ročníkem studia se zvyšuje i počet těch, kteří propadli. (Kurelová, Sekera, & Kubíčková, 2008;

Večerka et al., 2000) Ukazatelem delikvence z pohledu obtíží ve škole může být i některá ze speciálních poruch učení. (Mallett, Stoddard-Dare, & Workman-Crewnshaw, 2011)

Jako významný prediktor školní docházky, problematického chování ve škole a školního neúspěchu se ukazuje také socioekonomický status, ze kterého dítě pochází (Miech, Essex, & Goldsmith, 2001). Jedním z důvodů je rovněž větší pozornost učitelů, která je směřována k dětem pocházejícím z rodin s vyšším socioekonomickým statutem než k dětem s nízkým socioekonomickým statutem (Rist, 1970; in Miech, Essex, & Goldsmith, 2001).

2.3 Aspekty osobnosti adolescentů

Avšak osobnost jedince nelze definovat pouze těmito kritérii, osobnost je značně složitější konstrukt. Kromě testových příruček k jednotlivým psychodiagnostickým metodám (Dolejš et al., 2018; Dolejš & Skopal, 2016; Orel, Obereignerů, & Mentel, 2016) se většinou nevyskytují výzkumy zaměřené na běžnou populaci a její popis. Jednotlivé výzkumy se věnují převážně jedincům s psychiatrickým onemocněním, rizikovým či kriminálním chováním nebo se jedná o specifickou skupinu jedinců, která je s běžnou populací srovnávána (Heaven, Ciarrochi, Leeson, & Barkus, 2013; Murray, Obsuth, Eisner, & Ribeaud, 2016; Zemanová & Dolejš, 2015). Dále se jedná o vyhledávání patologických osobnostních charakteristik v běžné populaci (Benítez Barraza, Sánchez Montero, Serrano, & Ramírez, 2015). Stejně tak by se dalo věnovat osobnostním charakteristikám z pohledu různých psychodiagnostických metod, jako například Osobnostního dotazníku pro mládež HSPQ (Balcar, 1986), Osobnostního dotazníku NEO – FFI (Hřebíčková & Urbánek, 2001) či NEO – PI-R (Hřebíčková, 2004) aj.

Pro další část textu je potřeba zmínit, že existují jak rizikové, tak i proaktivní faktory osobnosti adolescentů. Oba tyto faktory působí na všech úrovních, kde probíhá komunikace jedince, tedy komunikace s jeho

blízkým okolím i se společností, ale i se sebou samým. Rizikovými faktory jsou například poruchy emocionality, impulzivita, úzkostnost, deprese i depresivita, vyhledávání vzrušujících zážitků, obtíže v sociálních dovednostech, hostilita, agresivita, nízké sebevědomí i sebehodnocení, traumatické zážitky, obtíže v učení, problémy ve vazbě na matku, slabá rodičovská podpora, nedostatečný zájem a kontrola ze strany rodičů, nedůslednost ve výchově, vulgarita a násilí v rodině, tlak vrstevnické skupiny, vyřazení z vrstevnické skupiny, velký tlak na výkon, nízké očekávání pedagogů či agresivní chování ve třídě. Naopak mezi protektivními faktory patří pozitivní vztah k sobě, emoční stabilita, flexibilita, svědomitost, přívětivost, emocionální podpora ze strany rodičů, jasné hranice i očekávání od dítěte, důslednost ve výchově, rodičovská kontrola, dobrá komunikace ve vrstevnickém kolektivu, odolnost vůči tlaku skupiny, dostatek přátel, dobré vztahy s učiteli, srozumitelná pravidla ve školním prostředí, pozitivní hodnocení, směřování k cíli a řešení problémů aj. (Dolejš et al., 2014; Martanová et al., 2007; Miovský et al., 2015; NIDA, 2003).

Čáp (1996) uvádí, že v případě, že je prostředí dítěte naplněno velkým množstvím lidí, zvyšuje tak toto prostředí tenzi, labilitu, úzkost a agresivitu adolescenta. Agresivitou u českých adolescentů se zabývali například Csémy, Hrachovinová, Čáp a Starostová (2014), Dolejš, Skopal, Suchá a Vavrysová (2016) či studie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), kterou pro Českou republiku zpracoval autorský kolektiv Madarasová Gecková, Dankulinová, Sigmundová a Kalman (2016) a v níž se Česká republika umístila na pomyslném žebříčku „top 10“ zemí v četnosti rvaček mezi chlapci. Naopak jako aktéři či oběti šikany se čeští žáci zařadili na opačný konec v hodnocení 42 zemí. Csémy a kolektiv (2014) získali data od 3 165 žáků, z čehož bylo 1 654 chlapců. Průměrný věk žáků byl 13,9 let. Výsledky se zabývaly verbální agresí, kdy 69,5 % chlapců a 57,2 % dívek se chovalo hrubě vůči svému okolí či nadávali druhým. Fyzická agresivita byla zaznamenána u 60,2 % chlapců a 22,2 % dívek. Žáci byli dotazováni také na agresivitu vůči učitelům, kdy 44,2 % chlapců a 33,6 % dívek uvedlo, že se chovali hrubě vůči vyučujícím. Napadení učitele sděluje 7,9 % chlapců a 4,0 % dívek, což v přepočtu zname-

ná, že 191 žáků (z toho 60 dívek) z výzkumného souboru 3 165 jedinců napadlo učitele.

Dolejš a kolektiv (2016) se zaměřili na studenty gymnázií ve věku 15–19 let. Celkově se výzkumu účastnilo 2 387 studentů. Zjistili, že chlapci na gymnáziích dosahují vyšších skóreů ve faktorech fyzická agrese, hněv a v celkovém skóru agresivity než dívky. Dále také zjistili, že postupem věku agrese klesá a čím starší studenti jsou, tím jsou méně agresivní. V rámci studie autoři srovnávali agrese s dalšími osobnostními rysy, jako je depresivita, úzkostnost a impulzivita. Zjistili, že hostilita velmi úzce souvisí s depresivitou a úzkostností. Dále že impulzivita má úzký vztah s hněvem a fyzickou agrese (Dolejš et al., 2016).

Skopal, Dolejš a Suchá (2014) provedli výzkum u vzorku 4 198 žáků, jednalo se o 47,95 % chlapců a 52,05 % dívek ve věku 10–16 let. Autoři zjišťovali pomocí dotazníku Škála osobnostních rysů u adolescentů (ŠORA) čtyři osobnostní rysy, kterými jsou úzkostnost, impulzivita, nadšenost a rozvážnost. Autoři výzkumu (Skopal, Dolejš, & Suchá, 2014) zjistili, že dívky dosahují nižšího skóru oproti chlapcům v osobnostních rysech nadšenost a impulzivita, ale naopak vyšších skóreů v rysech úzkostnost a rozvážnost. Srovnání proběhlo také dle typu škol, kdy žáci základních škol jsou úzkostnější, ale i impulzivnější. A studenti víceletých gymnázií naopak dosahují vyšších skóreů v rysu rozvážnost (Skopal et al., 2014).

Čerešník (2016) realizoval výzkum u vzorku 1 829 dětí ve věku 10–15 let na Slovensku. Soubor rozdělil na tři skupiny dle rizikosti: nízké, střední a vysoké riziko. Zabýval se rizikovým chováním a jeho vztahem k některým osobnostním proměnným, jako je například agrese, sebehodnocení, úzkostnost, impulzivita, nadšenost a rozvážnost. Zjistil, že jedinci, kteří nevykazují rizikové chování, dosahují vyšších skóreů v sebehodnocení oproti rizikově se chovajícím žákům, což potvrzuje i nižší míra sebeúcty u rizikově se chovajících adolescentů a vyšší míra sebesnižování.

Vavrysová a Charvát (2016) srovnávali populaci s jedinci ze zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy (N = 181) pomocí Osobnostního dotazníku pro mládež (HSPQ) (Balcar, 1986, 1992; Cattell, Cattell & Johns, 1984). Jedinci z ústavních zařízení se oproti normě lišili celkově

v 9 faktorech; jednalo se o faktory uzavřenost, nízká krystalická inteligence, průbojnost, svévolnost, smělost, citová tvrdost, individualistická zdrženlivost, úzkostná sebenejistota a nedostatek sebevlády. Avšak jako klinicky významné se jevily pouze škály uzavřenost a individualistická zdrženlivost. Autoři výzkumu (Vavrysová & Charvát, 2016) našli i statisticky významné rozdíly mezi chlapci a dívkami ve výběrovém souboru, a to celkově v 7 faktorech. Dívky jsou uzavřenější, dosahují nižšího skóru v krystalické inteligenci, jsou citově nestálé, jsou vznětlivější, dosahují nižších skóre u faktoru svévolnost a dosahují vyšších skóre ve faktoru úzkostná sebenejistota, zatímco chlapci naopak vykazují sebedůvěru. Zajímavým faktorem je i faktor smělost, kde obě pohlaví dosahují kladného pólu, avšak chlapci dosahují vyššího skóru (Vavrysová & Charvát, 2016). Podobný výzkum provedla i Stejskalová (2008), která srovnávala skupinu 20 delikventních a 20 nedelikventních jedinců. Zjistila statisticky významné rozdíly v osobnostních faktorech oproti nedelikventním jedincům v pěti faktorech: uzavřenost, nízká krystalická inteligence, průbojnost, individualistická zdrženlivost a úzkostná sebenejistota. Již v samotné příručce k metodě HSPQ (Balcar, 1992) je uveden výzkum Škrabala (1979; in Balcar, 1992), který se také zaměřil na delikventní mládež. Škrabal (1979; in Balcar, 1992) zjistil, že delikventní jedinci se oproti normě odlišují v osmi faktorech: uzavřenost, nízká krystalická inteligence, citová nestálost, svévolnost, plachost, individualistická zdrženlivost, úzkostná sebenejistota a nedostatek sebevlády. Pro přehlednost uvádíme tabulku č. 2 zjištěných faktorů u delikventní mládeže.

Tab. 2: Zjištěné faktory osobnostního dotazníku pro mládež u tří různých skupin delikventní mládeže

Faktor/studie	Škrabal (1979)	Stejskalová (2008)	Vavrysová, Charvát (2016)
A-	zjištěno	zjištěno	zjištěno
B-	zjištěno	zjištěno	zjištěno
C-	zjištěno		
D+			
E+		zjištěno	zjištěno
G-	zjištěno		zjištěno
H+			zjištěno
H-	zjištěno		
I+			
I-			zjištěno
J+	zjištěno	zjištěno	zjištěno
O+	zjištěno	zjištěno	zjištěno
Q3-	zjištěno		zjištěno

Osobnostními rysy a delikventním vývojem se zabývali také Lachar (1990) či Wang, Hsu, Lin, Cheng a Lee (2010). Jako prediktivní rysy pro rizikové chování či delikvenci uvádějí nízkou empatii, impulzivitu, anti-sociální tendence, nízkou toleranci, lítostivost, smutek, nedostatek zájmu, interpersonální hostilitu, nerespektování autorit, agresivitu, gender, vnímání rizikových faktorů u otce nebo matky, zdravé sebeuplatnění a interakci mezi zdravým sebeuplatněním a rizikovým chováním vrstevníků. Dolejš (2010a) tvrdí, že impulzivita je hlavním prediktorem rizikového chování.

Nyní se zaměříme na několik zahraničních výzkumů, které se zabývaly osobnostními rysy u adolescentů. Heaven, Ciarrochi, Leeson a Barkus (2013) se věnovali výzkumu psychoticismu, spokoženosti a svědomitos-

ti u australských dospívajících. Zjistili, že škála psychoticismu může být prediktorem pro nízké sebevědomí a užívání návykových látek. Je také prediktorem chování, které může ohrožovat zdraví jedince. Tito jedinci se často považují za nepřátelské a spojují své ne příliš dobré vyhlídky s tím, že mají slabou sociální základnu oproti jedincům, kteří na škále psychoticismu neskórují zvýšeně. Naopak škála spokojenosti je spojována se sociálním začleněním mezi vrstevníky i do společnosti. Svědomitost se ukazuje jako významný prediktor pro náboženské hodnoty. Murray, Obsuth, Eisner a Ribeaud (2016) se zabývali agresivní osobností u adolescentů ve věku 15 a 17 let a tím, jak agresivní myšlenky přechází v agresivní chování a jaký vliv zde má sebekontrola. Z jejich výzkumu vyplývá, že sebekontrola koreluje s agresivními myšlenkami a agresivní myšlenky jsou podobně stabilní jako agresivita a daly by se považovat v daném výzkumu za osobnostní rys.

Benítez Barraza, Sánchez Montero a Serrano Ramírez (2015) se věnovali osobnostním rysům dle MMPI verze A. Do svého výzkumu zahrnuli 69 participantů ve věku 14–17 let, kdy pouze 17,3 % ze vzorku vyšlo bez klinických indikátorů. Dalších 36,2 % dosahovalo klinických skóreů ve škále hypomanie, 29 % ve škále schizofrenie a 21,7 % ve škálách maskulinita-feminita a psychastenie. Na obsahových škálách se jednalo nejčastěji o extravagantní myšlenky, a to v 36,2 % případů, obsese ve 30,4 % případů, úzkost 27,5 % a 26,1 % pro cynismus a 24,6 % pro rodinné neshody.

Takto bychom mohli pokračovat i nadále ve výčtu jednotlivých výzkumů, které byly realizovány za účelem objasnění osobnostních charakteristik u adolescentů. Jak již bylo zmíněno výše, jedná se často o specifické skupiny jedinců, jako například o delikventní jedince, či o tvorbu populačních norem a zjišťování výskytu osobnostní rysů v populaci nebo také o zaměření se na konkrétní osobnostní rysy a zjišťování jejich míry v populaci či u rozdílných skupin. V naší práci jsme se zaměřili i na osobnostní faktory spojené s výskytem rizikového chování. Dále se zaměříme na specifické osobnostní rysy, kterými se budeme zabývat i v části výzkumu. Jedná se o depresivitu, impulzivitu, vyhledávání vzrušení, přecitlivělost a negativní myšlení.

2.4 Depresivita/deprese

Slovo **deprese** vychází z latinského slova *depressio* a je odvozeno od slova *deprimere*, kdy *primere* znamená tlačit a slovo *de* značí dovnitř neboli tlačit dovnitř či stisknout, stlačit ze všech stran (Křivohlavý, 2012). V současné době se jedná o jedno z nejčastějších psychických onemocnění a je řazeno mezi afektivní poruchy neboli poruchy nálady (MKN-10; DSM V). Jak již bylo uvedeno v kapitole 2, na depresi a depresivitu je možné pohlížet z více úhlů pohledu. Prvním z nich je chápání depresivity jako osobnostního ladění, které se vyznačuje smutkem, skleslostí, beznadějí a jinými depresivními projevy. Druhým pojetím je chápání depresivity jako psychického stavu, ve kterém se objevují příznaky deprese. „Pojetí depresivity jako psychického stavu znamená, že v některém životním období může být depresivita vyšší (oproti normě), po jeho odeznění může být dotyčný bez výraznějších depresivních charakteristik. Jedinci tedy v tomto případě aktuální zvýšené depresivní ladění způsobuje komplikace různého druhu (nezvládnání školních požadavků, abúzus psychoaktivních látek, narušení vrstevnických vztahů, zdravotní problémy – somatizace).“ (Dolejš et al., 2018, 9) Metoda využitá v našem výzkumu se zaměřuje převážně na depresivitu v pojetí psychického stavu (Dolejš et al., 2018), avšak z důvodu jejího možného chápání jako rysu osobnosti jsme zařadili depresivitu jako podkapitolu osobnosti.

Pojem deprese může popisovat příznaky, syndromy či gnozeologické jednotky (Smolík, 2002). Pomocí slova deprese popisujeme náladu, symptomy i syndromy afektivních poruch. Dle Hartla a Hartlové (2010) se jedná o duševní stav, ve kterém převládají pocity smutku, skleslosti, nerozhodnosti, ztráty zájmů, zpomalení tělesných i duševních procesů. Patří sem i poruchy spánku, nedostatek energie a únava. Jedinci s depresí na sebe berou vinu za vše, co se děje jim i v jejich okolí. Riziko deprese je sníženo u osob, které mají uspokojivé partnerské vztahy a vztahy v sociálním okolí. Tento stav se stává chorobným v případě, že trvá nepřiměřeně dlouhou dobu či má nepříznivý dopad na lidské chování. Afektivní poruchy, do kterých deprese spadá, mohou mít velmi různou a variabilní dobu trvání. Jedná se o dlouhodobou záležitost. I pokud je deprese

správně léčena, může trvat 3–6 měsíců, v případě neléčené deprese se tato délka prodlužuje až na jeden rok (Orel et al., 2012). Deprese a depresivní příznaky jsou léčeny pomocí dvou typů léčby, které by měly být kombinovány. Jedná se o psychoterapeutickou léčbu a biologickou léčbu (nejčastěji farmakoterapie). Raboch, Pavlovský a Janotová (2006) uvádějí, že pro depresi či depresivní epizodu jsou typické poruchy nálady, poruchy myšlení a vnímání, poruchy psychomotoriky. Jedinci s depresí si často stěžují na tělesné obtíže, nespavost či naopak zvýšenou spavost, sníženou či zvýšenou chuť k jídlu či sníženou sexuální apetenci, kdy tyto obtíže musí být přítomny alespoň po dobu dvou týdnů. Dle Boučka a kolektivu (2006) se jedná o závažné psychické onemocnění mozku, které je charakterizováno chorobným smutkem, sklíčenou náladou, ztrátou sebedůvěry, snížením sebevědomí, pesimistickým obsahem myšlení, neschopností se radovat aj. Je to těžká duševní choroba, která je však dobře léčitelná pomocí kombinace psychoterapeutické a farmaceutické léčby (APA, nedat.). S ohledem na pesimistický obsah myšlení lze myšlenky označovat jako „černé“. Tyto myšlenky mohou narůstat, kumulovat a mohou přejít až za hranici bludu. Deprese se také projevuje ve výrazu tváře a v celkovém postavení těla, kdy deprese tzv. „člověka ohýbá“ (Orel a kolektiv, 2012). Onemocnění depresí je pro jedince velmi závažné a zatěžující, a to jak po stránce osobní a fungování v běžném prostředí, tak po stránce pracovní (Dolejš, Suchá, Charvát, & Skopal, 2018).

Epidemiologie udává, že depresivním onemocněním je ohroženo 8–11 % mužů a 18–23 % žen. Tento stav vyžaduje hospitalizaci u 3 % mužů a 6 % žen (Bouček et al., 2006). Světová zdravotnická organizace (2017) odhaduje, že depresí trpí přibližně 300 milionů lidí, což odpovídá každému pětadvacátému člověku. Deprese je častější u žen a nejvíce jsou ohroženy nastávající či čerstvé matky. Udává se, že poměr výskytu depresivních příznaků je 2 : 1 v neprospěch žen (Lynch, Glod, & Fitzgerald, 2001; Angold, Erkanli, Silberg, Eaves, & Castello, 2002). Počet osob s depresí se od roku 2005 do roku 2015 zvýšil o 18 %. Až u dvou třetin pacientů jsou přítomny i myšlenky na smrt (Raboch, Cesková, Beran, & Pavlovský, 2012; Raboch a kol. 2006). Až 15 % pacientů, z toho dvakrát častěji muži než ženy, spáchá dokončenou sebevraždu (Pidrman, 2006). U mužů se

vyskytují odlišné symptomy než u žen. Před diagnózou deprese se muži častěji stávají závislými na alkoholu, jsou podráždění, někdy až agresivní a mají tendenci svalovat vinu na druhé či mnohé ze svých aktivit nadměrně přehání, tzv. až nadoraz (např. sport, jízda autem aj.) (Löffler, Wagner, & Wolfersdofr, 2014). Vznik deprese není jednoznačně dán. „Podle dnešních představ nejsou depresivní poruchy způsobené jedinou příčinou, ale spíše společným působením řady dílčích příčin. Některé z nich jsou vrozené, zděděné, jiné jsou způsobeny vlivy prostředí, v němž nemocný žije, životoprávou, kterou si zvolil, událostmi, které prožil, a sociálním prostředím, ve kterém se pohybuje.“ (Praško, Buliková, & Sigmundová, 2009, 47) Jedná se tak o vlivy dědičnosti, výchovy, životních událostí, o biochemické pochody v mozku, psychologické vlivy, léky, nadměrné užívání alkoholu a jiných drog, ale i o mezilidské vztahy (Praško a kol., 2009).

Biologická příčina bývá častěji nalézána u bipolárních stavů a až 25 % příbuzných pacientů s maniodepresivitou trpí některou z forem afektivních poruch. U unipolárních stavů se jedná jen o 15–20 % příbuzných (Raboch a kol., 2006; Praško a kol., 2009). Nedědí se však nemoc samotná, ale predispozice k nemoci. U výchovy se jako predispozice ke vzniku deprese v dospělosti jeví ztráta důležité osoby v dětství, předčasné oddělení dítěte od matky, nadměrně kritická či naopak rozmazlující výchova (Praško a kol., 2009). V rámci životních událostí je myšleno velké množství změn, které přesahují běžný rámec v krátkém časovém úseku.

Určité biochemické pochody v mozku jsou společné pro všechny typy deprese. Jedná se o nízkou hladinu neurotransmiterů neboli dopaminu, noradrenalinu a serotoninu. K psychologickým vlivům vzniku deprese řadíme nízké sebevědomí, závislost jedince na pochvale, malou asertivitu a obracení vzteku vůči vlastní osobě. Stejně tak některé z léčiv jsou prediktorem pro vznik deprese a jejich vedlejším účinkem je právě deprese, například při léčbě vysokého krevního tlaku. Deprese se může rozvinout i v rámci mezilidských vztahů, a to jak v rodině, tak v práci (Praško a kol., 2009). Některé z depresí jsou podmíněny i sezónně, nejčastěji se vyskytují na podzim a v zimě. Zde předpokládáme souvislost s biorytmicitou (Orel et al., 2012).

Určitá míra depresivních příznaků však může být běžnou součástí života jedince, aniž by se jednalo o klinický či diagnostický faktor. Depresivní projevy i prožitý smutek jsou tak často součástí vývojových úkolů a jejich požadavků (Dolejš et al., 2016). Preiss, Vrána a Kuchařová (2010) provedli výzkum u 200 osob ve věku 15 až 92 let, kdy průměrný věk byl 40,37 let ($SD = \pm 17,73$). Autoři výzkumu zjistili, že zvýšenou depresivní symptomatiku vykazují jedinci ve věkové kohortě 15–19 let, která byla ve výzkumu také nejvíce zastoupena, a následně věková skupina 75 a více let. V rámci naší práce vybíráme metodu pro měření depresivity jako psychologického stavu, nikoli jako osobnostního rysu, kdy se projevují jednotlivé příznaky deprese a jde tak o individuální charakteristiku, která nemusí dosahovat klinické a diagnostické významnosti. Deprese se projevuje ve třech oblastech, kterými jsou nálada, aktivita a množství energie. Důležité je proto sledovat, za jaké zástupné projevy se může depresivní ladění skrývat (Dolejš et al., 2016).

2.4.1 Depresivita/deprese u dětí a adolescentů

Depresivní stavy v dětství byly dlouhou dobu považovány za mýtus a převládal názor, že depresivní stavy u dětí neexistují (Hort, Hrdlička, Kocourková, & Malá, 2008; Říčan et al., 2009). Bylo to způsobeno náhledem na dětství jako na jedno z nejšťastnějších období života nebo na bezstarostnou část života. Deprese se v každém období vývoje dítěte projevuje jinak a navíc je proměnlivá s věkem. První příznaky slabší deprese se objevují ve věku 7–8 let a příznaky silné deprese se mohou vyskytovat ve věku 11–12 let (Kovacs, Freinberg, Crouse-Novak, Paulauskas, & Finkelstein, 1984). Průběh deprese také záleží na dítěti samotném. Deprese se vyskytuje u 1–8 % dětí a adolescentů. S depresivitou se zvyšuje i pravděpodobnost suicidia, a to až 20× ve srovnání s běžnou populací. Dívky jsou více ohroženou skupinou oproti chlapcům v poměru 1 : 5 a v pozdějším věku 2 : 5. Avšak některé zdroje uvádějí, že ve věku 6–12 let jsou depresí více ohroženi chlapci (srov. Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe, & Cuevas, 2011) a až po 12. roce jsou ohroženější dívky (Lynch, Glod, & Fitzgerald, 2001; Angold et al., 2002).

Etiologie deprese u dětí a adolescentů se nijak výrazně neliší od její etiologie u dospělých. Mezi rizikové faktory pro rozvoj deprese u adolescentů patří psychopatologie u rodičů, nevyhovující a konfliktní prostředí v rodině, nedostatečné sociální dovednosti, nízké či nedostatečné strategie pro zvládání stresu, slabé kamarádké vztahy (Malá, 2008). Bowlby (2012) uvádí, že za vznikem deprese v dětství a adolescenci stojí převážně 3 typy nemožnosti či neschopnosti navázání citové vazby a jejich kombinace. Prvním typem dle Bowlbyho (2012) může být jedinec, který nikdy nenavázal stabilní a jistý vztah s rodiči a tuto i případné další ztráty bral jako své selhání. Druhým typem je jedinec, kterému neustále opakovali, že je neschopný a že jej nemůže mít nikdo rád. Takový jedinec neočekává pomoc od okolí, ale spíše čeká, že bude odmítnut. Posledním, třetím typem jedince, je ten, který prožil opravdovou ztrátu rodiče s důsledky, které nedokázal, vzhledem k jejich nepřijemnosti, změnit, a utvrdil se v přesvědčení, že jeho úsilí je odkázáno k neúspěchu.

Malá (2008) naopak uvádí 9 teoretických modelů pro vysvětlení deprese. Jsou jimi: a) Analytický model, který ji vysvětluje jako ztrátu milovaného subjektu neboli odloučení od osob, které poskytují pocit jistoty a bezpečí; b) Behaviorální model, jehož základem je nedostatek pozitivního zpevnování; c) Model naučené bezmocnosti, který ukazuje na nedostatečný vztah mezi chováním a jeho důsledky; d) Kognitivní model, který se soustředí na depresi jako strategii negace a negativního pohledu na sebe, svět i budoucnost; e) Stresový model, který vysvětluje depresi jako nahromadění negativních životních událostí – tento model je důležitý právě u dětí a adolescentů, kde negativní události často vznikou a rozvoji deprese předchází; f) Sociologický model, kde má jedinec nedostatek sociální opory a ocenění od okolí; g) Genetický model, který se zaměřuje na depresi z hlediska specifické vulnerability s důrazem na genetické a temperamentové charakteristiky a zevní podmínky; h) Biochemický model, jenž není prozatím dořešen a snaží se o výklad pomocí definice psychosyndromů a mozkových celků, které jsou definovány prostřednictvím specifických neurotransmiterů, kdy „84 % *depresivních prepubertálních dětí má sníženou sekreci růstového hormonu v odpovědi na hypoglykemii vyvolanou inzulinem*“ (Malá, 2008, 192); i) Neuroana-

tomický model, kde u dětí byla nalezena prodloužená REM fáze spánku a zkrácená REM latence (Malá, 2008). Depresivní onemocnění se může nejprve projevat prostřednictvím tělesných příznaků, jako je například zvýšená únava či bolesti hlavy, břicha, a až díky detailnějšímu vyšetření bývá odhalena deprese (Rola, 2007).

Z výzkumu, kterého se účastnilo 592 participantů (z toho 53,6 % dívek) průměrného věku 15,5 (SD = $\pm 0,98$), provedeného Arayou, Montero-Marinem, Baroillhetem, Fritschovou a Montgomerym (2013), vyplývá, že dívky a chlapci se liší v míře depresivity. Průměr celkového skóru v metodě BDI II u chlapců ($M = 15,33$; $SD = \pm 8,50$) dosahoval signifikantně nižších hodnot než u dívek ($M = 22,78$; $SD = \pm 10,76$). Dívky také dosahovaly vyšších skóre v oblasti pesimismu, očekávání potrestání a agitovanosti. Nejvýznamnější rozdíly byly nalezeny v otázkách týkajících se pláče. Landkamr (2016) provedl výzkum u 269 dívek a 269 chlapců s průměrným věkem 14,6 let. Zjistil, že 83 z nich vykazuje depresivní symptomy v Sebeuposuzovací škále depresivity (CDI), a je tak možné je klasifikovat jako depresivní. Depresivní symptomy vykazovalo 56 dívek a 27 chlapců, což potvrzuje poměr výskytu depresivních symptomů u dívek a chlapců, tedy 2:1. Průměrný skór CDI u dívek byl 13,74 ($SD = \pm 1,47$) a u chlapců $M = 10,41$ ($SD = \pm 6,83$), kdy se tyto výsledky ve výzkumu Landkamra (2016) statisticky významně liší. Štěpo (1998) využil škálu CDI také u dětí s psychiatrickou diagnózou, které srovnával s běžnou populací. Zjistil, že hospitalizovaní jedinci skórují v celkovém skóru CDI o 10 hrubých bodů výše, přičemž nejvýše skórovaly dívky ve věku 13–17 let.

Můžeme se setkat s rozdělením příznaků deprese u dětí mladšího a staršího školního věku a u adolescentů, avšak jen málokdy se dozvíme, jak se dle jednotlivých autorů tento věk dělí, a to z důvodu časté teoretické nejednotnosti a různých přístupů k dělení mladšího školního věku, staršího školního věku a pubescence či adolescence. Z toho důvodu přistupujeme k popisu příznaků jednotně a popisujeme je jak pro školní věk, tak pro adolescenci a v textu uvedeme pouze typické příznaky pro určité období. Některé z příznaků se však prolínají a často záleží i na dítěti samotném a jeho specifických projevech.

Vágnerová (2008) shrnuje příznaky v dětském věku do pěti základních bodů. Jedná se o: 1) Narušení emočního prožívání, kam spadají příznaky, jako je smutná nálada, neschopnost prožívat radost, beznaděj, úzkost, snížená schopnost zvládat obtíže a neschopnost zvládat negativní emoce; 2) Změny v kognitivní oblasti, kam zahrnuje zhoršení pozornosti, ztrátu zvědavosti či zpomalení kognitivních procesů a celkové pesimistické uvažování, snížené sebehodnocení a ve vzácnějších případech i poruchy myšlení a vnímání, jako jsou například sluchové halucinace či bludné přesvědčení; 3) Změny v chování, které nelze jednoznačně charakterizovat a jsou individuální u daného jedince – některé děti jsou oproti svému běžnému chování hyperaktivní, jiné naopak zpomalené a unavené, u starších dětí může být přítomen zvýšený strach ze selhání a případná agrese; 4) Somatické projevy, kam spadají bolesti hlavy a břicha či problémy se spánkem nebo jídlom; 5) Sociální následky, kde dochází ke snížení a narušení sociálního kontaktu a spíše k sociální izolaci.

Děti školního věku již začínají verbalizovat své pocity, které lze pozorovat jak ve hře, tak ve fantazii. Součástí bývá nízké sebehodnocení, pocity viny a bezmoci, témata týkající se depresivních zážitků, jako například ostuda, ztráta blízkých, odmítnutí druhými, kritika, neoblíbenost aj. Prvním pozorovatelným faktorem je zhoršení školních výsledků a prospěchu, což je zapříčiněno snížením soustředění a koncentrace na učivo, zhoršením kontaktu se spolužáky i ztrátou zájmu o učivo samotné. Může se jednat i o anxiету ze zkoušení, vyvolání před třídou, a tím i předvedení výkonu či ze samotného provedení úkolu. U projevů chování není jednoznačný popis, některé děti reagují na depresi klidem a jistým útlumem, jiné naopak zvýšenou aktivitou, vzdorovitostí a neposlušností. Základním příznakem je však somatizace (bolesti hlavy a zažívací potíže u dívek, zvýšení hmotnosti u chlapců) a chování neodpovídající kontextu situace. Častá je také regrese a somatické stesky. U mladých pacientů se můžeme častěji setkat s atypickou depresí s vegetativními symptomy, která je na rozdíl od deprese u starších osob provázena zvýšenou spavostí a zvýšenou chutí k jídlu. Již u dětí školního věku je třeba počítat s rizikem suicidia (Říčan et al., 2009; Malá, 2008). Kashani, Rosenberg a Reid (1989) uvádějí, že depresivní symptomatika u 8letých jedinců je spojena

se stažením se a s pesimismem. U 12letých dětí se jedná nejčastěji o pesimismus zaměřený na budoucnost a fyzické symptomy, jako například poruchy spánku, nechutenství či bolesti břicha.

Deprese u dětí je nejčastěji reakcí na ztrátu blízké osoby a jiné akutní či chronické traumatické zážitky. Vysoká míra výskytu (až 40%) je i u dětí s poruchami učení, kde je deprese spojena s opakovaným selháváním a neúspěchem ve škole (Říčan et al., 2009).

Obraz deprese v adolescenci je již velmi podobný depresi v dospělosti, i přesto jsou zde však pozorovatelné specifické znaky vyskytující se právě v daném období. U adolescentů je typická ztráta zájmu, ztráta komunikace a sociálních kontaktů a určité stažení se ze sociálního života, zhoršení kognice a selhávání ve škole, únava, často zvýšená spavost či naopak nespavost, impulzivita a s ní spojené užívání návykových látek, nedostatek energie a motivace, virtuální smutek, zoufalství a beznaděj, silné kolísání nálad, potřeba být potrestán, zvýšená citlivost na neúspěch a kritiku, zvýšený pocit nudy, bolesti hlavy či břicha, záchvaty pláče, netypické chování jedince a sebevražedné tendence (Malá, 2008; Carr-Gregg, 2012). Právě riziko sebevraždy je v období adolescence velmi vysoké (Říčan et al., 2009), a to až 6× větší u depresivních adolescentů než u jedinců ve zdravé populaci v tomto věku (Hosák et al., 2015), a je spojeno s impulzivním chováním (Malá, 2008). Říčan a kolektiv (2009) uvádějí, že oproti dospělým zažívají adolescenti častěji pocity nudy, podrážděnosti, chovají se rizikově a objevuje se u nich úzkost spojená s nadměrnou konzumací návykových látek (Malá, 2008). U adolescentů se také častěji objevuje tzv. tichá rezignace, která se vyznačuje zasněností, izolací či rozladěností nálady (Malá, 2008). Kashani a kolektiv (1989) ve svém výzkumu zjistili, že jedincům ve věku 17 let s depresivní symptomatikou se častěji zdávají noční můry, než je tomu ve zdravé populaci. Rola (2007) také zjistil, že výskyt depresivity je vyšší u adolescentů navštěvujících městské školy než u adolescentů z vesnických škol.

2.5 Negativní myšlení / beznadějnost

Negativní myšlení nebo také beznadějnost (Hopelessness) je stejně jako přecitlivělost, impulzivita a vyhledávání vzrušení součástí Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS) (Dolejš, 2010a, b; Conrod & Woicik, 2002). Slovník APA (VandenBos, 2007) popisuje beznadějnost jako pocit nezažívání pozitivních emocí bez možnosti zlepšení. Beznadějnost je často také součástí depresivních epizod či depresivních poruch, stejně jako se objevuje u pokusů o sebevraždu či u sebevražd. Conrod a Woicik (2002) i Dolejš (2010a, b) uvádějí, že jedinci, kteří dosahují vysokých skóre v osobnostním faktoru negativní myšlení, jsou depresivnější, často plačtiví, mají sklony k nadužívání farmak, například analgetik, k automedikaci či zneužívání alkoholu. V jednání a chování jsou pasivnější, a tak i více izolovaní od okolního světa a lidí v něm.

Negativní myšlení je také něco, co se objevuje u jedinců trpících depresí. Avšak toto oslabení naděje nemusí být pouze příznakem deprese, běžně v životě se totiž ocitáme v situacích, které obtížně překonáváme. Těmito situacemi mohou být ztráta blízkého, nadměrná únava nebo chvíle, kdy nemusíme čelit jen velkým těžkostem, ale i mnoha malým, kdy se nám zdá, že tyto drobné obtíže neberou konce (Křivohlavý, 2013). Dolejš, Miovský a Řehan (2012) uvádějí, že negativní myšlení má souvislost se strategiemi zvládnání stresu a s konformitou. Jsou popsány také tělesné projevy související s negativním myšlením, jedná se o potíže se spánkem, o změnu váhy, únavu, tíhu ve svalech, tělesný neklid, nedostatek energie či stažení na hrudi nebo způsoby jednání, kam patří neustálá potřeba ujištění, bouchání do věcí, pasivita, společenská izolace a s ní spojené vyhýbání se přátelům či nejbližšímu okolí a vyhýbání se příjemnému (Conrod, Comeau, & Stewart, 2004; in Dolejš et al., 2012). Často se objevuje i několik rysů charakteristických pro pocity beznaděje. Jedná se o vyhodnocení informací takovým způsobem, který bere odvahu a vede k pocitům beznaděje. Člověk vnímá pouze věci, které by „měl udělat“ či „udělat musí“, takže se mu tyto aktivity nemohou nikdy povést a klade

si nadměrné cíle. Dalším rysem je přebírání odpovědnosti za negativní výsledek nějaké situace (Woicik, Stewart, Pihl, & Conrod, 2009).

Beznaděj bývá dáována do souvislosti právě s depresí. Beznadějnost je brána jako část kognitivní triády deprese. Kognitivní triáda zahrnuje automatické, spontánní a na první pohled nekontrolovatelné negativní myšlenky zaměřené na sebe, na svět a na budoucnost (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; in Boduszek & Dhingra, 2016). Vznikla také „hopelessness theory of depression“, kde autoři předpokládají, že existuje něco jako beznadějná deprese, jejíž hlavní komponentou je právě beznadějnost (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989). Autoři Waszczuk, Coulson, Gregory a Eley (2016) se zabývali právě „hopelessness theory of depression“ u dvojčat a sourozenců v adolescentním věku. Zaměřili se celkově na 2 619 dvojčat a sourozenců. Zjistili, že beznadějnost je částečně dědičná a dále také že beznadějnost úzce souvisí s depresí, ale není spojena s příznaky úzkosti.

Bylo srovnáno 44 výzkumů z celého světa, které využily Beckovu škálu beznadějnosti u adolescentů. Na základě daných studií bylo zjištěno, že američtí studenti vykazují významně nižší skóre beznadějnosti než adolescenti v jiných zemích. Rozdíl v pohlaví nelze prokázat. Bylo nalezeno 10 studií, ve kterých skórovali výše chlapci, a 6, kde ve škále beznadějnosti naopak skórovaly výše dívky (Lester, 2015). Stejný výzkum se zaměřil také na Kazdinovu škálu beznadějnosti – srovnával 34 studií. Byly zjištěny stejné výsledky v komparaci americké populace a zbylých států. V porovnání pohlaví pomocí Kazdinovy škály beznadějnosti skórovali v 8 studiích výše opět chlapci a ve 3 studiích skórovaly výše dívky (Lester, 2015). Další z výzkumů (McGee, Williams, & Nada-Raja, 2001) zkoumal rozdíly mezi dospívajícími chlapci a dívkami v oblastech sebeúcty a beznaděje a jejich vliv na sebevražedné myšlenky. Bylo zjištěno, že u chlapců mají sebevražedné myšlenky základ již v dětství, se signifikantními vztahy k nízké sebeúctě a k beznaději. U dívek se prokázal slabý, ale signifikantní vztah sebevražedných myšlenek a sebeúcty (McGee et al., 2001).

Na Beckovu škálu beznaděje se zaměřili také Szabó a kolektiv (2016). Autoři otestovali 905 jedinců s diagnostikovanou psychickou poruchou a 100 psychicky zdravých jedinců. Zjistili, že jedinci s poruchou

nálady skórují v celkovém skóru škály beznaděje nejvýše ($M = 10,41$, $SD = \pm 4,92$), tedy že zažívají nejvyšší míru beznaděje. Druhou poruchou s nejvíce prožívanou beznadějí je úzkostně depresivní porucha ($M = 8,85$, $SD = \pm 4,47$), následována je fobickými a úzkostnými poruchami ($M = 5,82$, $SD = \pm 4,34$). Neklinická populace dosahovala průměru 2,03 ($SD = \pm 2,11$). Beckova škála beznaděje tak dobře diferencuje mezi klinickou a neklinickou populací a ukazuje na přítomnost negativních myšlenek u psychických onemocnění (Szabó et al., 2016).

Tavakolizadeh a Ghochani (2017) se zabývali redukcí beznadějnosti pomocí humoru u matek dětí s mentální retardací. Zjistili, že humor snižuje míru beznaděje a je dobrou kognitivní i emoční strategií zvládnání pro matky, které se vyrovnávají s emočními a stresujícími faktory u takto postižených dětí.

Další studie se často věnují rizikovému chování, jako například užívání návykových látek nebo kyberšikaně. Potvrzují to i výzkumy specificky zaměřené na Škálu představující riziko z hlediska užívání návykových látek (Dolejš, 2010a; Conrod & Woicik, 2002). První prezentovaná studie se zaměřila na 3 783 jedinců ve věku 11–15 let. Studie proběhla v Holandsku a autoři (Malmberg, Overbeek, Monshouwer, Lammers, Vollebergh, & Engels, 2009) zjistili, že jedinci vykazující vyšší skór ve škále beznadějnost / negativní myšlení mají vyšší pravděpodobnost užívání alkoholu nebo marihuany v nižším věku. Autoři také zjistili, že čím je vyšší skóre ve škále beznaděje / negativního myšlení, tím je nižší věk prvního užití marihuany (Malmberg et al., 2009). K podobným výsledkům dospěl i autorský kolektiv Bainesová, Jones a Christiansen (2017), kteří zjistili, že beznadějnost nepřímou souvisí s motivy k užívání alkoholu a užívání alkoholu predikuje. Hudsonová, Wekerleová a Stewartová (2014) u adolescentů ve věku 15–20 let ($N = 83$) zjistily, že beznadějnost souvisí s užíváním alkoholu jako strategií pro vyrovnání se s negativními emocemi.

Podobný výzkum byl proveden i ve Francii (Ali et al., 2016). Zde autoři testovali 5 069 studentů ve věku 14–20 let. V předložené studii dosahují dívky v beznadějnosti / negativním myšlení vyšších skóru, než je tomu u chlapců. Ve studii Aliho a kolektivu (2016) bylo zjištěno, že beznadějnost / negativní myšlení se pojí s vyšší tendencí k experimentování

s návykovými látkami, a autoři zjistili, že se jedná převážně o tabák a marihuanu. Bolland (2003) se zaměřil na skupinu adolescentů (N = 2 468) ve věku 9–19 let, kteří vyrůstali a žijí v centru města. Zaměřil se na prožívanou beznaděj, agresivní a násilné chování, užívání návykových látek, rizikové sexuální chování a zranění. Zjistil, že 46,8% mužů ze vzorku pocituje vysokou míru beznaděje, stejně je tomu u 26,9% žen. Stejně tak zjistil, že pocity beznaděje souvisí se všemi zmíněnými formami rizikového chování.

Jako poslední uvedeme výzkum zaměřený na beznadějnost / negativní myšlení a jejich souvislost s kyberšikanou. Dilmaç (2017) provedl výzkum u 894 studentů ve věku 15–19 let, který se zaměřoval na vztah kyberšikany, beznadějnosti a hodnot. Zjistil, že kyberšikanu i beznadějnost nejvíce ovlivňují právě hodnoty, tedy čím větší váhu měly u adolescentů hodnoty, tím byla kyberšikana i beznadějnost nižší. Beznadějnost také ovlivňuje očekávání kyberšikany, tedy pokud se zvyšuje beznadějnost, zvyšuje se také pravděpodobnost kyberšikany (Dilmaç, 2017).

Beznaděj je něco, co se nevyhýbá ani psychologům v rámci terapeutické práce či v rámci krizové intervence. Gerrard (2015) uvádí své pocity beznaděje v rámci psychoterapeutické práce s dvěma klientkami. Stejně tak i v krizové intervenci se může objevovat beznaděj a naštvání vůči lpění klienta na traumatu (Švarc, 2003). Beznaděj tak může přijít i u osob, které se nacházejí v psychické krizi (Klimpl, 2009).

S beznadějí je možné pracovat i v rámci preventivních programů, jedním takovým je již zmiňovaný program „PREVenture“ (Dolejš, 2010a, 2010b; Šťastná, Endrödiová, Charvát, Maierová, & Dolejš, 2012; Charvát, Maierová, Šťastná, Dolejš, & Endrödiová, 2011). V rámci preventivního programu se s adolescenty pracuje na rozpoznání dopadů negativního myšlení a přímo na rozpoznání samotných negativních myšlenek a na jejich přehodnocení (Maierová et al., 2012; Maierová, Charvát, Miovský, & Šťastná, 2015; Šťastná et al., 2012; Charvát et al., 2011). Robinson a kolektiv (2016) se zaměřili na intervenci pomocí internetu a 8 modulů, které jedinci absolvují. Moduly jsou zaměřeny na sebevražedné myšlenky, depresi a beznadějnost. Jednalo se o pilotní studii, které se zúčastnilo 21 stu-

dentů. U všech studentů došlo ke snížení ve všech zmíněných oblastech. Jednalo se však pouze o pilotní studii bez kontrolního vzorku.

2.6 Impulzivita

Impulzivita je v rámci naší práce brána jako součást osobnostních rysů a je jednou ze subškál Škály představující riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS) (Dolejš et al., 2012).

Impulzivitou nejčastěji rozumíme „*sklon osobnosti jednat náhle, nepromyšleně, bez úvahy o následcích*“ (Hartl & Hartlová, 2010, 217). Impulzivita je brána jako osobnostní faktor, který se vyznačuje tím, že člověk nejdříve jedná a teprve následně domýšlí důsledky svého jednání. Je možné impulzivitu ve zkratce chápat jako tendenci k jednání bez rozmyšlení (Dolejš & Skopal, 2016; Linhartová & Kašpárek, 2017). Autorky metody SURPS Conrod, Woicik (2002; Woicik et al., 2009) uvádějí, že impulzivní jedinci mají skony k velmi rychlému, roztržitému, hrubému až agresivnímu jednání. Jdou pouze za krátkodobými cíli a nezabývají se důsledky svého jednání, a to jak v krátkodobém, tak v dlouhodobém hledisku. Tito jedinci se často cítí být obětí tzv. „nefěr“ jednání.

Impulzivita se objevuje v mnoha teoretických konstruktech osobnosti, avšak na poli české literatury je s ní zacházeno velmi skromně. V rámci zahraničních teorií lze uvést například Eysencka a Eysenckovou (1975). Tito autoři chápali impulzivitu jako sklony k rizikovosti, vyhledávání vzrušení a také jako specifickou součást psychoticismu či jako složku extraverte v trojrozměrném modelu osobnosti. Cloninger ve svých modelech popisuje faktor tzv. vyhledávání nového, který je složen z vyhledávání vzrušení a preferování jednání na základě pocitů v danou chvíli, aniž by se jedinec pozastavil nad pravidly a omezeními (Cloninger, Przybeck, & Svrakic, 1991; Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993). V pětifaktorovém modelu osobnosti se objevuje impulzivita jako nízký skór v jedné ze subškál svědomitosti (Costa & McCrae, 1992). Linhartová a kol. (2017) uvádějí impulzivitu jako vícedimenzionální přístup, avšak popisují, že prozatím není nalezena shoda, jaké dimenze impulzivita ob-

sahuje. Linhartová a kol. (2017) také uvádějí, že určitou míru impulzivitu mají všichni lidé, a to převážně ve vypjatých situacích, kterými mohou být například časová tíseň, stresující či emočně náročné situace. Dolejš a Skopal (2016) zjistili, že impulzivita roste do 14. roku věku a poté velmi pozvolna opět klesá. Uvádějí také, že chlapci dosahují vyšší míry impulzivitu než dívky. V porovnání studií provedených u českých adolescentů ve věku 11–15 let (Skopal et al., 2014) a slovenských adolescentů (Čerešník & Gatíal, 2014) bylo zjištěno, že čeští adolescenti jsou impulzivnější než ti slovenští. Ve slovenské studii bylo zjištěno, že mladší chlapci jsou impulzivnější než dívky, avšak u starších adolescentů je tomu naopak, tedy že dívky jsou impulzivnější než chlapci (Čerešník & Gatíal, 2014).

Projevy impulzivitu jsou velmi individuální a rozmanité, jedná se například o formu nekontrolovaných pohybů, různé hlasové projevy či o rizikové chování (Linhartová & Kašpárek, 2017). Dle Eysencka (1993; in Vazire & Funder, 2006) má impulzivita silný biologický základ. Bylo prokázáno, že impulzivita je dědičná, dále že je spojena s nízkou hladinou serotoninu a se specifickou aktivitou v prefrontální kůře. Arain a kolektiv (2013) uvádějí, že impulzivita může být premorbidním rizikovým činitelem, ale může se také objevit druhotně, a to zejména užíváním návykových látek, úrazem hlavy či neurodegenerativním onemocněním.

Vazire a Funder (2006) se zabývali popisem impulzivitu u jedinců z pohledu rodičů a učitelů, a to pomocí kognitivních testů a také ověření v chování, kde se zaměřovali na netrpělivost a nepokoj. Woicik a kolektiv (2009) se zaměřili také na spojení impulzivitu s afektivitou, a to s afektivitou negativní. Toto spojení zahrnuje podsložky impulzivitu, kterými jsou 1) naléhavost, 2) dysfunkční impulzivita a 3) ukvapená impulzivita. Právě naléhavost je spojena se zbrklým jednáním v situacích, kdy je jedinec vystaven negativnímu afektu, což je důležité, jelikož nám to ukazuje roli emocí v maladaptivním chování jedince (Woicik et al., 2009).

Širůčková (2009) uvádí, že impulzivita je dokonce jeden z nejčastěji zmiňovaných přímých faktorů rizikového chování. V mnoha případech je zmiňována souvislost impulzivitu a návykového chování se zaměřením na více typů návykových látek (Dolejš & Skopal, 2016; Hamdan-Mansour, Mahmoud, Shibi, & Arabiat, 2018; Loree, Lundahl, & Ledgerwood,

2015) nebo v některých případech pouze v rámci užívání alkoholu (Sanchez-Roige, Stephens, & Duka, 2016) či gamblingu (Leppink, Redden, & Grant, 2016). Loree a kolektiv (2015) uvádějí impulzivitu jako jeden z hlavních prediktorů návykového chování. Výzkum prováděli na základě rešerše literatury zahrnující téma návykového chování. Do výzkumu zařadili výzkumné články z let 1997–2012 a na základě obsahové analýzy zjistili, že z 1 828 dostupných článků jich 33 udávalo impulzivitu jako prediktor k léčbě návykového chování. Hamdan-Mansour a kolektiv (2018) zjišťovali vztah mezi impulzivitou a užíváním návykových látek u 655 univerzitních studentů ve věku 18–25 let. Autoři pro svou práci využili Persian Substance Use Questionnaire (Fadardi, 2005; in Hamdan-Mansour et al., 2018) a Barratt Impulsiveness Scale 11 (Patton, Stanford, & Barratt, 1995; in Hamdan-Mansour et al., 2018). Na základě použitých metod autoři našli signifikantní vztah mezi impulzivitou a užíváním návykových látek ($r = 0,11$, $p < 0,05$). Dalším z výzkumů, který uvedeme, je výzkum autorů Leppink a kol. (2016), kteří se zaměřili na impulzivitu a gambling. Tito autoři se zaměřili na jedince ($N = 154$) s diagnostikovaným patologickým hráčstvím dle DSM-IV či DSM-V. K měření impulzivity využili tři dotazníky, jednalo se o Barratt Impulsiveness Scale 11, Eysenck Impulsiveness Questionnaire a Stop-Signal Task. Autoři došli k zajímavému zjištění, kdy dospěli s diagnózou patologického hráčství neskórovali v dotaznících Eysenck Impulsiveness Questionnaire a Stop-Signal Task klinicky odlišně od normy. Klinicky významný rozdíl byl nalezen pouze v dotazníku Barratt Impulsiveness Scale 11. Nešpor a Csémy (2013) uvádějí, že se rizika u impulzivních jedinců zneužívajících alkohol potencionují. Uvádějí také, že samotná impulzivita zhoršuje také léčbu, a to kvůli porušování pravidel či zhoršené komunikaci. Nešpor a Csémy (2013) poukazují, že mírnění impulzivity má pozitivní vliv na prevenci sebevražedného chování u adolescentů.

Impulzivita je však spojována s řadou dalších obtíží, jako například se syndromem hyperaktivity (Matoušek & Matoušková, 2011). Vazire a Funder (2006) spojují impulzivitu s narcistickým chováním, kdy impulzivita má dle nich za následek nedostatek sebekontroly a s tím spojené i „dělání se lepším“ (self-enhancement). Dalšími typy, které však mohou

patřit také pod návykové chování, jsou nezdrženlivé nakupování (oniománie), návykové chování vůči internetu, poruchy příjmu potravy, násilné chování, sebevražedné tendence či neúmyslné úrazy či ohrožení se na životě (srov. Seitz et al., 2012; Theobald & Farrington, 2012; Swahn, Bossarte, & Sullivent, 2008; Coghlan & MacDonald, 2010). Byl proveden výzkum na vzorku adolescentů v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy, kde předpokladem bylo rizikové chování jedinců ve vzorku. Jednou ze sledovaných položek byla i impulzivita. Jedinci dosahovali ve faktoru impulzivity statisticky významně vyšších skóreů oproti normě ($M = 0,63$, $SD \pm 1,55$ ve standardních skórech) (Vavrysová, 2014).

Impulzivita je také součástí několika duševních poruch či poruch chování. Jednotlivé poruchy budeme popisovat z pohledu Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize ve zkratce MKN 10 (Slovák, Przewczková, Daňková, & Zvolský, 2017). Z poruch osobnosti se jedná o emočně nestabilní poruchy osobnosti (F60.3) či jiné nutkavé a impulzivní poruchy (F63) a z oblasti poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání se jedná o hyperkinetické poruchy (F90) (Vágnerová, 2008; Orel et al., 2012; Praško et al., 2011; Slovák et al., 2017).

Emočně nestabilní porucha je popisována jako porucha osobnosti se sklonem ke zkratkovitému chování bez uvážení následků. Součástí jsou také nepředvídatelná nálada, emoční výbuchy a neschopnost tyto výbuchy ovládat. Časté jsou také konflikty s okolím. Emočně nestabilní poruchu osobnosti dělíme na dva typy, a to na typ impulzivní, u kterého převažuje emoční nestabilita a neovládání popudů, a typ hraniční, pro který je charakteristická porucha představy o sobě samém, o cílech a osobních preferencích a dále jsou přítomny pocity prázdnoty, nestabilní mezilidské vztahy a sebezničující chování (Slovák et al., 2017; Orel et al., 2012; Praško et al., 2011). Nutkavé a impulzivní poruchy mají impulzivitu již v názvu. Jedná se o skupinu, do které dále spadá patologické hráčství, patologické zakládání požárů, patologické kradení, trichotillomanie, jiné nutkavé a impulzivní poruchy a nutkavá porucha NS. Obecně je tato diagnostická kategorie charakterizována jako porucha chování, pro kterou je typické opakování činu, který však nemá racionální motivaci, není

možné jej ovládat a působí poškozování jedince, ale i jeho okolí (Slovák et al., 2017; Orel et al., 2012; Praško et al., 2011). Poslední zmíněnou psychickou poruchou spojenou s impulzivitou jsou hyperkinetické poruchy, kam spadají poruchy aktivity a pozornosti, hyperkinetická porucha chování, jiné hyperkinetické poruchy a hyperkinetická porucha NS. Tato porucha je charakterizována velmi brzkým nástupem, cca do 5 let věku dítěte. Dítě má nedostatečnou vytrvalost ve věcech, které vyžadují poznávací schopnosti. Mají tendenci tyto činnosti velmi rychle měnit, bez dokončení dané aktivity. Tyto děti jsou hyperkinetické, impulzivní, hlučné, neukázněné, mají vyšší tendenci k úrazům a velmi snadno se dostávají do konfliktu s autoritami, ale i s vrstevníky (Slovák et al., 2017; Orel et al., 2012; Praško et al., 2011). Impulzivitu je však možné nalézt i v jiných kategoriích MKN 10, není zde však explicitně popsána. Jedná se například o již výše zmíněné poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek či neurotické poruchy aj.

Existují i postupy, které se zaměřují na práci s impulzivitou a její mírnění. Jedním z autorů, který se zaměřuje na mírnění impulzivity, je Nešpor (2013). Zmiňuje, že postupy pro zvládnutí impulzivity jsou v mnohém podobné jako postupy pro zvládnutí bažení a silných emocí. Postupy dělí dle typu impulzivity takto: 1) Impulzivita týkající se pozornosti; 2) Impulzivita týkající se motoriky a 3) Nedostatečné plánování. U prvního typu, tj. impulzivity týkající se pozornosti, doporučuje nácvik pozornosti, uvědomění si aktuálního stavu a vyvážený životní styl, ve kterém je potřeba dbát na základní potřeby, jejichž podcenění také oslabuje pozornost. Doporučuje také naučit se zvládat své emoce, vybírat pro pozornost pouze to důležité či rozšíření nebo odvedení pozornosti. K nácviku Nešpor (2013) navrhuje relaxační a meditační techniky, podpůrnou psychoterapii či změnu vztahového rámce. U druhého typu, impulzivity zaměřené na motoriku, radí vyhýbat se situacím a prostředí, které k impulzivnímu jednání svádí, u adolescentů by se mělo jednat o přiměřený dohled ze strany rodičů. Dále doporučuje také odložit své rozhodnutí, udělat opak toho, k čemu impulzivita nutí. Jako efektivní se jeví také opuštění prostředí, které podporuje impulzivní chování. U posledního typu impulzivity, u nedostatečného plánování, doporučuje opatřit si pod-

statné informace, dopřát si čas pro rozhodnutí, komunikovat s lidmi, kteří tématu rozumí, hledat a zkoumat alternativy a jejich důsledky či pracovat s „technikou semafor“. Technika semafor pracuje na principu červené jako zastavení se, žlutá je prostor pro zvažování a zelená je prostorem pro uskutečnění vybrané možnosti a její zhodnocení (Nešpor, 2013).

Další možnost při práci s impulzivitou představuje preventivní program. Metoda SURPS je součástí preventivního programu PREVenture, který vytvořil tým pod vedením Conrod (Maierová et al., 2012; Maierová et al., 2015; Dolejš, 2010a, 2010b; Charvát, Maierová, Šťastná, Endrödiová, & Dolejš, 2012; Šťastná, Dolejš, Endrödiová, Charvát, & Maierová, 2011). Metoda je zaměřena převážně na prevenci užívání návykových látek. Zaměřuje se na posílení protektivních faktorů a zvládnání čtyř osobnostních rysů, které mohou rozvoj rizikového chování podporovat. Těmito rysy jsou impulzivita, přecitlivělost, negativní myšlení a vyhledávání vzrušení. Preventivní program pracuje nejprve se screeningovým dotazníkem SURPS, s jehož pomocí jsou jedinci rozčleněni do skupin, ve kterých se následně pracuje na převládajících osobnostních rysech (Maierová et al., 2012; Maierová et al., 2015; Dolejš, 2010a, 2010b; Charvát et al., 2012; Šťastná et al., 2011).

2.7 Vyhledávání vzrušení

Vyhledávání vzrušení je dalším osobnostním rysem, který je součástí Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek – SURPS. V předložené metodě je vyhledávání vzrušení, v originálním znění „sensation seeking“, popisováno jako tendence k nacházení zajímavých, vzrušujících a neobvyklých zážitků, které nejsou společností běžně vyhledávány. Jedinci jsou charakterizováni jako velmi neklidní, roztěkaní, spontánní, s přebytkem energie, kteří jsou pohlčeni aktuálním okamžikem a činností, jíž věnují svou pozornost, a kteří nekontrolují své chování. Tito adolescenti mají i zvýšený sklon k experimentování s návykovými látkami (Conrod & Woicik, 2002; Dolejš, 2010a, 2010b; Maierová et al., 2012; Maierová et al., 2015; Woicik et al., 2009).

Dle slovníku APA (VandenBos, 2007, 836) je „sensation seeking“ vymezováno jako „*tendence k prozkoumání a zapojení se do vzrušujících aktivit jako způsobu zvýšení stimulace a vzrušení. Má převážně podobu účasti na vysoce stimulujících aktivitách, které obsahují prvek nebezpečí. Jedná se o aktivity jako parašutismus či automobilové závody*“ (volný překlad autorky práce). „Sensation seeking“ je dle slovníku APA (2018) uváděno jako synonymum „*novelty seeking*“, které je definováno jako „*osobnostní rys charakterizovaný silným zájmem o nové zkušenosti. Je často spojen s rizikovým chováním.*“ (volný překlad autorky práce). Zuckerman (1990) chápe vyhledávání vzrušení jako osobnostní rys, pro který je typické vyhledávání nových, různorodých a komplikovaných zážitků, při kterých je osoba ochotna riskovat. V českém překladu se můžeme setkat také s překladem „*tendence k vyhledávání mimořádných prožitků*“ (Kirchner, 2012).

Zuckerman formuloval hypotézu, že podkladem pro vyhledávání vzrušení je limbický systém a činnost neurotransmiterů. Vyhledávání vzrušení „*dává do souvislosti s hladinou katecholaminů noradrenalinu a dopaminu v oblastech odměny limbického systému: vysoká úroveň hledání vzruchu je spojena s nízkou hladinou dopaminu*“ (Blatný et al., 2010, 37). Cloninger (1986, 1987; in Blatný et al., 2010) rozlišil tři temperamentové dimenze: 1) vyhýbání se poškození, 2) vyhledávání nového a 3) závislost na odměně. Osobu skórující vysoko v dimenzi vyhledávání nového lze popsat jako zkoumající, impulzivní, výstřední a dráždivou. Naopak člověk dosahující nízkého skóru je popsateľný jako opatrný, rigidní, stoický či uměřený. (Blatný et al., 2010)

Harden, Mann, Steinberg, Tackett a Tucker-Drop (2018) uvádějí, že vyhledávání vzrušení roste od dětství do adolescence, Galvan a kolektiv (2007) toto období více specifikují, a to na pozdní dětství až střední adolescenci. Avšak autoři Evans-Polce, Schuler, Schulenberg a Patrick (2018) se zaměřili na jedince ve věku mladé dospělosti, tj. 18 až 30 let. Zjistili, že muži dosahují oproti ženám vyšších skóru v rysu vyhledávání vzrušení při celkovém užívání návykových látek, avšak v nadměrném pití a užívání marihuany ženy starší 20 let náhle přesahují ve vyhledávání vzrušení muže. U mužů tento rys zůstává konstantní, či dokonce s věkem klesá,

u žen se souvislost užívání návykových látek a vyhledávání vzrušení snižuje velmi pomalu či naopak u některých žen stoupá. Harden a kolektiv (2018) zjistili rozdíly ve vyhledávání vzrušení u mužů a žen, kdy u mužů byla nalezena oproti ženám významná souvislost mezi vyhledáváním vzrušení a citlivostí k odměnám. Stejně tak byla u mužů nalezena pozitivní souvislost mezi hodnocením vlastní puberty a vyhledáváním vzrušení. Naopak u žen byla zjištěna negativní souvislost v hodnocení vlastní puberty a vyhledání vzrušení. Vyhledávání vzrušení může být také součástí poruch pozornosti s hyperaktivitou v dospělosti (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder), jak uvádějí autoři Miovský, Čablová a Kalina (2013).

Zuckerman a Glicksohn (2016) popisují vztah Eysenckova modelu osobnosti, kam spadají extraverte, psychoticismus, neuroticismus, vyhledávání vzrušení a impulzivita. Při srovnávání byla nalezena souvislost mezi vyhledáváním vzrušení a psychoticismem a mezi vyhledáváním vzrušení a extravertí. Korelace byla vyšší právě s psychoticismem. Článek se zaměřuje i na vztah vzrušení („arousal“) a vzrušivosti („arousability“) spolu s impulzivitou a vyhledáváním vzrušení, kdy vyhledávání vzrušení souvisí spíše se vzrušivostí a impulzivita se vzrušením (Zuckerman & Glicksohn, 2016).

Pojem vyhledávání vzrušení uvádí i Hřebíčková (2011), která se zabývala pětifaktorovým modelem osobnosti. Do výzkumu zahrnula 473 respondentů ve věku 14 až 60 let. Těmto respondentům předložila seznam 289 sloves k sebesposouzení, z čehož následně odvodila dvou- až pětifaktorová řešení. Právě druhý faktor je na jedné straně posuzován pomocí sloves vyjadřujících úzkost, obavy, nejistotu, submisivitu či negativní emoce a na straně druhé se jedná o slovesa související s vyhledáváním vzrušení, předváděním se apod.

Velké množství výzkumů ohledně vyhledávání vzrušení je spojeno právě s užíváním návykových látek. Výzkum v českých podmínkách v souvislosti s užíváním návykových látek provedl Dolejš (2010a), který se zaměřil na standardizaci metody SURPS v českém prostředí. Dolejš (2010a) zařadil do výzkumu 5 062 žáků základních škol a víceletých gymnázií. Průměrný věk jedinců byl 13,24 let. Jedinci v tomto výzkumném

souboru dosáhli ve škále vyhledávání vzrušení $M = 16,3$ ($SD = \pm 3,3$). Dolejš a kolektiv (2014) srovnávají výsledky čtyř studií pomocí metody SURPS, kdy právě jednou ze studií je již zmíněná standardizační studie Dolejše (2010a). Zjistili, že všechny studie zaměřené na českou populaci se shodují. Odlišuje se pouze studie Woicik a kolektivu (2009; in Dolejš et al., 2014).

Ze zahraničních výzkumů zmiňme například výzkum Charlesové a kolektivu (2016), kteří se věnovali impulzivité a vyhledávání vzrušení ve spojení s užíváním návykových látek. Autoři do výzkumu zapojili celkově 386 participantů, které rozdělili do dvou skupin. První skupina sestávala z těch, kteří nejpozději do střední adolescence užili některou návykovou látku ($N = 117$), a těch, kteří návykové látky do období střední adolescence neužili ($N = 269$). Všechny tyto jedince již zkoumali v rané adolescenci a následně poté ve střední adolescenci. U těchto dvou skupin zjistili, že jedinci se zkušeností s návykovými látkami byli v rané adolescenci impulzivnější a více vyhledávali vzrušení. Zjistili také, že vyšší míra vyhledávání vzrušení souvisela s vyšším užíváním návykových látek ve střední adolescenci (Charles et al., 2016). Z tohoto longitudinálního výzkumu autoři (Charles, Mathias, Acheson, & Dougherty, 2017) vybrali 167 převážně hispánských jedinců s pozitivním užíváním návykových látek v rodinné historii a zaměřili se u nich na prožívání stresu a vyhledávání vzrušení. Vyšší míra vyhledávání vzrušení v dětství a vyšší míra stresu v období rané a střední adolescence odlišovaly uživatele návykových látek od jedinců, kteří měli zkušenost s návykovými látkami ve věku 15 let.

Další výzkum, realizovaný autory Trujillo, Obanda a Truchjillo (2016), se zaměřil na rodinnou dynamiku a užívání marihuany a alkoholu s ohledem na negativní emoční symptomy a vyhledávání vzrušení. U vzorku 571 studentů ve věku 10 až 19 let zjistili, že největší vliv na užívání alkoholu a marihuany mají dle jejich předpokladu právě negativní emoční symptomy a dále vyhledávání vzrušení. Význam těchto dvou proměnných je určován právě rodinnou dynamikou a její funkčností, tedy zda je v rodině dobře navázaná citová vazba, nebo zda je rodina v konfliktu. Dalším faktorem jsou aspekty užívání, kam spadá například věk prvního užití, frekvence užívání aj. Autorky Jensenová, Chassinová a Gonzálesová

(2017) se zaměřily na vliv vyhledávání vzrušení a sociálního okolí na počátek užívání návykových látek. Zjistily, že vyhledávání vzrušení má vliv na užívání návykových látek a potencionálně zvýhodněné sociální okolí podporuje vyhledávání vzrušení a s ním související užívání návykových látek.

Další výzkumy se věnují souvislosti mezi vyhledáváním vzrušení a rizikovými sporty nebo vyhledáváním vzrušení a řízením auta a dále se věnují řidičům a vyhledávání vzrušení za volantem. Rizikovým sportům a vyhledávání vzrušení se věnoval výzkum Klinarové, Burnika a Kajtanové (2017), kteří srovnávali 76 slovinských sportovců provádějících rizikové aktivity, jako například parašutismus, potápění, sjezd na lyžích aj., a 51 rekreačních sportovců, kteří běhají, hrají basketbal, fotbal či dělají jiné méně rizikové sporty pouze jako svou zábavu. Autoři výzkumu však nenalezli rozdíly ve vyhledávání vzrušení u těchto dvou skupin. Tématu vyhledávání vzrušení a rizikového řízení se věnuje například Šucha (2013), který uvádí prokázanou silnou korelaci mezi vysokým skórem ve vyhledávání vzrušení a rychlou jízdou, nedodržováním dopravních předpisů, řízením pod vlivem alkoholu či počtem nehod řidičů. Delhomme, Chaurand a Paran (2012) se zaměřili na osobnostní rysy hněvu a vyhledávání vzrušení a jejich vliv na rychlost jízdy u mladých řidičů. Zjistili, že vyhledávání vzrušení je lepším prediktorem rychlosti než hněv.

Aktuálním tématem je také souvislost mezi vyhledáváním vzrušení a užíváním moderních technologií, kdy právě užívání moderních technologií může nahradit užívání návykových látek u adolescentů. První z výzkumů se věnuje vyhledávání vzrušení a závislosti na smartphonu (Wang, Lei, Wang, Nie, Chu, & Jin, 2018). Autoři provedli výzkum u 655 adolescentů s průměrným věkem 16,8 let ($SD = \pm 0,74$). Výzkum ukázal, že vyhledávání vzrušení má pozitivní souvislost se závislostí na smartphonu. Zajímavým zjištěním také je, že vnímaná sociální opora u adolescentů zhoršuje pozitivní vztah mezi vyhledáváním vzrušení a závislostí na smartphonu, tedy čím více adolescenti vnímali sociální oporu, tím vyšších skóre dosahovali ve vyhledávání vzrušení a závislost na smartphonu byla silnější. U adolescentů, kteří vykazovali vysoké skóre v depresi, nebyl zjištěn signifikantní vztah mezi vyhledáváním vzrušení a závislostí

na smartphonu, a naopak, pokud se jednalo o jedince s nízkými skóry v depresi, byl vztah vyhledávání vzrušení a závislosti na smartphonu výsoce signifikantní (Wang et al., 2018). Další z výzkumů (Janssen, Cox, Stoolmiller, & Barnett, 2018) se zaměřil na sledování filmů adolescenty, které jsou americkou filmovou asociací hodnoceny písmenem R (neboli R-rated filmy). Jedná se o filmy hodnocené Americkou filmovou asociací. Hodnocení R znamená, že je film přístupný od 17 let pouze v doprovodu dospělé osoby. Ve filmu se můžou objevit hrubé výrazy, dále také násilné scény, nahota spojená se sexualitou či scény obsahující užívání návykových látek (Wikipedia, 2018). Tyto filmy spolu s vyhledáváním vzrušení mají podíl na užívání alkoholu. Avšak v případě kouření cigaret a marihuany byl prokázán vztah pouze se sledováním filmů s hodnocením R, nikoliv s vyhledáváním vzrušení. Vyhledávání vzrušení je stále velmi aktuálním konceptem, a to jak s ohledem na rizikové aktivity, jako je například rychlá jízda v autě, nebezpečné sporty a jiné, tak v rámci užívání návykových látek, ale i s ohledem na závislosti na moderních technologiích. Na základě získaných informací o kladném vztahu vyhledávání vzrušení a rizikového chování byly vytvořeny preventivní metody. Takto byla vytvořena i indikovaná primární prevence zaměřená speciálně na vyhledávání vzrušení. Jedná se o metodu PREVenture, jež pracuje s adolescenty, kteří dosahují zvýšených skóru ve faktoru vyhledávání vzrušení, ale i v impulzivité, negativním myšlení či v přecitlivělosti. U vyhledávání vzrušení se zaměřuje na práci s nudou a s potřebou stimulace. Pracuje pomocí edukace, zastavení a zamyšlení se nad důsledky svého chování (Dolejš et al., 2011; Maierová et al., 2012; Maierová et al., 2015).

2.8 Přecitlivělost/úzkostnost

Přecitlivělost (Anxiety Sensitivity) je stejně jako negativní myšlení / beznadějnost, impulzivita a vyhledávání vzrušení součástí Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS) (Conrod & Woicik, 2002; Dolejš, 2010a, b). Slovník APA (VandenBos, 2007, 64) definuje přecitlivělost jako strach, že pocity spojené s úzkostí budou mít bolestivý dopad. Jedinec s vysokou mírou přecitlivělosti bude pravděpodobně jednat bojácně, s velkými pocity úzkosti oproti jedincům, kteří dosahují nízkých skóre v přecitlivělosti. Přecitlivělý jedinec bude například považovat závrať za přicházející onemocnění či příchod mdlob a naopak osoba skórující jako méně přecitlivělá bude tyto příznaky považovat pouze za nepříjemné. Přecitlivělost je také osobnostní rys, který je rizikovým faktorem pro vznik panických atak či panické poruchy osobnosti (VandenBos, 2007). Další z definic může být ta Reisse, Petersona, Gurského a McNallyho (1986), kteří přecitlivělost neboli „anxiety sensitivity“ definují jako určitý rozsah, ve kterém jedinec věří, že úzkost a pocity spojené s úzkostí mají negativní dopad na jeho zdraví a osobu. V příručce k metodě SURPS je uvedeno, že slovo „Anxiety“ je do českého jazyka možné přeložit jako úzkost či strach a slovo „Sensitivity“ je možné překládat jako citlivost, doslovně přeloženo jako citlivost k úzkosti (Dolejš et al., 2012). Přecitlivělost lze také přeložit jako úzkostnost.

Na základě popisu Conrod a Woicik (2002) či Dolejše (2010a) lze říci, že jedinci ukazující se jako přecitlivělí mají sklony k nadužívání farmak či alkoholu, ale nemají blízko k užívání marihuany. Mají tendence spoléhat se na druhé, snaží se z pro ně obtížných situací co nejdříve uniknout, vyhnout se jim. Velmi rychle a hodně mluví, neboť se bojí, že o navázaný kontakt přijdou. Mají tendenci v některých situacích panikařit. Adolescenti s vysokou mírou přecitlivělosti vnímají svou budoucnost jako negativní a obávají se jí. Často se u těchto jedinců projevují také somatické obtíže, jako například bolesti hlavy, bolesti žaludku a žaludeční nevolnosti, bušení srdce a zvýšené napětí (Dolejš et al., 2012). Celkově jsou fyziologické příznaky u jedinců se zvýšenou přecitlivělostí velmi čas-

té a tito jedinci mají tendenci tyto příznaky zveličovat a vnímat ve větší intenzitě. Byla zjištěna také souvislost mezi vysokou přecitlivělostí a neuroticismem. Přidružují se tak i pocity viny, sklíčenost a přemrštěné reakce na běžný stres a s tím spojená vyšší náchylnost k depresi, panické poruše a fobiím (Stossel, 2015).

Další z autorů (Zavos et al., 2012) uvádějí, že úzkostnost má také sociální, psychické a zdravotní důsledky. Další dělení je odvozeno od subškál Indexu úzkostnosti (Reiss et al., 1986). Tyto subškály jsou rozděleny na kognitivní citlivost, fyzickou citlivost a sociální citlivost (Reiss et al., 1986). Dalším zjištěním je také to, že přecitlivělost neodlišuje pouze klinickou skupinu jedinců s úzkostnými poruchami od neklinické skupiny, ale že předpovídá úzkostnost v průběhu času, což zjistili daní autoři v rámci longitudinálního výzkumu (Zavos et al., 2012). Allan, Capron, Lejuez, Reynoldsová, MacPhersonová a Schmidt (2013) se zabývali výzkumem v oblasti vývojových trajektorií úzkostných symptomů a vlivem přecitlivělosti v brzké adolescenci. Jednalo se opět o longitudinální výzkum, který probíhal po dobu 3 let u 277 adolescentů ve věku 9–13 let; poslední měření již probíhalo pouze s 229 jedinci. Bylo zjištěno, že se úzkost u dětí postupem věku zvyšuje. Dále také to, že přecitlivělost je významným rizikovým faktorem pro rozvoj psychopatologie a je důležitým prediktorem členství dítěte ve školní třídě (Allan et al., 2013).

Zvolensky a kolektiv (2018) zkoumali vliv úzkosti na traumatický prožitek a akulturační stres u mladých dospělých z Latinské Ameriky ve věku 18–29 let žijících ve Spojených státech. Celkově do výzkumu zařadili 1 377 jedinců, kteří mají alespoň jednu traumatickou zkušenost. Zjistili, že úzkostnost a její tři složky (tělesné pocity, chování a myšlení) mají vliv na akulturační stres. Autoři (Zvolensky et al., 2018) se také domnívají, že právě úzkostnost může být významným individuálním faktorem, jenž zvyšuje akulturační stres u jedinců, kteří byli vystaveni traumatu. Domnívají se tak na základě nalezení 10% unikátního rozptylu po zachycení statisticky významných faktorů, jako například věku, statusu sexuální menšiny, frekvence vystavení traumatu či symptomů posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Viana a kolektiv (2017) se zaměřili na jasnost emocí, přecitlivělost a posttraumatickou stresovou poruchu u adolescen-

tů, kteří byli vystaveni traumatu. Zjistili významný vliv přecitlivělosti na příznaky spojené s PTSD a také na emoční dysregulaci.

Další oblastí, která je kromě posttraumatické stresové poruchy s přecitlivělostí spojována, je oblast užívání návykových látek a obecně oblast závislostních chování. Jako první uvedeme systematický přehled článků, které se zabývají posttraumatickou stresovou poruchou nebo rizikovým užíváním návykových látek v souvislosti s přecitlivělostí. Autoři přehledového článku pod vedením Vujanovicové a kolektivu (2018) získali celkem 35 článků z let 1966 až 2018. Rešerší a zkoumáním těchto článků autoři zjistili, že se studie často shodují v tom, že přecitlivělost souvisí s PTSD a je také spojována se symptomy s PTSD souvisejícími. Přecitlivělost je využívána jako copingová strategie. Autoři (Vujanovic et al., 2018) přehledové studie také uvádějí, že vliv úzkostnosti se odlišuje u jednotlivých návykových látek, kdy například u kouření tabáku není vysoká míra úzkostnosti spojena s množstvím užití látky ani s mírou závislosti, ale již s kouřením samotným, naopak byla nalezena souvislost se zvýšenou úzkostností a mírou závislosti na kokainu.

Jedna ze studií je zaměřena na adolescenty a užívání alkoholu, tabáku a marihuany a jeho souvislost s přecitlivělostí a emočními symptomy (Pang, Guillot, Zvolensky, Bonn-Miller, & Leventhal, 2017). Autoři práce sledovali skupinu adolescentů ($N = 3\ 396$) po dobu dvou let vždy v půlročních intervalech. Zaměřili se hlavně na jedince, kteří měli zkušenost s alkoholem, cigaretami a marihuanou. Zjistili, že přecitlivělost má vliv převážně na frekvenci užívání marihuany a opačně její účinky na přecitlivělost mohou být jak pozitivní, tak negativní. Další z výzkumů (Kearns, Villarreal, Cloutier, Baxley, Carey, & Blumenthal, 2018) se zaměřil na přecitlivělost a užívání alkoholu ve smyslu četnosti užívání alkoholu a frekvence nárazového nadměrného pití u osmdesáti adolescentů. Z toho 85,0 % dospívajících pije alkohol a z toho 39,5 % přiznalo nárazové a nadměrné pití alkoholu. Výsledky ukazují souvislost mezi očekávanou kontrolou a přecitlivělostí, a to tak, že pokud byla očekávána nízká kontrola a vysoká přecitlivělost, zvyšovala se frekvence denního užívání alkoholu, ale ne nárazového a nadměrného pití. Stejně tak pokud byla kontrola úzkosti vysoká, přecitlivělost měla souvislost se snížením

frekvence nárazového nadměrného pití (Kearns et al., 2018). Borgesová, Lejuez a Feltonová (2018) se také zaměřili na užívání alkoholu a přecitlivělost v adolescenci. Tito autoři zjistili, že samotná přecitlivělost není prediktorem k budoucímu užívání návykových látek, avšak v případě, že adolescenti očekávají pozitivní účinky alkoholu s ohledem na jejich přecitlivělost, jednalo se o významný prediktor užívání alkoholu v dospívání.

Další studie zaměřená na užívání návykových látek se věnuje mladistvým uživatelům tabáku a spánkové latenci. Autoři (Bilsky, Feldner, Knapp, Babson, & Leen-Feldner, 2016) zjistili, že přecitlivělost souvisí s mírou užívání tabáku a latencí v oblasti počátku spánku. Dospívající, kteří více kouřili, chodili spát později a později také vstávali. Přecitlivělost pozitivně souvisela se zpožděním nástupu spánku. Tématu insomnie a somnolence se věnoval i autorský kolektiv Dixonové, Leehe, Gratze a Tulla (2018), kteří dávali tyto poruchy spánku do souvislosti s přecitlivělostí a užíváním návykových látek. Všichni účastníci výzkumu (N = 227) se léčili pro některou ze závislostí a současně 53,5% z nich trpělo některou z forem poruch spánku. Autoři se zaměřili na jednotlivé části přecitlivělosti, kterými jsou kognitivní, fyzické a sociální obavy, a zjistili, že fyzická přecitlivělost je úzce spojena s nespavostí neboli insomnií a kognitivní citlivost je spojena jak s insomnií, tak se somnolencí. Právě kognitivní přecitlivělost by mohla být významným mechanismem pro poruchy spánku u duálních diagnóz (Dixon et al., 2018).

Poslední studií, kterou k tématu zmíníme, je studie zkoumající toleranci distresu a všímavosti a jejich vztah k depresi a přecitlivělosti u jedinců s problematickým užíváním chytrých telefonů neboli „smartphonů“ (Elhai, Levine, O'Brien, & Armour, 2018). Autoři zjistili, že tolerance distresu a všímavost nepřímo souvisí s úrovněmi problémového užívání telefonu. Zjistili, že tolerance distresu zprostředkovává vztah mezi přecitlivělostí a úrovní problémového užívání „smartphonů“ a všímavost zprostředkovává vztah mezi přecitlivělostí a intenzitou problémového užívání chytrých telefonů (Elhai et al., 2018).

Přecitlivělost je osobnostní rys, který je možné redukovat či je možné s ním pracovat pomocí různých preventivních programů. V rámci indikované prevence PREVenture (Dolejš, 2010a, 2010b; Endrůdiová et al.,

2012; Maierová et al., 2011; Maierová et al., 2012) jsou v oblasti přecitlivělosti používány preventivní sešity, kde je pracováno s adolescenty formou zaměření se na sebe, uvědomění si dopadu na své chování a uvědomění si „příznaků“. Následně jsou nacházeny způsoby, jak s těmito „příznaky“ pracovat jinak a jak je přehodnotit.

Další z preventivních návrhů představují i Zvolensky a kolektiv (2018), kteří uvádějí, že prevencí v oblasti přecitlivělosti je možná redukce akulturačního stresu, ale také zlepšení v oblasti zdraví a životní spokojenosti. Další autorský tým (Viana et al., 2017) uvádí, že právě přecitlivělost může být slibným intervenčním cílem, a to převážně u dospívajících, u kterých se vyskytuje riziko posttraumatické stresové poruchy a tam, kde sami respondenti uvádějí slabší jasnost v emočním prožívání. Stejně tak Kearns a kolektiv (2018) doporučují zaměřit preventivní programy na snižování přecitlivělosti, a tím i na snižování užívání alkoholu.

V této kapitole jsme popsali osobnost a osobnostní rysy adolescentů. Zaměřili jsme se na impulzivitu, vyhledávání vzrušení, negativní myšlení a přecitlivělost. Jde o osobnostní rysy, které následně budeme využívat i v rámci praktické části a výzkumu. V následující kapitole se budeme věnovat rizikovému chování.

3 Rizikové chování u adolescentů

Pojem rizikové chování vysvětluje Širůčková (2009, 7) jako „*pojem odkazující ke komplexní kategorii ustanovené v sociálních a medicínských vědních oborech ke klasifikaci takových aktivit, které přímo nebo nepřímo potenciálně vyúsťují v psychosociální nebo zdravotní poškození aktéra, jiných osob, majetku nebo prostředí v širším smyslu*“. Rizikové chování je také zastřešujícím pojmem pro mnoho dalších vzájemně propojených pojmů. Jedná se například o pojmy agresivní, asociální, antisociální, delikventní, kriminální, nepřizpůsobivé, návykové, problémové a jiné chování (Dolejš, 2010a, 2010b). V naší práci budeme využívat zmíněný zastřešující pojem rizikové chování. Rizikové chování je společností vnímáno jako nevhodné, ohrožující a nebezpečné, a to nejen pro rizikově se chovající jedince, ale také pro společnost samotnou (Dolejš, 2010a). Dle Macka (2003) lze rizikové chování popsat jako aktivity, které se přímo či nepřímo podílejí na psychosociálním či zdravotním poškození jedince, jiných osob, majetku, ale také prostředí.

„*Kriminální chování je mezi mládeží rozšířené do té míry, že prakticky každý mladý člověk se již alespoň jednou deliktu dopustil.*“ (Matoušek & Matoušková, 2011, 142) Avšak to neznamená, že jsou dospívající zlí nebo špatní, jde převážně o fázi hledání sebe sama (Vaníčková, 2007). O volný čas dětí se v posledních letech starají převážně média, a to jak televize, tak aktuálně mobilní telefony a internet, a ta vytváří dětem velmi dobře zpracované představy. Děti jsou poté v institučním a unifikovaném prostředí vystaveny různým tlakům na to, aby se v nich dokonale adaptovaly. V situacích, které vyžadují velkou míru konformity, se pak jakákoliv odchylka od normy může zdát jako velký problém (Matoušek & Matoušková, 2011). Mladí lidé přichází do světa, ve kterém jsou postaveni před množstvím mravních i právních pravidel, a do světa institucí, které se je snaží socializovat. U většiny mladých se to v zásadě daří, avšak někteří mladí volí jinou cestu, plnou konfliktů, zločinu a společenského nepříjetí (Večerka, Holas, Štěchová, Diblíková, & Luptáková, 2011). Dryfoos

(1996) uvádí, že dnešní dospívající vyrůstají ve velmi odlišném prostředí, které má tendenci být pro ně rizikovým, a často záleží na jejich genderu, rase, etniku, sociálním statusu, rodinném prostředí, komunitě, pracovních podmínkách a jiných proměnných.

Jak píše Smolík (2002, 2010), subkultury mládeže jsou s rizikovým chováním velmi často spojovány. Smolík (2010, 44) vychází mimo jiné z definice rizika, které lze také definovat jako „pravděpodobnost, že dojde ke škodlivé události, jež postihne buď jedince, nebo společnost“, a uvádí dvojí dělení. První dělení ukazuje, že jedinec patří k určité subkultuře mládeže, což na něj může mít negativní dopad, a druhá rovina ukazuje na dopad subkultur mládeže na společnost ve formě deviantního chování. Právě subkulturní skupina uznává jiná pravidla než konformní skupina, a tak lze chování jedinců v subkultuře označit jako deviantní (Smolík, 2010). Deviantní chování lze definovat právě jako chování, které se odlišuje od standardního a očekávaného chování, jež je předepsáno určitou sociální normou platnou ve společnosti (Hodovský & Dopita, 2002). Miovský a Zapletalová (2006) definují rizikové chování jako chování, které zahrnuje narušení vztahů k sobě samotnému, vrstevníkům, rodině, ale například i ke společnosti. Stejně tak míra rizika je v přímé souvislosti s věkem, sociální a profesní příslušností nebo také s přechodností či stálostí obtíží v chování dospívajícího. Má často instrumentální povahu. Autoři (Miovský & Zapletalová, 2006) také uvádějí, že rizikové chování lze podrobit vědeckému zkoumání a je možné jej ovlivnit pomocí preventivních či léčebných intervencí. Dle jejich dělení mezi rizikové chování spadají látkové a nelátkové závislosti, šikana a násilí, záškoláctví, sexuální rizikové chování, zneužívání, delikvence, týrání, projevy rasismu, intolerance a xenofobie aj.

Stejně tak dělení rizikového chování má mnoho podob. Jako první je třeba uvést dělení Jessora (Jessor & Jessor, 1977; in Čerešník, 2016; in Miovský et al., 2015; Jessor, Turbin & Costa, 1998), jenž na základě longitudinálních výzkumů formuloval dva koncepty, kterými jsou „syndrom rizikového chování“ a „syndrom problémového chování“. Nakonec však byly tyto dva syndromy spojeny dohromady pod názvem „syndrom rizikového chování v dospívání“. Dalším dělením, které uvedeme,

je rozdělení Čírtkové (2003), která dělí mladistvé jedince na chronické pachatele a mladistvé delikventy. Chronický pachatel se vyznačuje nápadně nezvladatelným chováním od útlého dětství. Neplatí na něj žádná výchovná opatření jako tresty či pochvaly. Mezi 6. a 12. rokem dochází k prvním kontaktům s místy oficiální kontroly, jako je OSPOD či policie. Kolem 12. roku přichází i první závažné násilné delikty jako loupež či loupežné přepadení a toto chování postupně graduje a trvá do dospělosti. U mladistvých delikventů dochází k prvnímu porušení norem později (kolem 11. až 13. roku), vývoj do té doby probíhal bez problémů a dokonce fungovala i některá výchovná opatření. V pubertě se dospívající stává nezvladatelným, nerespektuje sociální ani právní normy a objevuje se se příležitostná kriminalita, jako jsou drobné krádeže, avšak jedinec s přicházející dospělostí postupně opouští delikventní vzorce chování (Čírtková, 2003).

Například Širůčková (2010; in Miovský et al., 2015) definuje jako formy rizikového chování:

- a) interpersonální agresivní chování (násilné chování, šikana, týrání, extremismus aj.);
- b) delikventní chování ve vztahu k hmotnému majetku (krádeže, vandalismus, sprejerství aj.);
- c) rizikové zdravotní návyky (konzumace alkoholu, kouření, užívání drog, stravovací návyky, ale i nadměrná či nedostatečná pohybová aktivita aj.);
- d) sexuální chování (předčasné zahájení pohlavního života, promiskuita aj.);
- e) rizikové chování ve vztahu ke společenským institucím (záškoláctví, neplnění školních povinností apod.);
- f) prepatologické hráčství;
- g) rizikové sportovní aktivity (adrenalinové a extrémní sporty).

Autorem dalšího dělení je Dolejš (2010a), který se inspiroval dělením u jiných autorů (srov. Dolejš, 2010a). Následující dělení budeme v práci využívat i nadále. Dolejš (2010a) dělí rizikové chování na sedm kategorií:

- a) užívání a zneužívání legálních a nelegálních látek;
- b) kriminalita;
- c) šikana, hostilita a agresivní chování;
- d) problémové sexuální aktivity;
- e) školní problémy a přestupky;
- f) extremistické, hazardní a sektářské aktivity;
- g) ostatní formy rizikového chování.

Jednotlivých dělení rizikových aktivit je k dispozici více (např. Cvečková et al., 2010; MŠMT, 2017). Jednotlivé kategorie se však často opakují a mění se pouze pozice nebo názvosloví. Jednotlivé kategorie si v práci blíže vymezíme.

3.1 Užívání a zneužívání legálních a nelegálních látek

Do předložené kategorie spadá užívání tabákových výrobků, alkoholu, ale i nelegálních drog, jako je marihuana, pervitin, halucinogenní houby, extáze, heroin, dále také užívání kofeinu, léků a mnoha dalších látek. Jako droga je dle slovníku Hartla a Hartlové (2010) chápána látka, která je užívána a často i zneužívána k zážitkům spojeným se změnou nálady a vědomí, je využívána k povzbuzení či tlumení somatopsychických funkcí a ovlivňuje biochemické pochody v mozku, případně v nervovém systému. Při opakovaném užívání je zvýšené riziko závislosti. Hartl a Hartlová (2010) také uvádějí, že v České republice jsou často opomíjenými návykovými látkami právě tabákové výrobky, alkohol, ale i zmíněný kofein, jejichž užívání bývá bagatelizováno.

Drogy provázejí společnost od jejich počátků, nejprve byly užívány jako léčebné, tišící či rituální prostředky. Nyní bývají využívány spíše jako prostředky k zábavě, relaxaci, ale i k experimentování. Dospívajícího mohou návykové látky ovlivnit dvěma směry, jeden z nich je pozitivní, kdy si

adolescent uvědomí, že touto cestou nechce směřovat, a druhý může být fakt uvědomění si změněného stavu vědomí (Dolejš, 2010a). Tento způsob je mezi mladistvými hojně rozšířen a alespoň jednu návykovou látku vyzkouší téměř každý. Je to z důvodu, že návykové látky umožňují cítit se dobře i těm, kteří se jinak cítit dobře neumí či nemohou, nebo těm, kteří očekávají, že jim drogy usnadní fyzický, psychický, sociální či duševní rozvoj, jenž je často velmi náročný a pro adolescenta zmatečný (Arterburn & Burns, 2001). Nejvíce liberální jsou Češi k užívání alkoholu, a to i přesto, že podávání alkoholu dětem mladším 18 let je trestně postižitelné. Již v 80. letech 20. století udávala většina adolescentů svou první zkušenost s alkoholem ve věku 9 až 11 let (Taubner, 1989, in Macek, 2003).

Důležité je však zaměřit se na specifika užívání návykových látek u dospívajících a jejich diagnostiku. Například v 60–70 % případů se objevuje odvykací stav u adolescentů závislých na kanabinoidech, a je tak potřeba postupovat nadměru citlivě při diagnostice odvykacího stavu a hodnocení jeho závažnosti. Byla zjištěna i společná komorbidita užívání návykových látek a poruch chování a emocí. Rovněž platí, že čím dříve závislost vzniká, tím závažnější bývá prognóza závislosti. Adolescenti jsou také prvními konzumenty nových drog, které se objeví na černém trhu (Kabíček et al., 2014).

Jednou ze studií, která se věnuje i užívání návykových látek u adolescentů, je studie HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children), jež byla realizována v roce 2014. Jedná se o mezinárodní studii, do které je zařazeno celkem 44 států a Česká republika srovnává své výsledky společně se Slovenskou republikou, Maďarskem, Polskem a Ukrajinou ve specializované publikaci (Madarasová Gecková et al., 2016). Ve studii se čeští žáci a žákyně častěji přiznávají, že se opakovaně opili a že mají častější zkušenost s užíváním tabáku a marihuany oproti průměru studie. Studie zjistila, že z 1760 otestovaných jedinců užilo 13 % dívek a 13 % chlapců ve věku 15 let zařazených do studie v celoživotní prevalenci marihuany (Madarasová Gecková et al., 2016).

Další mezinárodní studii, která probíhá i na území České republiky, je Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), která v posledních letech zaznamenává klesající trend v oblasti užívání návykových

látek. V roce 2015 proběhla mezinárodní studie ESPAD a s ohledem na překvapivé výsledky byla v roce 2016 provedena validizační studie (ESPAD Group, 2016; Mravčík, 2017). Mezinárodní studie se zúčastnilo celkem 2 738 žáků ve věku 16 let a validizační studie se zúčastnilo 2 471 studentů ve věku 16 let. Bylo zjištěno, že celkem 29,9 % studentů v 1. studii a 27,0 % ve 2. studii má zkušenost s kouřením cigaret v posledních 30 dnech, z toho vždy přibližně 4 % jsou silní kuřáci. Alkohol v posledních 30 dnech a v nadměrných dávkách (více než 5 sklenic) přiznalo v 1. studii 41,9 % žáků a ve 2. studii se jednalo o 40,0 % žáků. Celoživotní prevalence užívání nelegálních látek je u konopných drog v 1. studii 36,8 % a ve 2. studii 32,0 %. Opačný trend, tedy zvýšení užívání, ve druhé studii oproti první nacházíme v užití extáze (1. studie 2,7 %, 2. studie 3,3 %), heroinu a jiných opiátů (1. studie 0,7 %, 2. studie 1,1 %), halucino-genických hub (1. studie 3,3 %, 2. studie 3,8 %) a těkavých látek (1. studie 5,7 %, 2. studie 6,8 %), jedná se však často o relativně zanedbatelný rozdíl (Mravčík, 2017; ESPAD Group, 2016). Při porovnání české a slovenské skupiny žáků ve věku 11–15 let byla zjištěna vyšší míra výskytu pití alkoholu u českých adolescentů, a to o 9,79 % oproti slovenským studentům (Čerešníková & Dolejš, 2015).

Další studie již budou zaměřeny specificky na českou populaci. První prezentovaná studie (Dolejš et al., 2014) se zaměřila na žáky druhého stupně základních škol ve věku 11 až 15 let (N = 200). Bylo zjištěno, že ze sledované populace má 78 % jedinců zkušenost s alkoholem a 41 % má tyto zkušenosti v posledních 30 dnech. Zkušenost s kouřením tabákových výrobků má 31 % jedinců a 3 % uvádí, že vykouří alespoň 5 cigaret denně. Studie Skopala a kolektivu (2014) se zaměřila na 4 198 žáků ve věku 10 až 16 let, respektive 11 až 15 let, ale jelikož dětí ve věku 10 a 16 let bylo jen několik, byla většina analýz výzkumu provedena bez těchto jedinců. Autoři výzkumu zjistili, že 31 % žáků ze sledované populace má zkušenost s alkoholem v posledních 30 dnech, zkušenost s marihuanou uvedlo 10,86 % respondentů a 3,04 % vykouří denně více než 5 cigaret. Autoři také srovnávali užívání návykových látek u žáků základních škol a studentů víceletých gymnázií a zjistili, že žáci základních škol jsou ve sledované populaci rizikovější (Skopal et al., 2014). Výzkum Tomšíka, Dolejše, Čerešníkové, Suché a Skopala (2017) se zaměřil pouze na studenty gymnázií.

Autoři pracovali s dotazníkem Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA), který obsahuje 3 subškály, my se zaměříme pouze na subškálu abúzus. Autoři nenašli rozdíly v subškále abúzus mezi jedinci ve věku 11 a 12 let, 12 a 13 let a poté ve věku 18 a 19 let. U ostatních věkových kategorií byly nalezeny statisticky významné rozdíly. Nalezli rozdíly v rámci pohlaví u 12-, 14- a 16letých, kdy u 12letých dosahovali vyšších skóre chlapci a u 14- a 16letých dívky. Obecně tak lze říci, že u adolescentů stoupá rizikové chování spolu s věkem a v poslední době se ukazují dívky jako rizikovější než chlapci (srov. Dolejš et al., 2014; Skopal et al., 2014).

3.2 Kriminalita

Kriminalitu lze stejně jako rizikové chování považovat za nadřazený pojem, pod který spadají vandalismus či delikvence. Jedná se o závažné jevy, které mohou ohrožovat či narušovat společnost a její hodnoty (Dolejš, 2010a). Koudelková (1995) uvádí, že pojem delikvence označuje spíše antisociální chování, které může, ale nemusí být spojeno s právními důsledky. Delikvencí se tak rozumí spíše mírnější porušení právních nebo morálních norem, a to hlavně dětmi nebo mladistvými. Kriminalitou rozumíme závažné přestupky nebo trestné činy, a to převážně u jedinců starších 24 let (Koudelková, 1995). Fischer a Škoda (2009) popisují kriminalitu jako chování, které je v dané společnosti považováno za trestné. Takovéto chování je trestáno na základě trestního zákona. Naopak delikvenci pojímají jako širší oblast, která se týká nejen kriminality. Do delikventních činů patří přestupky a trestné činy spáchané dětmi do 15 let věku.

Pro kriminalitu mládeže jsou významné také teorie kriminálních subkultur a jsou zkoumány rovněž reakce společnosti na delikventní chování. Poznatky z kriminálních subkultur mládeže nás mohou inspirovat také v oblasti sociálně deviantních ideologií (Večerka, Holas, Štěchová, Diblíková, & Neumann, 2004). Tito autoři také uvádějí, že „poruchová socializace“ nabývá 3 forem. Jedná se o:

- a) defektní socializaci, kde působením negativních vlivů a zanedbáním těch pozitivních dochází k neadekvátnímu zvnitřnění sociálních a právních norem;
- b) deviantní socializaci, kdy dítě vyrůstá přímo v prostředí, kde se vyskytují deviantní vzory rodičů a jiných příbuzných, či je dokonce nabádáno a někdy až nuceno k trestné činnosti;
- c) poruchovou socializaci smíšenou – jedná se o kombinaci obou předchozích. (Večerka et al., 2004)

Čírtková (Kabíček et al., 2014) uvádí, že při posuzování delikvence je velmi důležité zaměřit se na její diferenciaci, tedy že stejný delikt může skrývat odlišné psychologické skutečnosti. Jde hlavně o osobnost pachatele, neboť právě osobnost nám může napovědět, zda se jedná o epizodický výpadek, nebo zda se jedná o vážně narušenou osobnost problémového jedince.

Koudelková (1995) popisuje, že u delikventních jedinců je možné pozorovat vyšší míru psychosomatických poruch, vysokou energetickou tenzi, impulzivitu zaměřenou na přítomnost či neurovegetativní labilitu. Výzkumně se na delikventní jedince zaměřila Stejskalová (2008), která srovnávala 20 delikventních a 20 nedelikventních jedinců pomocí metody HSPQ. Zjistila, že delikventní jedinci se odlišují od nedelikventních v osobnostním faktoru uzavřenost, dosahují nižší krystalické inteligence, jsou průbojnější, jsou individualisticky zdrženliví a úzkostně sebenejistí.

Výzkum u rizikových jedinců provedla také Vavrysová (2014), která srovnávala delikventní jedince s normou populace. Zjišťovala u nich také důvody umístění v ochranné a výchovné péči, kdy v 17 případech ze 46 dotazovaných se jednalo o některý druh krádeží a 28 z nich jednalo agresivně vůči spolužákům. Stejně jako Stejskalová (2008) se zaměřila i na osobnostní charakteristiky těchto jedinců a zjistila, že se odlišují ve faktorech uzavřenost, nízká krystalická inteligence, smělost a individualistická zdrženlivost. V rámci Škály představující riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS) se jedinci z ústavních zařízení lišili ve faktorech negativní myšlení a impulzivita.

Dle statistik Policie ČR (2018) bylo v období od 1. 1. 2018 do 31. 7. 2018 spácháno nezletilými a mladistvými celkem 99 loupeží, 99 úmyslných

ublížení na zdraví, 45 případů vydírání, 12 případů vloupání do obchodů, 18 vloupání do bytů, 72 vloupání do jiných objektů, 39 krádeží v bytech a 95 krádeží v jiných objektech, 43 krádeží dvoustopých vozidel, 100 případů výtržnictví, 100 případů sprejerství, 124 případů nedovolené výroby a držení psychotropních látek a jedů pro jiného. Jedná se pouze o výčet nejčastěji spáchaných trestných činů. Aktuálně se část kriminálního chování přesouvá do online prostředí, kde jde o kyberstalking, kyberšikanu či flaming (poškození dobrého jména formou šíření nepravdivých informací) (Kabíček et al., 2014). V tabulce č. 3 jsou uvedeny souhrnné kategorie spáchaných trestných činů nezletilými a mladistvými. Zde jsou jako nezletilí uvedeny děti do 15 let věku a mladiství jsou jedinci od 15 do 18 let věku.

Tab. 3: Souhrnné kategorie spáchaných trestných činů

Trestné činy / skupina	spácháno nezletilými	spácháno mladistvými	spácháno dětmi*
vraždy	0	1	1
násilná kriminalita	130	189	304
mravnostní kriminalita	92	130	222
krádeže vloupáním	42	104	140
krádeže prosté	80	206	279
ostatní majetková kriminalita	32	37	67
majetková kriminalita	154	347	486
ostatní kriminalita	152	299	445
obecná kriminalita	528	965	1 457
zbývající kriminalita	28	28	53
hospodářská kriminalita	18	42	59
vojenské a protiústavní činy	0	0	0
CELKOVÁ KRIMINALITA	574	1 035	1 569

Zdroj: Police ČR (2018); *kategorie *spácháno dětmi* není prostým součtem sloupců *spácháno nezletilými* a *mladistvými* z důvodu, že některý čin mohli spáchat oba, a ten by tak byl započítán 2×.

3.3 Šikana, hostilita a agresivní chování

Šikanování je dle Koláře (2001) všudypřítomné a může být součástí celého našeho života. První náznaky šikanování se objevují již v rodině mezi sourozenci, šikana pokračuje ve školce, ve škole, při volnočasových aktivitách, v práci, v partnerství, ale i v nemocnicích, v sousedských vztazích nebo v domovech pro seniory. Děti ve školách si ubližují víc než dříve. Také rodiče chodí více do školy s informací o šikaně a s potřebou jejího řešení. Stejně tak i děti jsou v termínu šikany více orientované a mají tendenci pojmu šikana i využívat. Nazývají šikanou plnění domácích úkolů, školní povinnosti a jiné (Kabíček et al., 2014). Je tak otázkou, co je a co není šikana. Šikana může být pojímána jako „*opakované a záměrné psychické a fyzické ubližování (ponižování, týrání) zaměřené na jedince či skupinu žáků, kteří se těmto útokům nemohou či nedokáží účinně bránit. Cílem takového chování je ponížení, ublížení či týrání*“ (Kabíček et al., 2014, 151). Kolář (2001, 27) uvádí, že šikanou se dá chápat případ, kdy „*Jeden nebo více žáků úmyslně, většinou opakovaně týrá a zotročuje spolužáka či spolužáky a používá k tomu agresi a manipulaci.*“. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky uvádí jako definici šikany toto: „*(...) jakékoliv chování, jehož záměrem je ublížit jedinci, ohrozit nebo zastrašovat jiného žáka, případně skupinu žáků. Je to cílené a obvykle opakované užití násilí jedincem nebo skupinou vůči jedinci či skupině žáků, kteří se neumí nebo z nejrůznějších důvodů nemohou bránit. Zahrnuje jak fyzické útoky v podobě bití, vydírání, loupeží, poškozování věcí druhé osobě, tak i útoky slovní v podobě nadávek, pomluv, vyhrožování či ponižování. Může mít i formu sexuálního obtěžování až zneužívání. Šikana se projevuje i v nepřímé podobě jako nápadné přehlížení a ignorování žáka či žáků třídní nebo jinou skupinou spolužáků.*“ (MŠMT ČR, 2012)

Avšak, jak píše Kolář (2001), samotná definice nemůže postihnout všechny typy a formy šikanování. Rozděluje je proto nejprve do několika oblastí, v jejichž rámci následně uvádí výčet jednotlivých činů. Jedná se o oblasti a) fyzické agrese a používání zbraní; b) slovní agrese a zastrašování zbraní; c) krádeží, ničení a manipulace s věcmi; d) násilných a manipulativních příkazů; e) zraňování izolací, oklikou

a „uměleckými“ výtvary. I jednotlivé oblasti nám často připadají velmi vzdálené. V práci uvedeme pouze pár příkladů z každé oblasti. Jedná se například o lepení žvýkačky do vlasů či jejich stříhání, pomalování obličeje nebo krku propiskou či fixem, vtipkování na úkor oběti, její zesměšňování, vysmívání se neúspěchům, zabavování kapesného, lámání tužek, přivlastnění si věcí oběti, lití vody do bot, odevzdávání svačiny, ignorování oběti, básničky zesměšňující oběť aj. (Kolář, 2001)

Dolejš (2010a) definuje předloženou kategorii jako typ nepřátelského jednání, které bývá označováno jako hostilní, agresivní či násilné. Do této kategorie bývají řazeny všechny formy extrémní agrese vůči druhé osobě, vůči sobě nebo vůči věcem. Šikana tak může být popsána pouze jako jeden druh extrémně agresivního chování. Extrémně agresivní chování je chování, které má za následek prokazatelnou psychickou, fyzickou nebo materiální újmu (Miovský et al., 2015). Nejhorší verze šikany jsou často realizovány na místech, kde jsou děti a mladiství nuceni žít společně. Jedná se tak často o výlety a společné aktivity, ale hlavně o internátní a ústavní zařízení (Kolář, 2001).

Pro agresory a aktéry šikany bylo určeno několik charakteristických znaků. Jedná se o dominanci a tendenci ovládat okolí, určitou tělesnou zdatnost a kladný vztah k projevům agrese, sebestřednost a sobectví, absenci pocitů viny a lítosti, nedostatečnou sebereflexi (Cvečková et al., 2010). Kolář (2001) dělí agresory šikany na tři typy, jedná se o:

1. Velmi hrubého, primitivního, impulzivního jedince s výraznými kázeňskými přestupky, s narušeným vztahem k autoritám, který šikaneje masivně, tvrdě a nelítostně. Šikana využívá k zastrašení okolí a vyžaduje od okolí poslušnost. V rodině těchto adolescentů se často vyskytuje násilí a brutalita, jako by napodobovali či vraceli to, co se děje doma.
2. Druhý typ agresora bývá ve škole často dokonce oblíbencem učitelů. Je velmi slušný, kultivovaný, ale často sebestředný až narcistický, s projevy úzkosti a tenze. Tito jedinci mívají až sadistické tendence v sexuálním smyslu. Jejich šikana je velmi rafinovaná, cílená. Děje se často bez přítomnosti svědků. V rodinném prostředí je u nich typický až vojenský dril, velmi náročné a důsledné prostředí.

3. Poslední typ je spíše oblíbencem spolužáků, jedná se o tzv. srandistu, který je optimistický, má rád dobrodružství, je výmluvný, vlivný a oplývá značnou sebedůvěrou. Šikanuje pro pobavení sebe a dalších spolužáků. V šikanování se zaměřuje na „vtipné, humorné“ stránky. V rodině se neobjevují specifika.

Šikanou a agresivním chováním u dospívajících se zabývají mezinárodní studie, jako jsou HBSC (2017) či ESPAD (ESPAD Group, 2016). V rámci HBSC (Madarasová Gecková et al., 2017) bylo zjištěno, že za poslední rok se do rvaček zapojilo 23 % třináctiletých chlapců a 6 % třináctiletých dívek. V rámci studie ESPAD (ESPAD Group, 2016) bylo zjištěno, že 7 % třináctiletých chlapců a 5 % třináctiletých dívek je obětí šikany ve škole. Uvedeme i několik výsledků dalších, již spíše národních studií, které využívají dotazník Výskyt rizikového chování u adolescentů, který se ve svých škálách zabývá delikventním chováním a šikanou v roli oběti (třetí škálou je abúzus návykových látek). Jedná se například o studii Skopala, Dolejše a Suché (2014), kteří se zaměřili na adolescenty (N = 4 198) ve věku 11–15 let v základním stupni vzdělávání na základních školách a víceletých gymnáziích. Z jejich výsledků se dozvídáme, že 17,61 % adolescentů bylo za posledních 30 dní terčem hrubých a vulgárních urážek a 11,68 % adolescentů ublížil některý ze spolužáků. 14,96 % adolescentů poškodilo jen tak pro zábavu majetek někoho cizího.

Další výzkumnou studií je projekt Dolejše a Orla (2017), kteří se zaměřili pouze na adolescenty v Moravskoslezském a Zlínském kraji. Do své studie zapojili celkem 2 417 žáků ve věku 11 až 16 let, z toho 1 397 v Moravskoslezském kraji a 1 020 ve Zlínském kraji. Ve Zlínském kraji bylo středem ubližování 12,38 % dotazovaných a v Moravskoslezském kraji se jednalo o 13,68 %. Verbální agresi bylo vystaveno v obou krajích shodně 21 % adolescentů. Stejně tak jedna pětina dospívajících ze sledované skupiny má zkušenost s vandalismem a poškozováním věcí jen tak pro zábavu.

3.4 Problémové sexuální aktivity

Jako normální sexuální chování je definována vzájemně dohodnutá aktivita mezi dvěma jedinci, kteří jsou duševně i fyziologicky vyzrálí (Dolejš, 2010a). Jak již bylo zmíněno v kapitole zabývající se obdobím dospívání, vývoj sekundárních pohlavních znaků a celkově pohlavní zrání je součástí puberty a adolescence (Langmeier & Krejčířová, 2006). Freud (in Fürst, 1997) definuje po období latence fázi genitální. V této fázi se adolescent začíná orientovat na své vrstevníky, heterosexuální vztahy a své okolí. V průběhu psychosexuálního vývoje se mohou objevit rozličné formy rizikového chování, které mohou ovlivnit psychický vývoj i sociální život adolescentů. Časný nechráněný styk je jedním z problémů, kterým musí mladiství čelit. (Dryfoos, 1996) Vaníčková (2007) uvádí prostituci dětí a mladistvých jako jednu z forem rizikového či sociálněpatologického chování. Dětská prostituce bývá spojována s dalšími riziky, a to převážně s drogovou problematikou a agresivitou. Autorka také uvádí, že se jedná o dospívající, kteří jsou emocionálně traumatizováni a kteří trpí následnou deprivací.

Dolejš (2010a) ve své práci shrnuje výčet důsledků v nových interpersonálních situacích. *„Adolescent se dostává do nových interpersonálních situací, které mohou vyústit:*

- a) *sexuálním stykem před dovršením zákonné věkové hranice 15 let (Weiss & Zvěřina, 2001; Vacek, 2008);*
- b) *sexuálním stykem mladistvých spojeným s nechtěným těhotenstvím nebo potratem (ÚZIS, 2008);*
- c) *nezvládnutými vztahy a rozchody, které v tomto věku mohou vést k sebevražednému chování (Koutek, Kocourková, 2003) nebo přechodu k jiné rizikové aktivitě (například užívání legálních a nelegálních drog);*
- d) *sexuálně orientovanými agresivními činy vůči vrstevníkům (Policie ČR, 2010);*
- e) *prostitucí, komerčními sexuálními aktivitami (focení a filmováním pornografického materiálu) (Vaníčková, 2007; Urban & Dubský, 2008);*
- f) *promiskuitním sexuálním chováním (Weiss & Zvěřina, 2001);*
- g) *přenosem pohlavních chorob (HIV/AIDS) (ÚZIS, 2009).“ (in Dolejš, 2010a, 59)*

Autor dělení si je vědom toho, že daný seznam nemusí být konečný a stejně tak že na dané aktivity je třeba pohlížet s ohledem na situaci i daný kontext (Dolejš, 2010a).

Výzkumům rizikových sexuálních aktivit se věnuje právě studie HBSC (Madarasová Gecková et al., 2017). Bylo zjištěno, že pohlavní styk mělo 23 % patnáctiletých chlapců a 24 % patnáctiletých dívek. Zemanová a Dolejš (2015) se zabývali jedinci v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež (N = 499) a zjistili, že 27,34 % adolescentů ve věku 11–15 let mělo pohlavní styk. Ke značně nižším výsledkům dospěli Dolejš a kolektiv (2014), z jejichž výzkumného souboru (N = 4 198) adolescentů uvedlo pohlavní styk 5,55 % respondentů. Z toho bylo 7,13 % ze základních škol a 3,20 % z gymnázií. Dolejš a Orel (2017) v rámci šetření mezi dvěma kraji zjistili, že v Moravskoslezském kraji (N = 1 397) mělo 7,09 % jedinců pohlavní styk. Ve Zlínském kraji (N = 1 020) se jednalo o 5,70 % dospívajících. Policie ČR (2018) uvádí, že v první polovině roku 2018 mají dospívající na svědomí 116 pohlavních zneužívání ostatních, 13 případů šíření pornografie a 56 případů ostatních mravnostních přečinů. Avšak Weiss a Zvěřina (2009) uvádějí, že věk první soulože se snižuje a stále se pohybuje okolo 18 let věku.

3.5 Školní problémy a přestupky

Škola, resp. školní docházka je pro české děti povinná od věku 6 let a dosažení školní zralosti. V prostředí školy děti tráví velkou většinu svého času. Škola a pedagogové mají velmi důležitou úlohu v životě dítěte, vytváří tlak na jejich chování, nutí je přizpůsobovat se určitým pravidlům, a tak je učí socializaci. Od počátku školní docházky děti navazují vztahy s vrstevníky, které mohou následně tvořit i určité subkultury. (Matoušek & Matoušková, 2011; Dolejš, 2010a) Ani škola nemá jednoduchou úlohu, jsou na ni často kladeny velmi vysoké nároky. Škola má dle některých nejen kvalifikovat pro budoucí povolání, ale také ve spolupráci s rodinou vychovávat k občanské angažovanosti. Ale skloubit zájmy společnosti, rodiny a školy je téměř nadlidským úkolem. Dospívání je náročným obdo-

bím a samotní adolescenti jsou připravováni na dospělost, a tak by neměli být od dospělých oddělováni. Škola by měla mít funkci jak ochrannou, tak veřejnou, aby do ní mohl vstupovat vnější svět (Matoušek & Matoušková, 2011).

V této práci se však zaměříme převážně na záškoláctví. Záškolák je popisován jako adolescent, který nemá pro svou absenci legální důvody, a dopouští se tak neomluvené absence bez souhlasu rodičů i bez vědomí pedagogů (Kyriacou, 2005). Ve škole je právě záškoláctví nejčastěji hlášeno (až v polovině případů) pracovníkům OSPOD. Jedná se už často pouze o konstatování dané situace, kdy se jedná o rozsáhlé záškoláctví. Pedagogičtí pracovníci ztrácí možnost přímého ovlivnění dané situace. V některých případech je samotné záškoláctví dítěte rodiči podporováno, neboť ti dodatečně absenci omlouvají. S absencí ve škole bývají spojovány i rizikové party či nekontrolovatelné toulání (Štěchová & Večerka, 2014). Od tohoto se odvíjí také kategorie záškoláctví (Kyriacou, 2005):

- a) Právě záškoláctví, které spočívá v neomluvené docházce dítěte bez vědomí rodičů;
- b) Záškoláctví s vědomím rodičů, kdy dítě zůstane cca 1–2 dny doma, aby pomáhalo s domácností či pečovalo o nemocného příslušníka rodiny;
- c) Záškoláctví s klamáním rodičů, kdy dítě „hraje“ nemoc, aby nemuselo jít do školy;
- d) Odmítání školy, kdy se žák bojí, že bude ve školním prostředí vystaven šikaně, nepřijemným pohledům či jiným duševním obtížím.

Islamová (2010) na základě svého výzkumu uvádí, že školní problémy vznikají krizí ve vývoji z adolescence do dospělosti. V daném období adolescenti školu odsouvají mimo svůj hlavní zájem. Utvářejí svou osobnost a potřebují se prosadit. Stejně tak Vágnerová (2001) uvádí, že každý pátý přestupek ve škole je právě záškoláctví.

Jednotlivé přestupky a aktivity proti pravidlům bývají velmi často potrestány. V rámci českého školství se jedná o důtky třídního učitele nebo ředitele a poté o snížení známky z chování. Dalšími takovými přestupky jsou falšování podpisu rodičů, praní se ve škole, poškozování majetku

školy, příchod do školy pod vlivem alkoholu, marihuany či jiných návykových látek (srov. Blatný et al., 2006; Blatný, Jelínek, & Hrdlička, 2016; Dolejš et al., 2014). Velké množství přečinů však spadá i do jiných kategorií rizikového chování, jako například šikana či kriminální chování, ale ve škole jsou potrestány již zmíněnými verbálními či písemnými sankcemi (důtky, snížený stupeň z chování). K napomínání žáků a studentů a v souvislosti s jejich absencemi byl vydán i metodický pokyn Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT, 2002).

V rámci výzkumu Blatného a kolektivu (2006), který probíhá v rámci mezinárodního projektu The Social and Health Assessment (SAHA), bylo zjištěno, že antisociální chování souvisí s mírou užívání návykových látek. Autoři výzkumu získali data od 4 980 žáků a studentů ve věku 12, 14 a 16 let. Zaměřili se i na některé typy školních obtíží. Jednalo se hlavně o záškoláctví, kdy alespoň jednou bylo za školou celkově 6,7 % chlapců a 7,7 % dívek ze sledovaného souboru. Potrestáno důtkou nebo podobným způsobem bylo 6,1 % chlapců a 1,0 % dívek. Na školní tresty se zaměřili také Lepík, Dolejš, Miovský a Vacek (2010), kteří se ptali adolescentů (N = 2 256) v Karlovarském kraji ve věku 11 až 23 let. Autoři zjistili, že celoživotní prevalence třídní důtky u chlapců docházejících do 6.–9. tříd je 43,7 % a u dívek se jedná o 21 %, tedy o polovinu méně. Rozdíly v rámci ředitelských důtek a sníženého stupně z chování jsou u chlapců a dívek ještě větší, cca 3–5× častěji než jejich spolužačky dostávají chlapci ve škole takovou formu trestu.

Dolejš a kolektiv (2014) zjistili, že celkově 29,87 % (N = 4 198) adolescentů zařazených do výzkumu někdy v životě zfalšovalo podpis rodičů, a 8,30 % uvádí, že byli někdy v životě za školou. V rámci Moravskoslezského kraje (N = 1 397) bylo za školou 10,03 % žáků a podpis zfalšovalo 31,16 %. Ve Zlínském kraji (N = 1 020) se jedná o 7,27 % v případě záškoláctví a 36,44 % zfalšovalo podpis rodičů (Dolejš & Orel, 2017).

3.6 Extremistické, hazardní a sektářské aktivity

Dle dělení Dolejše (2010a), kterým jsme se při rozdělení rizikových aktivit inspirovali, do této kategorie spadá patologické hráčství, extremismus a sektářství a adrenalinové a extrémní sportovní aktivity. Jak popisuje Dolejš (2010a), všechny tyto aktivity, ač jsou značně odlišné, mají několik společných charakteristik: „*a) určitá míra bažení po rizikových aktivitách, b) určitá míra aktivního přístupu, respektive vyhledávání aktivit v rámci daných forem, c) oslabená schopnost objektivně zhodnotit důsledky rizikových aktivit.*“ (Dolejš, 2010a, 69)

Jako první se zaměříme na kategorii patologického hráčství. Základní vymezení je vyznačeno v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN 10), kde spadá pod nutkové a impulzivní poruchy (F63.0). Obecně jsou však impulzivní a nutkové poruchy definovány jako poruchy chování, které jsou charakterizovány opakovanými činy. Tyto činy však nemají jasnou motivaci a nemohou být racionálně ovládnuty a působí spíše poškozování vlastních zájmů i zájmů osob v okolí (Slovák et al., 2017). Patologické hráčství je popsáno takto: „*Porucha spočívá v častých a opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě subjektu na újmu hodnot a závazků sociálních, vyplývajících ze zaměstnání, materiálních a rodinných.*“ (Slovák et al., 2017, 237) Aby mohla být stanovena diagnóza patologického hráčství, musí být splněno několik podmínek: 1) Během jednoho roku se musí vyskytnout dvě anebo více epizod hráčství; 2) Epizody nejsou přínosem, ale spíše přítěží, znamenají tíseň a narušují každodenní život jedince; 3) Jedinec pociťuje silné bažení ke hře a toto bažení nejde ovládnout; 4) Myšlenky klienta jsou plně zaujaty představami hraní. (Nešpor, 2011)

V současné době se jedná již spíše o závislost na internetu, smartphonech, tabletech aj. Celkově do naší společnosti zasahují čím dál více moderní technologie a ovlivňují naši práci, studium, zábavu, sociální aktivity a v podstatě celý náš život. Užívání internetu dlouhodobě roste i díky informacím, které jsou na internet vkládány a jsou zde veřejně dostupné (McNicol & Thorsteinsson, 2017; Šmahel, 2002). U adolescentů je prostřednictvím počítače, sociálních sítí (např. Instagramu) utvářena

i jejich identita (Šmahel, 2002). Šmahel (2002) se věnoval tématu identity v dospívání ve světě virtuálních technologií. Zaměřil se na skupinu dospívajících ve věku 12 až 25 let. Vybral si i skupinu jedinců, kteří využívají internet nadprůměrně – z důvodu lepší rozpoznatelnosti jednotlivých jevů a situací, ke kterým na internetu dochází. Autor výzkumu zjišťuje, že internet dospívajícím pomáhá v oblasti experimentování s identitou, intimitou, pocitem začlenění se (a jejich hledání) a v oblasti odreagování frustrace.

McNicol a Thorsteinsson (2017) se zaměřili na závislost na internetu u adolescentů i dospělých ve věku 16 až 71 let. Celkově se do výzkumu zapojilo 449 respondentů. Všichni respondenti byli následně rozděleni na jedince bez problémového užívání, problémové uživatele a závislé uživatele internetu. Ve skupině 16 až 19 let bylo v bezproblémové skupině 96 jedinců, 50 adolescentů mělo problémy s užíváním internetu a 12 dospívajících bylo na internetu závislých. Výrazné rozdíly oproti jiným věkovým skupinám jsou ještě ve skupině 20- až 30letých, kdy 86 jedinců je bez problémů v užívání, 43 uživatelů je problematických a 12 uživatelů je závislých.

Dalšími podkategoriemi jsou extremismus a sektářství, kdy ve slovníku cizích slov (Encyklopedický dům, 1996) je extremismus definován jako „*krajně radikální, výstřední postoj*“. Mezi extremistické skupiny řadíme pravicově, levicově, nacionalisticky nebo nábožensky orientované skupiny jedinců. Do této kategorie spadají veškeré projevy fašismu, antisemitismu, náboženského a kulturního fanatismu, rasismu a dalších (Vykopalová, 2001). Ve společnosti se jedná aktuálně o velmi diskutované téma s ohledem na tzv. migrační krizi a projevy českého národa vůči migraci.

Pojem sekta má velmi negativní konotaci a často je vnímán také jako nadávka. Pojem sekta, a s ním spojené sektářství, by se dal definovat jako radikální náboženská komunita, která je vedena silnou osobností (Říčan, 2007). Hartl a Hartlová (2010) ve svém slovníku určují tři významy pro slovo sekta. Jako první je původní označení všech náboženství, druhým významem je odpojení se od hlavního proudu církve, kdy tyto odnože byly potírány exkomunikací a inkvizicí. Poslední význam je již současný,

kdy od poloviny 20. století je takto označována skupina, kterou spojuje víra a radikální názory. Dalšími znaky sekt jsou mocenská struktura, kde vůdce má absolutní autoritu, uzavřenost komunikace s okolním světem, nepřístupnost nezavřeným, poslušnost členů, sankce členů aj. Často se jedná o únik z nevladatelného světa do situace, kde člověk nemusí nic rozhodovat a rozhodují a organizují za něj jiní.

Na závěr podkapitoly o extremistické, hazardní a sektářské aktivitě si popíšeme hazardní aktivity a extrémní adrenalinové sporty. Dolejš (2010a, b) i Cvečková a kolektiv (2010) uvádějí, že je třeba rozlišovat hazardní (adrenalinové) aktivity a extrémní sporty, kdy v rámci hazardních aktivit již předem počítáme s možným zraněním či úmrtím. Extrémní sporty mají za cíl zážitek, dobrodružství a vzrušení, ale ne za každou cenu, vyšší riziko je zde pouze přidruženým negativním důsledkem některých extrémních sportů. Mezi extrémní sporty patří například skateboarding, freeride snowboarding, parkour a free running, rafting, paintball aj. Mezi hazardní aktivity se řadí ilegální závody na motorkách, nedodržování dopravních předpisů, jízda mezi vagóny metra, tramvaje, vlaku, přebíhání před auty s cílem přeběhnout co nejtěsněji, horolezectví bez jištění aj. Hazardní aktivity často končí tragicky nejen pro samotné aktéry, ale i pro lidi, kteří se ocitnou v jejich okolí (Cvečková et al., 2010; Dolejš, 2010a).

3.7 Ostatní formy rizikového chování

Jedná se o kategorii, do které spadají všechny další aktivity, i z jiných členění, konkrétně například graffiti, závislost na nakupování, pyromanie, patologické krádeže, ale i mentální anorexie a bulimie. V rámci této práce jen okrajově popíšeme mentální anorexii a bulimii. Obě onemocnění jsou klasifikována v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN 10). Spadají do kategorie poruch příjmu potravy (F50) (Slovák et al., 2017). Mentální anorexie je charakterizována jako porucha, která je typická úmyslným zhubnutím, které pacient vyvolá a dále jej udržuje. První projevy se často objevují v dospívání, mnohem častěji se onemocnění vyskytuje u žen, avšak nevyhýbá se ani mužům. Obtíže jsou spojeny s vtíravými myšlenka-

mi, které se pojí se strachem ze ztloustnutí (Slovák et al., 2017). Mentální bulimie je onemocnění související s přejídáním a následným zvracením či používáním laxativ. Psychologické rysy jsou u mentální bulimie stejné jako u mentální anorexie (Slovák et al., 2017).

V roce 2016 bylo s poruchami příjmu potravy ambulantně léčeno 3 580 pacientů a v lůžkových zařízeních bylo hospitalizováno 419 osob. Z toho bylo 11 % pacientů ve věku 0–14 let, necelých 34 % ve věku 15–19 let a 56 % osob bylo starších 20 let. Stejně tak až 25 % hospitalizací proběhlo u dětí ve věku do 15 let, 22 % hospitalizací bylo u adolescentů ve věku 15 až 19 let a ve věku 20 až 29 let se také jednalo o téměř 25 % hospitalizací (Nechanská, 2017).

Rizikové aktivity se vyvíjejí, mění se jejich frekvence a objevují se nové. Náš text přináší pouze základní, avšak ne vyčerpávající informace o tomto fenoménu. Na tuto kapitolu navážeme tématem zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Umístění v těchto zařízeních bývá v podstatě až důsledkem rizikového chování v případě, že běžné postihy, které může využít škola, nebo zákazy rodičů už nejsou pro adolescenty takovým trestem, aby rizikové chování a aktivity ukončili.

4 Zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy

V textu se zaměříme na ústavní a ochrannou výchovu, přičemž jednotlivé pojmy nejprve popíšeme obecně a poté se zaměříme detailněji na rozdíly typů výchovy a následně popíšeme i jednotlivá zařízení, která funkci ochranné a ústavní výchovy vykonávají.

4.1 Ústavní a ochranná výchova

Ústavní a ochranné výchově se v české právní úpravě věnuje hned několik zákonů. Jedná se o zákon 359/1999 Sb., zabývající se sociálně-právní ochranou dětí, který je pro ústavní a ochrannou výchovu zásadní až po jejich uložení, a to z důvodu kontroly vhodného průběhu ústavní či ochranné výchovy. Poté zákon č. 218/2003, o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže. Ústavní výchově je věnována také část v zákoně č. 89/2012 Sb. neboli v tzv. novém občanském zákoníku. Samotný výkon ústavní a ochranné výchovy je řízen i zákonem 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, který je následně upraven vyhláškou 438/2006 Sb., která se zabývá podrobnostmi výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních. Zmíněné zákony upravují podmínky odpovědnosti mládeže i dětí mladších 15 let za protiprávní jednání. Zákon hledá opatření, která přispějí ke zdržení se protiprávního jednání a napomohou k nápravě tohoto jednání mladistvého (zákon č. 218/2003 Sb.). Součástí zákonů jsou i možnosti uložení ústavní a ochranné výchovy (zákon č. 359/1999 Sb., zákon č. 89/2012 Sb.). Je potřeba také upozornit, že právě ústavní a ochranná výchova spadá pod několik ministerstev – jedná se o Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR,

Ministerstvo spravedlnosti ČR a Ministerstvo zdravotnictví ČR (Andrys, 2017) – což vede ke značným komplikacím.

V zákoně č. 218/2003 je vymezeno dělení na děti a mladistvé, kdy dětmi jsou myšleni jedinci, kteří v době spáchání trestného činu nedovršili 15 let věku, a mladistvými ti, kdo dovršili věku 15 let, ale nedovršili věku 18 let. Zákon také dělí jednotlivá opatření na výchovná, ochranná a trestní opatření. (Hulmáková, 2013; zákon č. 218/2003 Sb.) Jako výchovná opatření lze definovat dohled probačního úředníka, probační program, výchovné povinnosti, výchovná omezení a napomenutí s výstrahou. Výchovné opatření lze kombinovat i s dalšími dvěma druhy opatření a lze je uložit již v průběhu trestního řízení. Mladistvý musí s tímto opatřením souhlasit. Často potom dochází k tomu, že mladistvý souhlasí i v případě, že je nevinný, jen aby dosáhl rychlejšího a mírnějšího procesu (Hulmáková, 2013). K ochranným opatřením patří ochranné léčení, zabezpečovací detence, zabránění věci či jiné majetkové hodnoty a samotná ochranná výchova. Mezi trestná opatření řadíme obecně prospěšné práce, peněžitá opatření, peněžitá opatření s podmíněným odkladem výkonu, propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty, zákaz činnosti, vyhoštění, domácí vězení, zákaz vstupu na sportovní, kulturní a jiné společenské akce, odnětí svobody podmíněně odložené na zkušební dobu, odnětí svobody podmíněně odložené na zkušební dobu s dohledem a odnětí svobody nepodmíněně (Hulmáková, 2013; zákon č. 218/2003 Sb.).

Děti mladší 15 let nejsou trestně odpovědné a opatření v jejich případě navrhuje státní zastupitelství. Soud však může zahájit řízení i bez tohoto návrhu. Na základě pedagogicko-psychologického vyšetření může soud uložit dětem opatření, kterými jsou výchovná povinnost, výchovné omezení, napomenutí s výstrahou, zařazení do terapeutické, psychologické či jiné skupiny ve středisku výchovné péče, dohled probačního úředníka, ochranná výchova, ochranné léčení. Ochranná výchova však může být uložena u dětí jen v případě, že dítě spáchalo čin, za který lze dle trestního zákoníku uložit výjimečný trest, a dítě v době spáchání činu dovršilo 12 let věku. U dětí je často nejprve nařízeno předběžné opatření a často až poté je nařízena ústavní nebo uložena ochranná výchova (Hulmáková, 2013; Vavřysová, 2014).

Jen velmi obtížně lze srovnávat systém umístování dětí a mladistvých, jelikož tento systém je nejen v rámci celého světa, ale i samotné Evropy odlišný. Systém nejpodobnější tomu našemu lze nalézt v Rakousku a Německu, odlišnosti jsou však v některých oblastech zásadní. V Německu dělí jedince i na mladé dospělé od 18 do 21 let a trestní odpovědnost je zde od 14 let (Hulmáková, 2013). Zaměříme se tak na česká specifika a dělení, a to nejprve na ústavní a ochrannou výchovu a následně popíšeme rozdíl v jednotlivých zařízeních.

4.2 Ústavní výchova

Ústavní výchova je upravována jak zákonem č. 218/2003 Sb., tak i předpisem č. 89/2012 Sb. neboli novým občanským zákoníkem. Je nařizována soudem na základě zmíněných právních předpisů. Důvody ústavní výchovy jsou nejčastěji výchovné nebo sociální. Dle předpisu č. 89/2012 Sb. je ústavní výchova nařizována v případech, kdy rodiče nemohou ze závažných důvodů zajistit výchovu dítěte. Soud také může nařídít ústavní výchovu v případech, kdy výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav či řádný vývoj dítěte mohou být narušeny nebo vážně ohroženy, a to do takové míry, že to odporuje zájmu dítěte. Důvodem však nemohou být nedostatečné bytové či majetkové poměry pečující osoby. V případech, že tyto důvody jsou přechodné, může soud dítět svěřit do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, to však pouze na dobu 6 měsíců (Novotný, Ivičicová, Syrůčková, & Vondráčková, 2014). Doba trvání je také upravena předpisem č. 89/2012 Sb., který udává, že délka trvání může být stanovena maximálně na 3 roky, je však možné ústavní výchovu opakovaně prodlužovat. Celková doba trvání ústavní výchovy bývá nejčastěji ukončena zletilostí jedince či může trvat až do věku 19 let (Novotný et al., 2014; zákon č. 218/2003 Sb.).

Mezi nejčastěji uváděné důvody nařízení ústavní výchovy ze strany rodičů patří zanedbávání povinností rodičů vůči dítěti, výchovná nezpůsobilost rodičů, asociální chování rodičů nebo osob, které jsou s dítětem v kontaktu (Slomek, 2010). Na straně adolescentů mezi nejčastější důvo-

dy patří závadné chování, jako například protiprávní jednání, počínající závislost na drogách, útek z domova, zahálčivý způsob života, nerespektování rodičů a jiných autorit aj. (Tesařová, 1997; in Matoušek & Matoušková, 2011) Právě závadné chování bývá důvodem k nařízení ústavní výchovy nejčastěji, konkrétně v roce 2007 u 347 dětí ve věku 13–15 let a u mladistvých nad 15 let byla nařízena ústavní výchova pro závadné chování u 667 jedinců (Zeman, Diblíková, Kotulan, & Vlach, 2009). Ústavní výchova je často nařízena u dětí se závažnou poruchou chování, které se však nedopustily delikventního chování (Hulmáková, 2013).

4.3 Ochranná výchova

Ochranná výchova je stejně jako ústavní výchova uložena na základě zákona č. 218/2003 Sb., avšak není upravována tzv. novým občanským zákoníkem (předpis č. 89/2012 Sb.). Je opatřením nejpřísnějším a souvisí s ní i větší množství povinností a pravidel pro jedince, kterým byla uložena (Zeman et al., 2009). Ochranná výchova je nejčastěji uložena u dětí ve věku 12 až 15 let, a to v případě, že spáchají trestný čin, za který je udělován výjimečný trest, nebo mladistvým ve věku 15 až 18 let v případě, že lze předpokládat, že bude mít větší účinnost než odnětí svobody. Soud také uděluje ochrannou výchovu v případech, kdy již nepostačuje ústavní výchova. Jedná se o případy, kdy rodina nedostatečně pečuje o mladistvého, mladistvému chybí řádná výchova a daný problém není možné v rodině nijak vyřešit, dále také v případě silně zanedbané výchovy mladistvého nebo v případě, že prostředí, ve kterém mladistvý žije, je nevhodné a nedává mu záruku řádné výchovy. Mladiství s uloženou ochrannou výchovou se často dopustili nějakého protiprávního jednání. (Hoferková, 2009; Zeman et al., 2009)

Stejně jako v případě ústavní výchovy, ochranná výchova je uložena soudně a trvá nejdéle do dovršení plnoletosti mladistvého, případně může být prodloužena do 19 let. Je potřeba, aby soudy reagovaly rychle a adekvátně dle páchaní činů mladistvými (Zeman et al., 2009). Důvody k prodloužení jsou různé, nejčastěji se však jedná o studijní povinnosti

(Hulmáková, 2013; Tesařová, 1997; in Matoušek & Matoušková, 2011). „Přeměna ochranné výchovy na ústavní může být provedena v případě, že převýchova mladistvého je natolik úspěšná, že můžeme očekávat, že se i bez omezení, která mu ochranná výchova přináší, bude chovat a pracovat řádným způsobem.“ (Hoferková, 2009, 7)

4.4 Jednotlivá zařízení vykonávající ústavní a ochrannou výchovu

Jednotlivá zařízení se řídí zákonem 109/2002 Sb., který se věnuje samotnému výkonu ústavní a ochranné výchovy. Všechna zmíněná zařízení spadají pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Avšak v některých oblastech podléhají také dalším ministerstvům, jako například Ministerstvu spravedlnosti ČR v případě soudního rozhodnutí o umístění dítěte, Ministerstvu práce a sociálních věcí v oblasti dohledu nad dětmi v součinnosti s Organem sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) aj. (Andrys, 2017; zákon 109/2002 Sb.)

4.4.1 Diagnostický ústav

Do diagnostického ústavu jsou přijímány děti s navrženým předběžným opatřením, ale i s nařízenou ústavní výchovou či uloženou ochrannou výchovou. Diagnostický ústav plní hned několik úkolů dle potřeb dítěte, jedná se o úkoly diagnostické, vzdělávací, terapeutické, výchovné a sociální, organizační a koordinační. Obecně jde o zajištění psychologického a pedagogického vyšetření, odpovídající úrovně vzdělání, nápravy poruch v sociálních vztazích a chování dítěte, zaměřuje se na osobnost dítěte a jeho rodinné vztahy, podílí se na umístění dítěte do dalších zařízení, jako například do dětského domova, dětského domova se školou, výchovného ústavu. Poslední koordinační úkol diagnostického ústavu je směřován na koordinaci práce a sjednocení odborných postupů v ostatních zařízeních v rámci územního obvodu diagnostického ústavu.

Do diagnostického ústavu se děti umísťují na dobu nepřesahující 8 týdnů. Diagnostický ústav rozděluje děti a mladistvé do tzv. výchovných skupin, které dle zákona 109/2002 Sb. mohou tvořit nejméně 4 děti a nejvíce 8 dětí. Děti ve skupinách však mohou být rozděleny dle pohlaví nebo podle věku. Na základě komplexního vyšetření je dítě následně umístěno do ostatních zařízení. V případě, že dítě bylo umístěno bez komplexního vyšetření, na základě soudního rozhodnutí, je možné v případě potřeby nařídit diagnostický pobyt dítěte. (zákon 109/2002 Sb.)

4.4.2 Dětský domov

Dětský domov zajišťuje péči o děti dle jejich individuálních potřeb, jsou zde umísťovány děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Děti se vzdělávají ve školách mimo dětský domov. Dětský domov plní převážně výchovné, vzdělávací a sociální úkoly ve vztahu k dětem. Dětský domov rozděluje děti do rodinných skupin, kde jsou děti odlišného věku i pohlaví. Rodinnou skupinu tvoří nejméně 6 a nejvíce 8 dětí. Sourozenci jsou zařazováni do jedné rodinné skupiny, pouze ve výjimečných případech se sourozenci rozdělí. Dětský domov by měl mít nejméně 2 a nejvíce 6 takovýchto rodinných skupin. Jsou zde umísťovány děti od 3 let věku do 18 let, do dětského domova mohou být umístěny i nezletilé matky s dětmi. Na základě žádosti lze poskytovat zaopatření i nezaopatřené zletilé osobě po ukončení výkonu ústavní nebo ochranné výchovy, která se soustavně připravuje na budoucí povolání, a to až do věku 26 let. (zákon 109/2002 Sb.) Průměrně děti tráví v dětském domově 14,5 roku. (Hoferková, 2009)

4.4.3 Dětský domov se školou

Dětský domov se školou zajišťuje péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které mají závažné poruchy chování, nebo o děti s nařízenou ústavní výchovou, které pro přechodnou či trvalou duševní poruchu vyžadují výchovně-léčebnou péči. Dětský domov zajišťuje péči i o děti s uloženou ochrannou výchovou nebo nezletilé matky s nařízenou ústavní či uloženou ochrannou výchovou a jejich děti, které nemohou být vzdělávány ve škole mimo zařízení. Dětský domov se školou plní funkci výchovnou, vzdělávací a sociální. V dětském domově se školou jsou děti umísťovány stejně jako v dětských domovech do rodinných skupin, zde tvoří rodinnou skupinu nejméně 6 a nejvíce 8 dětí a v celém zařízení lze zřídit nejméně 2 a nejvíce 6 rodinných skupin, stejně jako je tomu v dětských domovech. Jsou zde umísťovány nejčastěji děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Pokud dítě nemůže z důvodu závažných poruch chování navštěvovat střední školu mimo zařízení nebo pokud neuzavře pracovníprávní vztah, je přeřazeno do výchovného ústavu (Kurelová, Sekera, & Kubíčková, 2008; zákon 109/2002 Sb.).

4.4.4 Výchovný ústav

Výchovný ústav, stejně jako dětský domov se školou, pečuje o děti se závažnými poruchami chování, které mají uloženu ústavní nebo ochrannou výchovu a jsou často starší 15 let, nebo také o nezletilé matky s dětmi a o děti vyžadující výchovně-léčebnou péči, pro které se zde zřizují oddělené výchovné skupiny. Do výchovného ústavu mohou být umístěny i děti starší 12 let, které mají uloženu ochrannou výchovu a v jejich chování se projevují tak závažné poruchy, že nemohou být umístěny do dětského domova se školou. To lze provést ve výjimečných případech i u dětí s nařízenou ústavní výchovou. Ve výchovném ústavu jsou, stejně jako v diagnostickém ústavu, tvořeny výchovné skupiny. Tvoří je nejméně 5 a nejvíce 8 jedinců. Celkově lze ve výchovném ústavu zřídit maximálně 6 výchovných skupin, kam jsou děti rozdělovány na základě jejich výchovných, vzdělávacích a zdravotních potřeb. Ve výchovném

ústavu jsou mladiství připravováni pro výkon budoucího povolání, a to na základě zajištění školní docházky na základní škole, poté na střední škole či učilišti a případně i v oblasti vyššího vzdělávání. Výchovný ústav plní funkci výchovnou, vzdělávací a sociální. Výchovný ústav se řídí zákonem č. 109/2002 Sb. a je upravován vyhláškou č. 438/2006 Sb., která se zabývá podrobnostmi ve výkonu ústavní a ochranné výchovy (zákon 109/2002 Sb.; Kurelová, Sekera, & Kubíčková, 2008).

4.4.5 Střediska výchovné péče

V zákoně 109/2002 Sb. je uvedeno pouze jako středisko. Středisko se věnuje dětem s rizikem poruch chování nebo s již rozvinutými projevy poruch chování a jedincům s negativními jevy v sociálním vývoji. Věnuje se také zletilým osobám, avšak jen do 26 let věku, které se soustavně připravují na budoucí povolání. Dále se věnuje osobám, které jsou zodpovědné za výchovu, a pedagogickým pracovníkům prostřednictvím doporučení, a také dětem, u kterých rozhodl o zařazení do střediska nebo o výchovném opatření soud. Středisko poskytuje poradenské služby, a to jak klientům, tak pedagogickým zařízením a jiným orgánům, které se věnují práci s dítětem a rodinou. Dále nabízí terapeutické, diagnostické, vzdělávací, speciálněpedagogické, psychologické, výchovné, sociální a informační služby, které jsou určeny jak samotným klientům a jejich rodinám, tak i orgánům podílejícím se na fungování rodiny.

Středisko může své služby poskytovat také v několika formách. Jedná se o formu ambulantní, celodenní, internátní (ta však nejdéle po dobu 8 týdnů) a terénní. O služby střediska může požádat jak sám zletilý klient, tak zákonný zástupce dítěte nebo školní zařízení. Klienti zařazení do celodenní či internátní formy jsou rozděleni do výchovných skupin, ve středisku lze zřídit nejvíce 3 výchovné skupiny, kdy výchovná skupina může mít nejméně 6 a nejvíce 8 klientů. (zákon 109/2002 Sb.)

5 Výzkumy v oblasti ústavní a ochranné výchovy

Pro oblast ústavní a ochranné výchovy existuje i několik výzkumů zaměřujících se na děti a mladistvé přímo v daných zařízeních či výzkumů jedinců, kteří jsou určeni jako mladiství delikventi. Jak již bylo zmíněno, z důvodu odlišnosti systémů péče o dospívající s poruchami chování umístěné do ústavních zařízení není možné srovnávat dospívající v ústavní a ochranné výchově, ale zaměříme se právě na delikventní a nedelikventní skupiny.

Hned první uvedený výzkum je však odlišný, neboť se zabývá samotnými zařízeními v rámci České republiky, jejich kvalitou a činnostmi, které se v rámci zařízení daří a které naopak méně. Šetření proběhlo v režii České školní inspekce, která se zaměřila na zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, konkrétně se jednalo o diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy a střediska výchovné péče. Data byla získávána z 57 zařízení zřizovaných Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky a následně byly provedeny rozhovory a dotazníková šetření s 543 dětmi z daných zařízení. Bylo zjištěno, že se zařízením daří informovat děti, osoby odpovědné za výchovu, zaměstnance i odbornou veřejnost o poskytované péči, dobrá je také spolupráce s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Dále se daří v individuálně poskytované péči, v zaměření na specifické vzdělávací potřeby dětí, v podporování zájmů dětí. Děti vesměs oceňovaly i přístup dospělých, byly v zařízení spokojeny a oceňovaly ubytování i stravu. Naopak byly zjištěny nedostatky v profilaci zařízení a pozdním umístování, v nedostatečném sledování klimatu mezi dětmi a v rozvoji pozitivních vztahů a spolupráce, stejně jako v oblasti nácviku sociálních, komunikačních a personálních dovedností. Nedostatky jsou nalezeny také v nedostatečném používání moderních a standardizovaných psychodiagnostických metod a s tím souvisejícím nedostatkem psychologů, etopedů a dalších

specialistů zaměřených na práci s dětmi. Nízký je také obecně počet zaměstnanců k počtu umístěných dětí. V daných zařízeních není využíváno primárněpreventivních programů, které jsou důležitou součástí péče o jedince (Andrys, 2017).

Vavrysová (2014) provedla studii na vzorku 52 dospívajících ve věku 13 až 16 let umístěných do zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy. Zjistila, že nejčastějšími důvody k umístění jedinců do zařízení bylo nerespektování autorit, záškoláctví, krádeže, agresivita vůči spolužákům, trávení času v závadové partě a toulky. U sledované skupiny dětí a adolescentů byly často tyto důvody propojeny a umístění jedince do zařízení předcházelo více rizikových aktivit současně. Adolescenti v zařízeních mají také velmi často zkušenost s užíváním návykových látek, například tabákových výrobků, marihuany, alkoholu, ale v 8 případech (z 52 dospívajících) i halucinogenních houb. Ve škále představující riziko z hlediska užívání návykových látek se adolescenti ze zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy odlišovali od normy v negativním myšlení a impulzivitě.

Pihet, Combremont, Suter a Stephan (2012) zahrnuli do svého výzkumu 80 chlapců, kteří vykazovali vysoce rizikové chování a byli přijati do středisek zabývajících se volnočasovými aktivitami mladistvých nebo do dvou specializovaných zařízení pro mladistvé delikventy. U chlapců ve věku 13 až 19 let byly zjišťovány informace o delikvenci, rizikovém chování, které souvisí s užíváním návykových látek, o kognitivním a emočním fungování, o neverbální komunikaci, impulzivitě, alexithymii či konstruktivním myšlení. Výzkum byl proveden pomocí smíšeného designu. V neverbální inteligenci se jedinci ve 41 % nelišili od běžné populace, ve 31 % dosahovali vyšších skóre a ve 21 % skóre nižších. Byly prokázány rozdíly oproti normě v subškálách impulzivity, a to v naléhavosti a nedostatku vytrvalosti, avšak zásadní rozdíly byly nalezeny v testu zaměřeném na alexithymii, kde až 66 % dotazovaných dosahovalo hraničních či vyšších hodnot oproti normě, a to ve všech subškálách. V rámci konstruktivního myšlení dosahovali delikventní jedinci vyšších skóre v subškále destruktivního myšlení a naopak výrazně nižších skóre v emočním a behaviorálním zvládnání. Užívání návykových látek mělo

silně negativní účinek vzhledem k delikvenci, kdy 17 % dotazovaných dospívajících má z důvodu problémového užívání návykových látek počínající psychické, fyzické, ale i sociální obtíže a až 53 % z nich pociťuje negativní důsledky užívání návykových látek (Pihet et al., 2012).

V rámci České republiky proběhl výzkum i v nízkoprahových centrech pro děti a mládež (NZDM). (Zemanová & Dolejš, 2015) Autoři zjistili, že 45 % dospívajících z NZDM užilo alkohol v posledních 30 dnech, 39 % vyzkoušelo někdy v životě marihuanu, 48 % kouřilo cigarety v posledních 30 dnech, 38 % kouří více než pět cigaret denně, 27 % již prožilo ve svém životě pohlavní styk. Dále zjistili, že 49 % zfalšovalo podpis rodičů, 27 % ukradlo peníze rodičům a stejné procento bylo někdy v životě za školou. Dalšími rizikovými aktivitami byly krádeže, kdy 35 % alespoň jednou v životě něco ukradlo, 34 % dospívajících uvedlo, že někdy v životě kradli v obchodě, 31 % někdy poškodilo cizí majetek jen tak pro zábavu, 35 % mělo problémy s policií kvůli svému chování, 39 % si někdy záměrně fyzicky ublížilo, 32 % bylo za posledních 30 dní obětí hrubých a vulgárních urážek od spolužáků (Zemanová & Dolejš, 2015).

Jedná se o závěrečnou kapitolu, kde se věnujeme výzkumům v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Na kapitolu navážeme vlastním výzkumným zjištěním.

6 Sledovaná populace adolescentů

V této kapitole se budeme věnovat popisu populace a následně popisu vzorku. Populaci je třeba rozdělit do dvou skupin. Jako první popíšeme běžnou populaci, tedy žáky docházející do běžných základních škol a víceletých gymnázií. Druhý stupeň základní školy a víceletá gymnázia navštěvovalo ve školním roce 2016/2017, kdy probíhal i sběr dat, celkem 337 222 žáků, z toho 162 510 dívek (Statistická ročenka školství MŠMT, 2018). Přehled uvádíme v tabulce č. 4. Nejvíce žáků je ve Středočeském kraji (42 271) a poté v Moravskoslezském kraji (40 222). Naopak nejméně žáků je v Karlovarském kraji (9 220).

Tab. 4: Rozložení žáků 2. stupně v rámci jednotlivých krajů ČR

Kraj	Žáků 2. stupně	Z toho dívek
Hlavní město Praha	32 840	15 833
Středočeský kraj	42 271	20 373
Jihočeský kraj	20 922	10 021
Plzeňský kraj	18 225	8 844
Karlovarský kraj	9 220	4 357
Ústecký kraj	29 144	14 132
Liberecký kraj	15 284	7 389
Královhradecký kraj	18 307	8 768
Pardubický kraj	17 103	8 160
Kraj Vysočina	17 181	8 378
Jihomoravský kraj	36 607	17 641
Olomoucký kraj	20 492	9 897
Zlínský kraj	19 404	9 346
Moravskoslezský kraj	40 222	19 371
Celkem	337 222	162 510

Poznámka: Data získána ze Statistické ročenky školství MŠMT, 2018

Druhou skupinou, kterou popíšeme, je populace adolescentů umístěných do zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy se zaměřením na dětské domovy se školou a výchovné ústavy. Do dětských domovů se školou bylo umístěno celkem 730 adolescentů, z toho 181 dívek, a do výchovných ústavů bylo umístěno celkem 1 096 adolescentů, z toho 377 dívek. Na území České republiky se nachází celkem 55 zařízení tohoto druhu (Statistická ročenka školství MŠMT, 2018). Nejvíce adolescentů v dětských domovech se školou je ve Středočeském kraji, ve výchovných ústavech je nejvíce adolescentů v Ústeckém kraji a poté v Kraji Vysočina. Umístěných dívek je nejvíce v Kraji Vysočina.

Tab. 5: Rozložení adolescentů v dětských domovech se školou a výchovných ústavech v rámci jednotlivých krajů ČR

Kraj	DDŠ	VÚ	Z toho dívek
Hlavní město Praha	22	15	13
Středočeský kraj	136	68	33
Jihočeský kraj	12	36	36
Plzeňský kraj	62	93	21
Karlovarský kraj	8	8	0
Ústecký kraj	99	227	71
Liberecký kraj	55	0	11
Královehradecký kraj	78	74	18
Pardubický kraj	64	23	40
Kraj Vysočina	41	198	189
Jihomoravský kraj	13	146	70
Olomoucký kraj	47	56	35
Zlínský kraj	35	45	0
Moravskoslezský kraj	58	107	21
Celkem	730	1 096	558

Poznámka: DDŠ = dětský domov se školou, VÚ = výchovný ústav.

Zdroj: Data získána ze Statistické ročenky školství MŠMT, 2018.

Do výzkumného projektu bylo zapojeno 2 667 českých adolescentů ve věku 11 až 16 let. Výzkumný soubor byl složen ze dvou podskupin dle typu zařízení, kde byla data sbírána. První a nejpočetnější skupinu, označovanou jako „ZŠ a G“, tvoří adolescenti docházející na druhý stupeň základních škol a 8- a 6letá gymnázia (ekvivalent druhého stupně). Tuto skupinu tvořilo 2 435 adolescentů, přičemž chlapců bylo do výzkumu zapojeno 1 170 (48,05 % ze skupiny ZŠ a G), jejichž průměrný věk dosahoval 13,35 let (SD = ±1,20). Dívky v této skupině bylo 1 265, tvořily 51,05 % a jejich průměrný věk byl 13,26 let s SD = ±1,25 let. Skupinu ZŠ a G budeme v textu také nazývat jako normovou, protože byla vybrána náhodně ze všech relevantních školních zařízení. Druhou skupinu tvořili chlapci a dívky pobývající v dětských domovech se školou nebo ve výchovných ústavech (DDŠ a VÚ), přičemž výzkumu se zúčastnilo 232 osob. Ve skupině bylo 182 chlapců (78,45 %) a 50 dívek (21,55 %). Tato skupina byla o více než rok starší, chlapci měli průměrný věk 14,37 let (SD = ±1,30) a dívky byly ještě o něco starší, neboť dosahovaly průměrného věku 14,42 let (SD = ±1,13). (tab. 6)

Tab. 6: Počet a věk adolescentů dle jednotlivých skupin

Skupina	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
ZŠ a G	2435	13,30	13	14	663	11	16	1,23
DDŠ a VÚ	232	14,38	15	15	76	11	16	1,26

Poznámka: N = počet, M = průměr, Me = medián, Mo = modus, N MO = počet u mediánu, Min. = minimum, Max. = maximum, SD = směrodatná odchylka.

Adolescenti z normového souboru (ZŠ a G) pocházejí ze všech krajů České republiky. Nepoččetnějšími skupinami byli žáci a žákyně z Moravskoslezského kraje (12,37 %) a z Kraje Vysočina (10,44 %). Do 5 % z celého normového souboru jsou zastoupeni adolescenti z hlavního města Prahy (2,39 %) a z Jihočeského kraje (3,33 %). Ve skupině DDŠ a VÚ nejsou zastoupeny všechny kraje, chybí hlavní město Praha, Liberecký, Ústecký a Moravskoslezský kraj. Nejvíce respondentů bylo v dětských

domovech se školou či ve výchovných ústavech v Plzeňském (29,31 %), Jihomoravském (7,33 %) a Královéhradeckém kraji (11,63 %).

V normovém souboru českých adolescentů jsou nejpočetnější věkové kohorty 12letých až 15letých, kteří navštěvují 6. až 9. ročník na základních školách či primu až kvartu na víceletých gymnáziích. V druhé skupině, tedy ve skupině adolescentů z DDS a VÚ, jsou nejvíce obsazené skupiny 13 až 16 let (tab. 8).

Tab. 7: Počet adolescentů dle jednotlivých krajů a skupin

Kraj	Skupina			
	ZŠ a G		DDS a VÚ	
	N	N v %	N	N v %
Hl. město Praha	58	2,38	0	0,00
Pardubický kraj	159	6,53	23	9,91
Kraj Vysočina	254	10,44	23	9,91
Jihomoravský kraj	157	6,45	17	7,32
Liberecký kraj	199	8,18	0	0,00
Středočeský kraj	186	7,64	15	6,47
Královéhradecký kraj	143	5,88	27	11,63
Olomoucký kraj	151	6,20	23	9,91
Karlovarský kraj	161	6,61	7	3,02
Ústecký kraj	201	8,26	0	0,00
Jihočeský kraj	81	3,33	12	5,17
Moravskoslezský kraj	301	12,37	0	0,00
Zlínský kraj	192	7,89	17	7,32
Plzeňský kraj	191	7,85	68	29,31

Poznámka: N = počet, N v % = procentuální zastoupení; u jednoho respondenta nebyl znám kraj.

Tab. 8: Počet adolescentů dle jednotlivých věkových kategorií a skupin

Věk/skupina	N ZŠ a G	N DDŠ a VÚ
11 let	180	7
12 let	523	12
13 let	597	32
14 let	663	60
15 let	453	76
16 let	19	45

Poznámka: N = počet.

Na kapitulu popisu populace i výzkumných souborů navazujeme kapitolou zaměřenou na jednotlivé psychodiagnostické nástroje a jejich faktory. Metody budeme řadit stejně, jak budou následně prezentovány také výsledky.

7 Metody použité ve výzkumu

Ve výzkumném projektu byly použity metody zaměřené na vybrané osobnostní rysy (impulzivita, beznadějnost, přecitlivělost a vyhledávání vzrušení), rizikové chování a depresivitu. Osobnostní rysy byly měřeny Škálou osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek, pro kterou je využívána zkratka SURPS. (Woicik et al., 2009; Dolejš et al., 2012) Některé rizikové aktivity a typy rizikovosti byly zjišťovány dotazníkem, který je označován jako Výskyt rizikového chování u adolescentů a jehož zkratka je VRCHA (Dolejš & Skopal, 2016). Třetí a poslední metodou, která se zaměřila na aktuální míru depresivity u českých adolescentů, je Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá, pro kterou je užívána zkratka SDDSS. (Dolejš et al., 2018) V následujících odstavcích popíšeme jednotlivé metody, jejich obsah, položky, ale také jejich základní psychometrické parametry.

7.1 Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS)

Jde o nejmladší metodu, která byla zkonstruována pro měření aktuálního stavu deprese (jednodimenzionální škála) u českých adolescentů. Jedná se o metodu, která byla zkonstruována primárně pro českou populaci, prošla náročnou standardizací a byla testována v řadě celorepublikových výzkumů. Dolejš a kol. (2018, 8) píšou, že „*pojmem depresivita rozumí psychický stav (ne rys osobnosti), ve kterém se projevují různé příznaky deprese, jedná se tedy o individuální charakteristiku, která ale nemusí dosahovat klinické významnosti. Základní projevy depresivity jsou patrné ve třech oblastech – v náladě, aktivitách a v množství energie.*“

Metoda obsahuje 20 výroků, na které respondent odpovídá výběrem jedné ze 4 odpovědí, od „rozhodně nesouhlasím“ přes „nesouhlasím“, „souhlasím“ až po „rozhodně souhlasím“. Metoda může být využita jak v klinické praxi, tak i v poradenské oblasti či ve školní psychologii.

Administrace metody je snadná, vyplnění metody adolescentovi zabere do 15 minut. Škálu lze zadávat individuálně či skupinově. Vyhodnocení metody rovněž není nijak obtížné, protože metoda neobsahuje žádnou reverzní položku a také proto, že je jednodimenzionální. Administrátor dává za odpověď od 1 do 4 bodů, minimální počet bodů, který lze v metodě získat, je 20 a maximální počet je 80 bodů. Ve škále jsou například tato tvrzení: „Mám pocit, že se nemám na co těšit.“ nebo „Už mě vůbec nic netěší.“ (Dolejš et al., 2018)

Metoda byla využita v několika normalizačních souborech, které zahrnovaly stovky či tisíce českých adolescentů. Byla využita u dílčích skupin, například u adolescentů z diagnostických ústavů a dětských domovů nebo experimentálně u dospělé populace. Dolejš a kol. (2018) uvádějí, že Cronbachovo alfa z Pearsonových korelací je 0,91 a koeficient reliability omega má hodnotu 0,94 (i ostatní studie uvádějí takto vysoké Cronbachovo alfa, porovnej Dolejš et al., 2018). Melecká (2016) využila metodu v longitudinální studii, kdy se během tří měření Cronbachovo alfa pohybovalo od 0,91 do 0,93. Faktorový náboj u jednotlivých položek osciloval od 0,47 do 0,82, což s velkou rezervou splňuje minimální kritéria použitelnosti (Dolejš et al., 2018). Metoda SDDSS měla kladný a velmi úzký vztah se Škálou úzkostnosti Dolejše a Skopala ($r = 0,80$) nebo s hostilitou ($r = 0,55$) či hněvem ($r = 0,32$) v dotazníku agresivity Busse a Perryho. V negativně silném vztahu je škála SDDSS se sebehodnocením měřeným Rosenbergovou škálou sebehodnocení. Korelace dosahovala záporné hodnoty $-0,63$ (Suchá & Dolejš, 2016).

Za významně depresivní můžeme považovat ty adolescenty, kteří získají více bodů, než je průměrná směrodatná odchylka plus jedna. Adolescenti s depresivním laděním či nějakým stupněm deprese vykazují mnoho příznaků. Často nemají dostatek energie, motivace, jsou podráždění, mají sníženou pracovní výkonost, mohou mít problémy s rozhodováním, mohou se u nich objevovat záchvaty pláče a dlouhotrvající smutek. Depresivní adolescenti jsou citliví na neúspěch a odmítnutí, mají větší starost o své zdraví a v některých případech se mohou objevovat myšlenky na smrt. Omezují své volnočasové aktivity a mohou se vyhýbat lidem a společenskému dění (Dolejš et al., 2018). Bližší informace o nor-

mových souborech, o psychometrických ukazatelích a celkově o metodě přináší testová příručka k této metodě (Dolejš et al., 2018).

7.2 Škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS)

Posledním, třetím dotazníkem je Substance Use Risk Profile Scale (SURPS), který byl vytvořen jako jedna z částí preventivního programu PREVENURE (Woicik et al., 2009; Dolejš et al., 2012). Metoda byla převedena do českého prostředí, byly vytvořeny populační normy a byla vydána testová příručka. Český název metody je Škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek. Metoda měří čtyři základní charakteristiky: a) negativní myšlení / beznadějnost (Hopelessness), b) přecitlivělost (Anxiety Sensitivity), c) impulzivita (Impulsivity) a d) vyhledávání vzrušení (Sensation Seeking). Autorky uvádějí, že tyto faktory jsou úzce spojeny s problematickými vzorci chování, a to hlavně v oblasti užívání návykových látek (Woicik et al., 2009), a že je vhodné tyto jedince identifikovat a zapojit je do aktivit primární prevence tak, aby nedošlo k rozvoji rizikových aktivit a k poškození adolescenta z důvodu užívání návykových látek.

Metodu tvoří 4 faktory, které celkem sytí 23 položek. Zkoumaná osoba odpovídá výběrem ze čtyř nabídnutých odpovědí, a to na základě toho, do jaké míry s daným výrokem souhlasí či nesouhlasí. Prvním faktorem je negativní myšlení (někdy označováno jako beznaděj), je tvořen 7 položkami (například „Jsem šťastný/á.“). Další faktor je označován jako přecitlivělost, sytí ho 5 položek (například „Když jsem hodně nervózní, dostávám strach.“). Třetí faktor je impulzivita a obsahuje 5 položek (například „Často něco řeknu dřív, než si to rozmyslím.“). Poslední faktor sytí 6 tvrzení (například „Rád/a dělám věci, které mi trochu nahánějí hrůzu.“) a jedná se o faktor označovaný jako vyhledávání vzrušení. Za odpověď se dává od 1 do 4 bodů. Administrace není náročná a trvá do 15 minut. Vyhodnocení se provádí pomocí šablony a u faktoru nega-

tivního myšlení jsou některé otázky reverzní. Dotazník lze zadávat jak individuálně, tak skupinově a své uplatnění má v prevenci a v poradenství.

Průměrná hodnota pro skupinu českých adolescentů ve věku 11–15 let je ve škále beznaděje 14,1 bodů, ve škále přecitlivělosti 11,8 bodů, ve škále impulzivity 13,1 bodů a ve škále vyhledávání vzrušení 16,3 bodů. Cronbachovo alfa pro negativní myšlení je 0,57 a všechny položky mají středně silný vztah s celkovým skórem tohoto faktoru ($r > 0,50$). U přecitlivělosti byla hodnota alfa 0,64 a opět položky mají středně silný vztah s celkem (od $r = 0,58$). Faktor impulzivity má nejnižší hodnotu Cronbachova alfa, a to 0,41. Položky v tomto faktoru opět dobře sytí celkový skór. Poslední, čtvrtý faktor – vyhledávání vzrušení – má dobrou vnitřní konzistenci (Cronbach alfa = 0,66) a všech 6 položek má středně silný vztah s celkem (od $r = 0,46$). Skopal (2012) či Conrod & Woicik (2002) naměřili ještě vyšší hodnoty, například u beznaděje je alfa 0,60 (Skopal) a 0,76 (Conrod & Woicik) a u impulzivity dosáhlo Cronbachovo alfa hodnoty 0,59 (Skopal) a 0,68 (Conrod & Woicik). Negativní myšlení má středně silný vztah s citovou nestálostí ($r = 0,36$) a úzkostnou sebenejistotou ($r = 0,41$) v Osobnostním inventáři pro mládež (HSPQ). (Dolejš et al., 2012) Woicik et al. (2009) uvádí, že vyhledávání vzrušení v SURPS vysoce koreluje ($r = 0,72$) s Zuckermanovou škálou vyhledávání vzrušení (SSS) a podobný stav je u škály impulzivity, která úzce koreluje ($r = 0,62$) s Eysenckovým dotazníkem I-7. Vzájemné korelace mezi jednotlivými faktory SURPS jsou nízké, pohybují se v rozmezí od $-0,20$ do $0,27$. (Dolejš et al., 2012) Charvát, Vavrysová a Dolejš (2017) zjistili, že adolescenti z ústavů a domovů mají výrazně vyšší skór v impulzivité SURPS (Cohen's $d = 0,55$) a v negativním myšlení SURPS (Cohen's $d = 0,65$), než je tomu u normového souboru.

Pokud adolescent získá vyšší počet bodů v negativním myšlení, můžeme u něho pozorovat pasivitu, společenskou izolovanost, neklid, únavu a často se u něj objevují myšlenky typu: nemám se rád, stejně mě nikdo nemá rád, vždy každého zklamou. Přecitlivělost se projevuje napětím ve svalech či žaludečními nevolnostmi. Adolescent si například myslí, že vše dopadne špatně, a dělá si starosti o budoucnost. Můžeme u něj pozorovat vyhybání se určitým situacím či únik z těchto situací. Impulzivní je-

dinci jsou spontánní, podezíraví, agresivní a nedomyšlejší důsledky svého chování. Často se u nich objevuje vztek, na ostatní jsou naštvaní a nemají ostatní příliš v oblibě. Na fyziologické úrovni se může objevit povrchní dýchání, zrychlený tep, zrudnutí v obličeji či zaťaté pěsti. Vyšší míra posledního faktoru, tedy vyhledávání vzrušení, se projevuje nadměrnou fyzickou aktivitou, energičností, pohlcením okamžikem, neposedností či roztěkaností. Jedinci se nudí, potřebují mít nějakou zábavu a vzrušení, také lze pozorovat vyšší míru pocení, zrychlený tep či neklid (Dolejš, 2010a; Conrod et al., 2004a až d). Jako u předchozích dvou metod, čtenáři mohou najít bližší informace v testové příručce k této metodě (Dolejš et al., 2012).

7.3 Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA)

Dotazník **Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA)** se primárně soustředí na rizikové chování. Metoda poskytuje o adolescentovi dvě základní informace. První informace identifikuje aktivity, které adolescent již realizoval či nerealizoval. Druhá informace vypovídá o faktorech, které adolescent má a metoda je dokáže měřit, tedy o určitých typech rizikovosti. Máme adolescenty soustřeďující se více na delikventní a protispolečenské aktivity, ale jsou také adolescenti se závislostí, experimentující častěji s psychoaktivními látkami, kterým naopak krádeže, podvody a další nemusí nic říkat (Dolejš & Skopal, 2016; Dolejš & Orel, 2017).

Opět se jedná o krátký diagnostický nástroj, obsahující 18 otázek, na které jedinec odpovídá výběrem z možností „Ano“ a „Ne“. Otázky se zaměřují na zkušenost s nějakou aktivitou, příkladem může být otázka „Vykouříš denně více než 5 cigaret?“ nebo „Ukradl/a jsi někdy něco v obchodě?“. Administrace zabere maximálně 15 minut. Metodu lze využít jak skupinově, tak i individuálně a oblasti použití jsou opět různé, pracovat s metodou mohou kliničtí, školní či poradenští psychologové, ale také výzkumníci. Po vyhodnocení dotazníku odborník získává celkový skór a skóry za tři faktory. Metoda je složena z faktoru delikvence, ab-

úzu a šikany. První faktor, delikvence, je syčen 7 položkami a měří zkušenosti s krádežemi, lhaním či falšováním a podvody. Druhý faktor je abúzus, který se v sedmi otázkách zaměřuje na zkušenosti, frekvenci užívání vybraných látek (alkohol, marihuana či tabák). Posledním faktorem je šikana z pohledu oběti, tuto položku tvoří 4 otázky, které se zaměřují na zkušenosti s fyzickou a verbální agresivitou. Celkově adolescent může získat maximálně 18 bodů. Pokud získá 0 bodů, je považován za nerizikového; do 3 bodů se jedná o běžnou rizikovitost, zvýšená rizikovitost je mezi 4 až 6 body a ti, kteří získají 7 a víc bodů, jsou vysoce rizikoví. (Dolejš & Skopal, 2016)

Diagnostický nástroj byl využit již v řadě výzkumných projektů, a to jak českých (Dolejš et al., 2014; Dolejš & Orel, 2017; Laštůvková, 2015; Zemanová & Dolejš, 2015), tak i slovenských (Čerešník et al., 2016). Cronbachovo alfa je nejvyšší u celkového skóru a ve výzkumech osciluje od 0,73 do 0,84. Při longitudinálním šetření byly hodnoty alfa v rozmezí 0,75 až 0,78 (Melecká, 2016). Nejslabším faktorem co do hodnoty Cronbachova alfa je faktor šikana (od 0,40 do 0,56) (Dolejš & Orel, 2017). Korelace mezi celkovou rizikovitostí a abúzem či delikvencí přesahuje ve většině výzkumu hodnotu 0,80. U faktoru je to okolo hodnoty 0,60. Dolejš a Orel (2017) poskytují informaci o tom, že s rizikovitostí je ve velmi úzkém vztahu impulzivita, vzájemná korelace mezi Škálou impulzivity (Dolejš & Skopal, 2016) a celkovou rizikovitostí se pohybuje od 0,48 do 0,53, jedná se tedy o středně silnou korelaci. Dolejš a Skopal (2016) zjistili, že faktory impulzivita a vyhledávání vzrušení ze SURPS jsou ve středně silném vztahu s celkovou rizikovitostí. I další faktory, jako je hostilita, verbální a fyzická agresivita a hněv (měřeny Dotazníkem agresivity Busse a Perryho), jsou ve středně silném a kladném vztahu s celkovou rizikovitostí (Dolejš & Skopal, 2016; Čerešník et al., 2016). Přívětivost (NEO-FFI), rozvážnost (ŠORA) a sebedůvěra (SPAS) negativně působí na výskyt různých rizikových aktivit. (Dolejš et al., 2014) Charvát a kolektiv (2017) zjistili, že celkový skór měřený dotazníkem VRCHA velmi dobře rozlišuje mezi adolescenty z běžné populace a dospívajícími z výchovných ústavů a dětských domovů (AUC = 0,941).

Vavrysová (2014) zjistila, že adolescenti z dětských domovů a výchovných ústavů se často dostávají do této skupiny z důvodu záškoláctví, užívání návykových látek či delikventního chování spojeného s pácháním trestných činů. Autoři příručky Dolejš a Skopal (2016) doporučují u vysoce rizikových jedinců intenzivní odbornou intervenci, individuální poradenství, terapie a práci s celým rodinným systémem. Bližší informace přináší testová příručka, která obsahuje teoretické ukotvení, statisticko-matematické analýzy, jakož i informace o administraci, vyhodnocení či výsledcích a v neposlední řadě obsahuje také populační normy.

V rámci kapitoly jsme popsali jednotlivé metody, které byly v našem výzkumném šetření použity. Další kapitola navazuje popisem samotného sběru dat, celé realizace výzkumu a také popisem metod zpracování a analýzy dat.

8 Cíle projektu, způsob výběru respondentů a etika

Výzkumná studie vycházela z potřeby popsat některé psychologické proměnné u adolescentů umístěných do dětských domovů se školou a výchovných ústavů a zjistit, do jaké míry jsou tyto respondenti depresivní, impulzivní či rizikovní. Výzkumný tým se pokusil také zjistit prevalenci vybraných rizikových aktivit u této populace. Jedním z hlavních cílů bylo adolescenty z těchto zařízení porovnat se skupinou českých žáků a žákyň základních škol a gymnázií

Adolescenti z první skupiny, tedy žáci a žákyně základních škol a víceletých gymnázií, byli vybráni na základě stratifikovaného náhodného výběru podle krajů České republiky. Počet oslovených základních škol a gymnázií v jednotlivých územních celcích byl určen poměrem všech škol daného typu v dané oblasti. Bylo také stanoveno, že z každého kraje musí být zastoupena minimálně jedna základní škola a jedno gymnázium. Ze seznamu škol v daném kraji byl generátorem náhodných čísel vybrán požadovaný počet škol. Administrace testové baterie probíhala face to face, přičemž podnětový materiál zadávali samotní realizátoři této studie. Dotazníky byly administrovány skupinově, a to během jedné vyučovací hodiny (45 minut). Testová baterie byla v pilotním testování takto odzkoušena, a to z toho důvodu, aby adolescenti měli dostatek času pro její vyplnění. Skupinu tvořila vždy náhodně vybraná třída z dané instituce v rámci 6. až 9. ročníku. Celkově se do projektu zapojilo 29 školských zařízení (základní či víceletá gymnázia). Během administrace výzkumník vedl a vyplnil průvodní listinu, která obsahovala informace o testování, ale například také zpětnou vazbu od adolescentů nebo informace o chování adolescentů během testování.

Druhou skupinu tvořili adolescenti z dětských domovů se školou a výchovných ústavů. Zde byl postup oslovování a administrace odlišný. Byl sestaven seznam všech relevantních institucí a následně došlo k totální-

mu výběru, tedy k oslovení všech zařízení ze seznamu. Pro spolupráci se rozhodlo 12 zařízení, některá zařízení odmítla z důvodu velkého množství práce a administrace. Jiná z důvodu právě probíhajících kontrol. Testovou baterii předkládal opět realizátor projektu. Administrace probíhala v malých skupinkách o maximálně 8 adolescentech. Administrace trvala vždy 45 minut, jako vyučovací hodina. Součástí testování každé skupinky byla opět povinnost vyplnit administrátorem průvodní list o testování.

V celé práci bylo postupováno dle etických pravidel stanovených Českomoravskou psychologickou společností (Etická komise ČMPS, 2017) a etickým kodexem Evropské federace psychologických asociací, kterým se řídí i Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. V tomto smyslu by se měly ubírat všechny výzkumné práce. Jde o obecné zásady etiky, které definuje etický metakodex (Meta-code of Ethics). Konkrétně se jedná o respekt vůči právům a důstojnosti člověka, kompetence ve smyslu poskytování pravdivých informací o záměrech a cílech, zodpovědnost ve smyslu mlčenlivosti a o integritu v oblasti respektování dobrovolné účasti a možnosti ukončení spolupráce. (EFPPA, 1995)

9 Výsledky výzkumu

V rámci výzkumné kapitoly se pokusíme popsat získané výsledky. Zaměříme se na srovnání normy (ZŠ a G) a adolescentů z výchovných ústavů a dětských domovů se školou (DDŠ a VÚ). Nejprve se zaměříme na analýzu jednotlivých metod a následně se budeme věnovat korelacím jednotlivých metod u sledovaných skupin adolescentů. Za důležité považujeme zmínit, že u každé metody se může lišit počet respondentů, a to z důvodu vyřazení některých dotazníků u určitých respondentů či nevyplnění určitého dotazníku respondentem. V rámci analýzy jsme pracovali s parametrickými metodami. Soubor složený ze žáků základních škol a gymnázií také označujeme jako normový, a to z důvodu, že se jedná o reprezentativní výběr v rámci ČR. Instituce byly vybrány náhodně a v rámci celé České republiky.

9.1 Analýza výsledků Škály depresivity Dolejše, Skopala a Suché

Jako první se budeme věnovat Škále depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS). Nejprve popíšeme samotné výzkumné soubory. Do analýzy dotazníku SDDSS bylo zahrnuto celkem 2 406 žáků a studentů ze základních škol a gymnázií, z toho 1 152 chlapců (47,88 %) a 1 254 dívek (52,12 %). Tito adolescenti získali v průměru 36,86 bodů v dotazníku depresivity, což odpovídá normovému souboru (Dolejš et al., 2018). Druhá skupina je tvořena adolescenty z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů. Do této skupiny spadá 210 jedinců, z toho je 46 dívek (21,90 %). Tito jedinci získali průměrně 44,29 bodů ve škále depresivity, což je cca o necelých 8 hrubých bodů více oproti skupině dospívajících ze základních škol a gymnázií. Jak lze vidět již v tabulce 9, norma žáků ze základních škol a víceletých gymnázií se odlišuje od adolescentů z výchovných

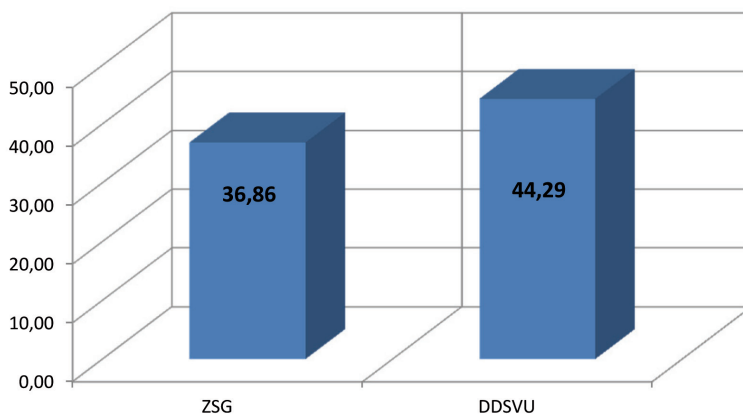
ústavů a dětských domovů se školou. Minimum, ale i maximum hrubých skóre bylo dosaženo pouze u normy. Tato skutečnost může být dána také vysokým počtem respondentů. Nejčastěji bylo u normy dosaženo skóre 40 bodů, u skupiny dětí z dětských domovů se školou a výchovných ústavů se jednalo o hodnotu 44.

Tab. 9: Základní hodnoty v SDDSS dle jednotlivých skupin

Skupina	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
ZSG	2 406	36,86	36	40	104	20	80	10,24
DDSVU	210	44,29	44	44	13	22	74	10,56

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost modusu, Min. = minimum, Max. = maximum, SD = směrodatná odchylka.

Dosažené průměrné výsledky jsou vyobrazeny také graficky. Každý sloup v grafu 1 ukazuje dosažené průměrné skóre u jednotlivých skupin. Rozdíly mezi normou a souborem adolescentů z DDŠ a VÚ jsou výrazné a jedná se tak o jeden z ukazatelů, který poukazuje na to, že děti z DDŠ a VÚ jsou depresivnější, než je norma.



Graf 1: Průměrné hodnoty v SDDSS dle jednotlivých skupin

Pro ověření jsme volili také Studentův t-test (tabulka 10), abychom zjistili, zda se jednotlivé skupiny odlišují mezi sebou. Zjistili jsme tak, že se od normy odlišuje skupina dospívajících z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů, a to na hladině významnosti 0,001. Lze tedy s jistotou říci, že adolescenti z DDS a VÚ dosahují ve Škále depresivity Dolejše, Skopala a Suché statisticky významně vyšších skóre, a jsou tak depresivnější oproti běžné populaci.

Tab. 10: Srovnání průměrné hodnoty v SDDSS u ZSG a DDSVU

M ZSG	M DDSVU	t-value	df	p	N ZSG	N DDSVU	SD ZSG	SD DDSVU
36,86	44,29	-10,06	2614	< 0,001	2406	210	10,24	10,56

Poznámka: N = počet, M = průměr, SD = směrodatná odchylka, t-value = Student t-test, df = stupeň volnosti, p = statistická významnost.

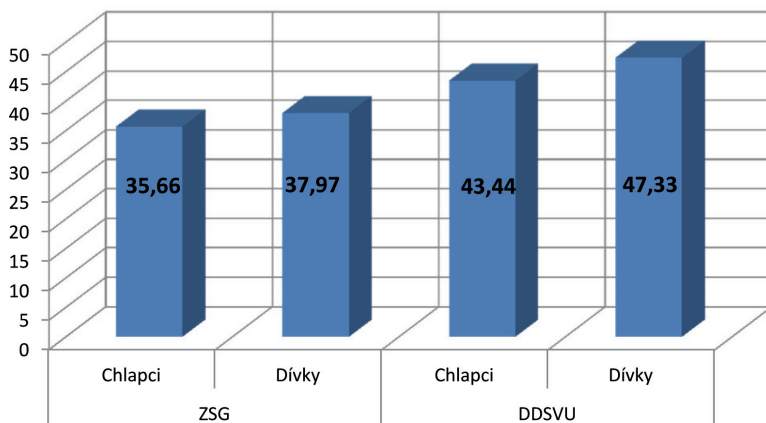
Srovnání jsme provedli také na základě pohlaví. Z tabulky 11 vyplývá, že statisticky významně se liší chlapci i dívky z normového souboru ZŠ a G oproti chlapcům a dívkám ze souboru DDS a VÚ, a to na hladině významnosti 0,001. Obecně lze konstatovat, že dívky dosahují vyšších skóre oproti chlapcům a je možné je popsat jako depresivnější. Nejnižší míru depresivity vykazují chlapci z běžné populace. Nejvyšší skóre naopak vykazují dívky z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů

Tab. 11: Základní hodnoty v SDDSS dle jednotlivých skupin a pohlaví

Skupina	Faktor	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
ZSG	Chlapci	1152	35,66	36	40	55	20	80	10,05
	Dívky	1254	37,97	37	Multiple	57	20	76	10,29
DDSVU	Chlapci	164	43,44	43	44	11	23	74	10,27
	Dívky	46	47,33	46	45	5	22	68	11,14

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost modusu, Min. = minimum, Max. = maximum, SD = směrodatná odchylka.

Detailněji lze výsledky pozorovat v grafu 2, který ukazuje rozdíly mezi jednotlivými skupinami, ale i pohlavími. V grafu 3 je možné pozorovat, že dívky jsou vždy depresivnější oproti chlapcům. Viditelný je také markantní rozdíl u skupiny adolescentů z normového souboru a adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů.



Graf 2: Průměrné hodnoty v SDDSS dle jednotlivých skupin a pohlaví

Na srovnání mezi pohlavími navážeme i srovnáním dle věku. V následující tabulce 12 ukážeme také odlišnost mezi sledovanými skupinami, pohlavími a věkem adolescentů. Ve výzkumu nebyla žádná dívka ze skupiny DDŠ a VÚ ve věku 11 let, z tohoto důvodu není tato hodnota v tabulce uvedena. Pokud se zaměříme na jednotlivé skupiny, zjistíme, že v normové skupině jsou nejméně depresivní 13letí chlapci a naopak nejvíce depresivní jsou 12letí a velmi těsně za nimi jsou 11letí. V případě dívek ve stejné skupině jsou nejvíce depresivní 16leté, nejméně depresivní jsou 13leté, avšak 11-, 12- a 15leté dívky se od nich odlišují pouze o desetiny bodu. Ve skupině dětských domovů se školou a výchovných ústavů jsou mezi chlapci nejvíce depresivní 12letí chlapci a naopak nejméně depresivní jsou 11letí chlapci, rozdíl mezi nimi je 13,54 bodu. U dívek ve stejné skupině jsou nejvíce depresivní 13leté a nejméně 12leté.

Tab. 12: Průměrné hodnoty v SDDSS dle věku, pohlaví a skupin

Skupina	ZSG		DDSVU	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
11 let	37,00	37,59	35,75	
12 let	37,15	37,52	49,29	38,00
13 let	34,92	37,34	43,47	52,50
14 let	35,32	39,28	44,33	47,00
15 let	35,09	37,52	43,22	45,86
16 let	35,50	43,71	42,34	48,60

V popisu depresivity se zaměříme také na položkovou analýzu. Z celkového počtu 20 otázek jsme vybrali dvě. První je zaměřena na sebezpoškozující myšlenky a myšlenky na smrt či sebevraždu. Druhá se zaměřuje na pocity spojené s činností či situací, kdy mají adolescenti dojem, že vše, co udělají, je špatné a mají za tuto činnost být potrestáni. Zaměřujeme se pouze na kladné odpovědi v těchto položkách. Na první z nich (myšlenky na smrt či sebevraždu) volilo souhlasnou odpověď 17,14 % adolescentů z DDŠ a VÚ. Rozhodný souhlas v dané položce zvolilo 5,71 % adolescentů z DDŠ a VÚ, což je představuje 12 jedinců. V normovém souboru volilo kladnou odpověď na položku 9,65 %, rozhodný souhlas volilo 3,04 %, což je 73 adolescentů. Všichni adolescenti, kteří odpověděli na tuto položku „rozhodně souhlasím“, jsou více ohroženi sebezpoškozením či pokusem o sebevraždu.

Druhá položka je zaměřena na pocity adolescentů, že dělají vše v životě špatně a zaslouží si za to být potrestáni. Kladné odpovědi volili nejčastěji adolescenti z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů. Kladně odpovědělo celkem 44,29 % z nich, kdy volbu „rozhodně souhlasím“ volilo 12,86 %, tedy 27 z 210 respondentů z DDŠ a VÚ. Kladnou odpověď volilo také 27,68 % adolescentů z normového souboru. U normového souboru je viditelný výrazný pokles u jedinců, kteří volili

odpověď „souhlasím“ (23,36 %), a těch, kteří volili odpověď „rozhodně souhlasím“ (4,32 %).

Tab. 13: Kladné odpovědi na dvě otázky z SDDSS dle skupin

Odpoověď/otázka	Skupina	V poslední době myslím na smrt či sebevraždu	Očekávám, že budu potrestán/a
Souhlasím	ZSG	6,61	23,36
	DDSVU	11,43	31,43
Rozhodně souhlasím	ZSG	3,04	4,32
	DDSVU	5,71	12,86

V této části jsme popsali výsledky ve Škále depresivity Dolejše, Skopala a Suché, kdy jako nejdepresivnější se jeví adolescenti z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů. V další části se zaměříme na popis výsledků ve Škále osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek.

9.2 Analýza výsledků Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek

Metodou, kterou popíšeme jako další, je Škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS). Škála se zaměřuje na čtyři osobnostní rysy. Nejprve popíšeme všechny rysy dohromady u všech námi sledovaných skupin a následně se zaměříme na každý rys zvlášť a popíšeme jej u naší skupiny.

Ve škále SURPS bylo možné vyhodnotit data od 2 353 respondentů ze skupiny základních škol a víceletých gymnázií a 217 dotazníků od adolescentů umístěných do dětských domovů se školou a do výchovných ústavů. Také připomínáme, že v metodě SURPS nabývá škála negativní myšlení hodnot od 7 do 28, impulzivita hodnot od 5 do 20, vyhledávání vzrušení od 6 do 24 a přecitlivělost hodnot od 5 do 20 bodů. Maxi-

mální skór znamená vysoký výskyt tohoto rysu u jedince a naopak nízký skór značí, že se tento rys u jedince nevyskytuje. Při srovnání průměrů u jednotlivých škál i skupin zjišťujeme, že nejnižších skórů dosahují jedinci ze základních škol a víceletých gymnázií. Za zajímavé považujeme i naplnění minimálních a maximálních hodnot, kdy dospívající ze základních škol a víceletých gymnázií naplňují ve všech škálách minimální i maximální hodnoty. Skupina adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů také naplňuje všechny maximální hodnoty, ty minimální nenaplňují pouze ve škále vyhledávání vzrušení, kde nejnižší skór má hodnotu 8 bodů, což znamená, že respondenti v jedné či dvou odpovědích odpovídali středovou hodnotou, tj. odpovědi za 2 až 3 body.

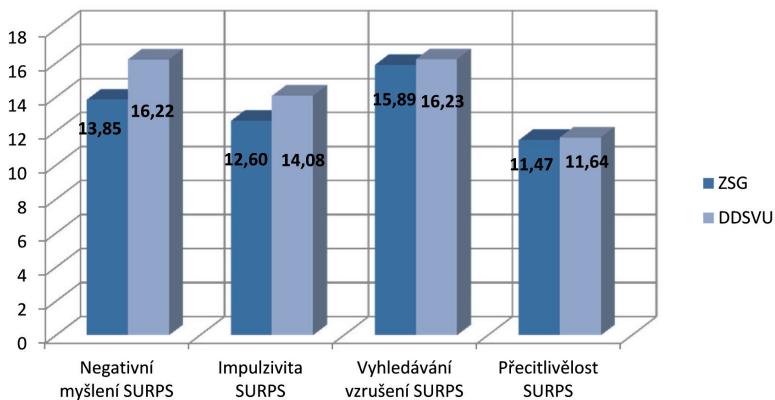
Tab. 14: Základní hodnoty ve faktorech dotazníku SRUPS dle jednotlivých skupin

Skupina	Faktor	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
ZSG	Negativní myšlení SURPS	2353	13,85	14	14	361	7	28	3,80
	Impulzivita SURPS	2353	12,60	13	13	364	5	20	2,56
	Vyhledávání vzrušení SURPS	2353	15,89	16	15	267	6	24	3,56
	Přecitlivělost SURPS	2353	11,47	11	11	331	5	20	2,81
DDSVU	Negativní myšlení SURPS	217	16,22	16	16	29	7	28	3,78
	Impulzivita SURPS	217	14,08	14	13	36	5	20	2,75
	Vyhledávání vzrušení SURPS	217	16,23	16	15	29	8	24	3,18
	Přecitlivělost SURPS	217	11,64	12	Multiple	27	5	20	3,31

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost modusu, Min. = minimum, Max. = maximum, SD = směrodatná odchylka

Srovnání průměrných hodnot lze pozorovat i v grafu 3, který srovnává průměry jednotlivých skupin. Lze pozorovat, že žádná z průměrných hodnot nepřesahuje 17 bodů, nejvyšší skór je cca 16 bodů. Těto průměrné hodnoty 16 bodů dosáhli adolescenti z DDŠ a VÚ ve škálách negativní myšlení a vyhledávání vzrušení. Zmíněným 16 bodům se blíží také vyhle-

dávání vzrušení u jedinců ze ZŠ a G. Tato čísla jsou však stále nižší oproti adolescentům z DDŠ a VÚ.



Graf 3: Průměrné hodnoty ve faktorech SURPS dle jednotlivých skupin

V následujícím textu se zaměříme na jednotlivé škály a jejich popis u jednotlivých skupin z našeho výzkumného šetření. U každé ze škál se zaměříme také na dělení dle pohlaví a jejich popis.

9.2.1 Negativní myšlení

Jako první se zaměříme na škálu negativního myšlení. Již v kapitole 2.5 v teoretické části práce jsme popsali význam tohoto osobnostního rysy. Zde si však připomeneme význam vysokých a nízkých skóre v tomto rysu. Pokud jedinci dosahují vysokých skóre v tomto rysu, je možné u nich předpokládat spíše depresivní ladění, sníženou náladu, pocity beznaděje apod. U těchto jedinců je také pravděpodobné, že budou návykové látky užívat jako automedikaci ke zvládnání těchto stavů.

Při srovnání námi sledované normy lze z tabulky 15 zjistit, že dívky dosahují vyšších skóre oproti chlapcům. Velmi malý rozdíl mezi pohlavími je ve skupině adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů. Pokud bychom se zaměřili i na hodnocení výsledku dle jednotlivých skupin,

livých pásem v této metodě, zjistili bychom, že všechny námi sledované skupiny se nacházejí ve středním pásmu (11 až 17 u obou pohlaví), tedy ve střední rizikovosti v daném rysu. Na hranici horního pásma se nachází chlapci a dívky z DDS a VÚ. U dívek z DDS a VÚ je hrubý skóre 16 také nejčastější hodnotou, a to celkem v 9 případech ze 49. Je také zajímavé, že tyto dívky nedosahují minimálních ani maximálních možných hodnot v dané subškále.

Tab. 15: Základní hodnoty ve faktoru negativní myšlení dle jednotlivých skupin a pohlaví

Pohlaví	Skupina	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
Chlapci	ZSG	1126	13,49	14	14	175	7	28	3,77
	DDSVU	168	16,20	16	14	23	7	28	3,79
Dívky	ZSG	1227	14,18	14	14	186	7	28	3,80
	DDSVU	49	16,27	16	16	9	8	25	3,78

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost modusu, Min. = minimum, Max. = maximum, SD = směrodatná odchylka.

Využitý Studentův t-test ukázal statisticky významné rozdíly na hladině 0,001 v průměrech obou sledovaných skupin adolescentů. Dospívající z normové skupiny dosahují výrazně nižších hodnot než jejich vrstevníci z dětských domovů se školou a výchovných ústavů. Můžeme říci, že tito adolescenti mají negativní ladění, zvýšenou míru beznaděje a svůj život vidí více negativně než vrstevníci ze základních škol a gymnázií.

Tab. 16: Srovnání průměrné hodnoty ve faktoru negativní myšlení u ZSG a DDSVU

M ZSG	M DDSVU	t-value	df	p	N ZSG	N DDSVU	SD ZSG	SD DDSVU
13,85	16,22	-8,78	2568	< 0,001	2353	217	3,80	3,78

Poznámka: N = počet, M = průměr, SD = směrodatná odchylka, t-value = Studentův t-test, df = stupeň volnosti, p = statistická významnost.

9.2.2 Impulzivita

Další škála a zároveň i osobnostní rys, u kterého popíšeme získané výsledky, je impulzivita. Tato osobnostní charakteristika se vyznačuje nerozvážným chováním či okamžitou reakcí, která je provedena bez zábrán a bez rozmyslu. Impulzivní jedinci nejsou schopni vyhodnotit důsledky svého chování či jeho rizikovost. V tabulce 17 nacházíme popis souboru i s dosaženými výsledky ve škále impulzivity. Sledované skupiny se nachází ve středním pásmu impulzivity, které je v rozsahu 11 až 15 hrubých bodů u obou pohlaví, tzn. že tito jedinci jsou průměrně riziková v oblasti impulzivity. Nejnižších skóre dosahují opět jedinci z běžných základních škol a gymnázií a nejrizikovější jsou chlapci umístění do dětských domovů se školou a do výchovných ústavů. Dívky z běžných základních škol jsou méně impulzivní než chlapci ve stejné skupině. V případě dětských domovů se školou a do výchovných ústavů jsou mírně impulzivnější opět chlapci.

Chlapci z DDŠ a VÚ ve 28 případech získali 15 bodů. U dívek z DDŠ a VÚ není možné určit jednu nejčastěji dosáhnutou hodnotu, jelikož jsou tyto hodnoty vícečetné. Pokud se podíváme na dosažení minimálních a maximálních hodnot, zjistíme, že ve skupině základních škol a víceletých gymnázií dosáhli jak dívky, tak chlapci obou těchto hodnot. Stejně je tomu i u chlapců z DDŠ a VÚ. Dívky v dětských domovech se školou a ve výchovných ústavech dosahují maximální možné hodnoty 20 hrubých bodů, minimem je pro tuto podskupinu hodnota 8 hrubých bodů.

Tab. 17: Základní hodnoty ve faktoru impulzivita dle jednotlivých skupin a pohlaví

Pohlaví	Skupina	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
Chlapci	ZSG	1126	12,65	13	13	184	5	20	2,55
	DDSVU	168	14,11	14	15	28	5	20	2,81
Dívky	ZSG	1227	12,56	13	12	181	5	20	2,57
	DDSVU	49	14,00	14	Multiple	9	8	20	2,55

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost modusu, Min. = minimum, Max. = maximum, SD = směrodatná odchylka.

Na základě provedeného Studentova t-testu jsme zjistili, že statisticky významně se ($p < 0,001$) liší adolescenti ve skupině DDŠVŮ oproti normovému souboru. Dospívající ze základních škol a víceletých gymnázií jsou méně impulzivní, jsou schopni častěji domýšlet rizika svého chování, jednají méně ukvapeně, plánují, dokáží například oddálit své uspokojení.

Tab. 18: Srovnání průměrné hodnoty ve faktoru impulzivita u ZSG a DDSVU

M ZSG	M DDSVU	t-value	df	p	N ZSG	N DDSVU	SD ZSG	SD DDSVU
12,60	14,08	-8,09	2568	< 0,001	2353	217	2,56	2,75

Poznámka: N = počet, M = průměr, SD = směrodatná odchylka, t-value = Studentův t-test, df = stupeň volnosti, p = statistická významnost.

9.2.3 Vyhledávání vzrušení

Dalším osobnostním rysem, který spadá do Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek, je vyhledávání vzrušení. Pouze pro připomenutí uvádíme, co znamená, pokud jedinec dosáhne vysokých hrubých bodů v dané škále. Tito jedinci vyhledávají aktivity, které jsou spojeny s rizikem. Mají tendenci experimentálně, ale

často také excesivně užívat návykové látky. Nyní popíšeme na základě tabulky č. 19 respondenty z našeho výzkumu, a to podle rozdělení do skupin, ale také dle pohlaví. Všechny testované skupiny dosahují středního pásma v oblasti vyhledávání vzrušení, tj. 13 až 20 bodů u chlapců a 12 až 19 u dívek. Na první pohled je patrné, že se v této škále odlišují chlapci od dívek, neboť dívky dosahují nižších průměrů. Ve skupině žáků z našeho normového souboru pozorujeme, že chlapci nejčastěji volili takové odpovědi, že dosáhli v průměru 17 hrubých bodů, což byla i nejčastější získaná hodnota v testu, a to ve 135 případech. U dívek z normového souboru se jednalo o 15 hrubých bodů jako průměrnou, ale také nejčastěji volenou hodnotu, a to ve 156 případech. Skupina chlapců z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů dosahuje průměrného hrubého skóru 16 bodů, avšak nejčastěji získanou hodnotou je 15 bodů, a to ve 23 případech ze 168. U dívek ze stejné skupiny se jedná v průměru o 15 hrubých bodů a 16 bodů bylo získáno celkem v 8 případech, což je i nejčastěji získaná hodnota.

Co se týče dosahování minimálních a maximálních skóru, obou krajních hodnot dosahují pouze adolescenti v normovém souboru (chlapci i dívky). Dívky z DDŠ VÚ dosahují rozmezí 10 bodů jako dosaženého minima a 23 bodů jako maximálního skóru.

Tab. 19: Základní hodnoty ve faktoru vyhledávání vzrušení dle jednotlivých skupin a pohlaví

Pohlaví	Skupina	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
Chlapci	ZSG	1126	16,40	17	17	135	6	24	3,51
	DDSVU	168	16,52	16	15	23	8	24	3,12
Dívky	ZSG	1227	15,43	15	15	156	6	24	3,54
	DDSVU	49	15,22	15	16	8	10	23	3,20

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost modusu, Min. = minimum, Max. = maximum; SD = směrodatná odchylka.

Mezi testovanými skupinami v rámci škály vyhledávání vzrušení ne-nacházíme statisticky významný rozdíl. Studentův t-test ukázal hladinu významnosti vyšší než 0,05, přesně 0,185. Obě skupiny jsou ve vyhledávání vzrušujících aktivit velmi podobné, jen průměr adolescentů ze skupiny DDSVU je cca o 0,3 vyšší než u normové skupiny.

Tab. 20: Srovnání průměrné hodnoty ve faktoru vyhledávání vzrušení u ZSG a DDSVU

M ZSG	M DDSVU	t-value	df	p	N ZSG	N DDSVU	SD ZSG	SD DDSVU
15,89	16,22	-1,32	2568	0,185	2353	217	3,56	3,18

Poznámka: N = počet, M = průměr, SD = směrodatná odchylka, t-value = Studentův t-test, df = stupeň volnosti, p = statistická významnost.

9.2.4 Přecitlivělost

Posledním osobnostním rysem ze Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek je přecitlivělost. Stejně jako v předchozích případech, i zde ukážeme význam vysokých skóre u škále přecitlivělost. Jedinci reagují na situace spíše úzkostně, bojácně. Tento osobnostní rys může být i prediktorem panické poruchy. Jedinci s vysokými skóre přecitlivělosti se více hlídají a sledují své tělesné příznaky. Na základě tabulky 21 popíšeme základní výsledky v dané škále u našeho výzkumného souboru. Průměrné skóre všech skupin dosahují středního pásma, které je u chlapců v rozmezí 8 až 14 bodů a u dívek 10 až 15 bodů. Ve škále pozorujeme rozdíly mezi chlapci a dívkami, kdy chlapci v normové skupině a ve skupině adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů dosahují nižších skóre oproti dívkám z těchto skupin. Znamená to, že dívky v daných skupinách jsou přecitlivější, reagují spíše úzkostně a s obavami. Obecně nejvyššího průměrného skóre dosahují dívky z DDŠ a VÚ. Ty také v dané škále skórují v průměru 13 hrubými body. Nejčastěji volená hodnota je u těchto dívek vícenásobná.

Pokud se zaměříme na minimální a maximální dosažené hodnoty, uvidíme, že žáci základních škol a víceletých gymnázií spolu s chlapci z DDS a VÚ dosáhli jak minimální, tak maximální hodnoty.

Tab. 21: Základní hodnoty ve faktoru přecitlivělost dle jednotlivých skupin a pohlaví

Pohlaví	Skupina	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
Chlapci	ZSG	1126	10,84	11	10	185	5	20	2,88
	DDSVU	168	11,14	11	11	23	5	20	3,27
Dívky	ZSG	1227	12,05	12	12	184	5	20	2,62
	DDSVU	49	13,35	13	Multiple	7	7	19	2,87

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost modusu, Min. = minimum, Max. = maximum, SD = směrodatná odchylka.

U škály přecitlivělost jsme stejně jako v předchozích případech volili Studentovy t-testy, jejichž výsledky jsou zdokumentovány v tabulce 22. Avšak stejně jako ve škále vyhledávání vzrušení, ani zde nenacházíme statisticky významný rozdíl mezi průměrnými hodnotami sledovaných skupin, dokonce se průměry se liší jen o 0,17 hrubého bodu ve prospěch adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů. Dopřívající z obou skupin jsou dle průměrů podobně bojácní a přecitlivělí.

Tab. 22: Srovnání průměrné hodnoty ve faktoru vyhledávání vzrušení u ZSG a DDSVU

M ZSG	M DDSVU	t-value	df	p	N ZSG	N DDSVU	SD ZSG	SD DDSVU
11,47	11,64	-0,84	2568	0,185	2353	217	2,81	3,30

Poznámka: N = počet, M = průměr, SD = směrodatná odchylka, t-value = Studentův t-test, df = stupeň volnosti, p = statistická významnost.

Tímto rysem jsme ukončili analýzu výsledků Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek a následně se budeme věnovat výsledkům dotazníku Výskyt rizikového chování u adolescentů, kde si popíšeme i samotné rizikové chování, kterého se jedinci v daných skupinách dopouští.

9.3 Analýza výsledků dotazníku Výskyt rizikového chování u adolescentů

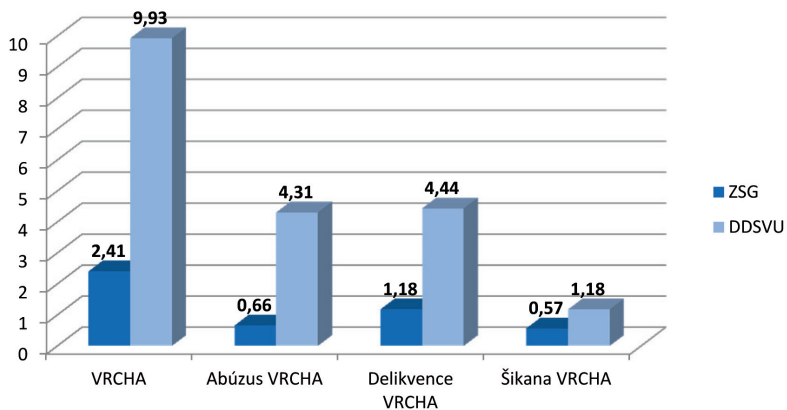
Nyní si popíšeme výsledky metody Výskyt rizikového chování u adolescentů. Tato metoda nám umožňuje popsat i typy rizikového chování, které se u adolescentů vyskytuje. Zaměříme se jednak na celkový skóre ve škále VRCHA, ale také na výsledky tří subškál a navážeme prevalencí konkrétních rizikových aktivit, které dotazník obsahuje.

Do analýzy dotazníku bylo zahrnuto 2 406 adolescentů z normového souboru a 216 dospívajících z dětských domovů se školou. Při srovnání průměrů celkového skóru dotazníku je zřejmé, že sledované skupiny se ve všech průměrech značně liší (tabulka 23). Průměr celkového skóru dotazníku VRCHA je 2,41 u normy a 9,93 u adolescentů umístěných v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Pokud bychom si měli blíže popsat jednotlivé skupiny, u populace je mediánem hodnota 2, tzn. dvě kladné odpovědi v dotazníku. U 621 respondentů se nevyskytla v dotazníku žádná kladná odpověď. Adolescenti v běžné populaci nejčastěji dávají kladné odpovědi v subškále delikvence. Dospívající s nařízenou ústavní výchovou a uloženou ochrannou výchovou vykazují ve většině oblastí zvýšené skóre oproti skupině ze základních škol a gymnázií. Ze všech těchto adolescentů získalo 11 bodů 28 z nich. Adolescenti umístění do dětských domovů se školou a do výchovných ústavů také vykazují nejvyšší skóre v delikvenci ($M = 4,44$), avšak velmi blízko je i průměrný skóre v subškále abúzu ($M = 4,31$). Dané srovnání můžeme vidět i v grafu č. 4, který ukazuje rozdíly průměrů v celkové škále i v subškálách mezi jednotlivými skupinami.

Tab. 23: Základní hodnoty v dotazníku VRCHA a v jeho faktorech dle jednotlivých skupin

Skupina	Faktor	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
ZSG	VRCHA	2406	2,41	2	0	621	0	17	2,62
	Abúzus VRCHA	2406	0,66	0	0	1488	0	7	1,13
	Delikvence VRCHA	2406	1,18	1	0	989	0	7	1,39
	Šikana VRCHA	2406	0,57	0	0	1523	0	4	0,90
DDSVU	VRCHA	216	9,93	10	11	28	0	18	3,55
	Abúzus VRCHA	216	4,31	5	5	51	0	7	1,86
	Delikvence VRCHA	216	4,44	5	6	46	0	7	1,98
	Šikana VRCHA	216	1,18	1	1	81	0	4	1,04

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost modusu, Min. = minimum, Max. = maximum, SD = směrodatná odchylka.



Graf 4: Průměrné hodnoty v dotazníku VRCHA a v jeho faktorech dle jednotlivých skupin

Nyní popíšeme prevalenci jednotlivých otázek z dotazníku pro výskyt rizikového chování. Srovnáváme mezi sebou tři skupiny: normovou skupinu, která byla vytvořena na základě standardizační studie realizované Dolejšem a kolektivem (2014), naši normovou skupinu, tvořenou žáky základních škol a gymnázia, a skupinu adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů.

Obecně lze při srovnání normy a naší populace (ZŠ a G) konstatovat, že se snižuje užívání návykových látek, a tím i skór subškály abúzu. Pro představu, 1 % naší populace tvoří 24 jedinců (ze skupiny ZŠ a G). Nejzásadnější rozdíly jsou v užívání marihuany, kdy rozdíl činí 2,38 %. Další rozdíly jsou patrné v otázce měsíční prevalence užívání tabáku, kde je rozdíl 2,53 %. Rozdíl nacházíme také u denního kouření cigaret. Snížení u skupiny základních škol a gymnázií oproti normě je o 0,55 %. Rozdíl je také u opilosti, kterou provází obtíže s mluvením, chůzí a zvracením, a to o 0,85 %. Naopak zvýšení nacházíme u většiny otázek, které se týkají delikventního chování. Například v případě falšování podpisu se jedná o zvýšení o 3,88 %. Velmi významné navýšení, o 4,16 %, lze pozorovat u krádeží někdy něčeho někomu. A naopak ve škále šikana dochází v některých položkách ke zvýšení a u jiných naopak ke snížení. Ke snížení dochází v položce „Už sis někdy během života záměrně fyzicky ublížil/a?“, kdy v původním normovém souboru odpovědělo na tuto položku kladně 25,16 % a v naší studii odpovědělo kladně 20,37 % respondentů, což znamená, že přibližně 490 jedinců z 2 406 v běžné populaci si záměrně ublížilo. Naopak mírné navýšení pozorujeme u položek zaměřených na verbální agresi a ublížení ze strany spolužáků v posledních 30 dnech. Snížení pozorujeme u ublížení na internetu v posledních 30 dnech.

Další srovnání může proběhnout mezi naší skupinou adolescentů ze základních škol a gymnázií a skupinou adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů. U těchto dvou skupin jsou zásadní rozdíly ve všech položkách. Největší rozdíl nacházíme v položce kouření cigaret během posledních 30 dní, rozdíl činí 80,54 %. Při převodu na jedince jde u dětí z DDŠ a VÚ o 192 a v případě běžných základních škol o 200 jedinců. Tento rozdíl je způsoben velikostí vzorku, který v případě DDŠ a VÚ odpovídá alespoň 10 % populace a v rámci celé populace odpovídá 1 %.

Zásadní rozdíl nacházíme také v oblasti užívání marihuany a jejích derivátů, kouření 5 a více cigaret za den, v celoživotní prevalenci pohlavního styku a v oblasti problémů s policií.

Adolescenty v dětských domovech se školou a ve výchovných ústavech lze tedy označit jako nejrizikovější. Mají nejvíce zkušeností v oblasti užívání návykových látek, ale i v oblasti delikventního chování. Zvýšené riziko vykazují i v oblasti šikany, kde největším rizikem je sebepoškozování a poté vulgarity a nadávky mezi spolužáky. V zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy jsou jedinci limitováni v oblasti používání internetu. Omezení by se měla projevit i v měsíční prevalenci užívání návykových látek, avšak ti jedinci, kteří odchází ze zařízení na propustku či na víkendové pobyty v rodině, mají i přes omezení a kontroly v zařízení možnost užívat návykové látky (alkohol, tabák, marihuana).

Pokud bychom popsali pouze rizikové chování adolescentů v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy bez srovnání s jinou skupinou, platí, že 52,31 % respondentů pilo v posledních 30 dnech alkoholický nápoj, 81,02 % z nich někdy v životě kouřilo marihuanu nebo některé její deriváty, 88,89 % adolescentů z této skupiny kouřilo během posledních 30 dní cigarety a 73,15 % vykouří více než 5 cigaret denně. V rámci celoživotní prevalence mělo 75,00 % těchto adolescentů pohlavní styk. V rámci subškály delikvence mělo 79,63 % adolescentů problémy s policií, 74,07 % bylo během svého života za školou, 67,59 % někdy něco někomu ukradlo, 63,43 % kradlo v obchodě a 56,48 % ukradlo peníze rodičům nebo někomu jinému. V rámci subškály šikany se 57,41 % adolescentů v rámci celoživotní prevalence sebepoškozovalo a 36,57 % bylo středem hrubých urážek od spolužáků. Naopak jen 8,33 % z nich uvádí, že bylo zesměšňováno na internetu a 15,74 % adolescentů ublížil během posledních 30 dnů někdo ze spolužáků. Z prevalenčních hodnot lze usuzovat, že adolescenti z dětských domovů se školu a z výchovných ústavů jsou velmi rizikovou populací a je velmi potřebné zaměřit na tuto populaci preventivní, intervenční, poradenské a odborné aktivity.

Tab. 24: Prevalence vybraných rizikových aktivit u jednotlivých skupin

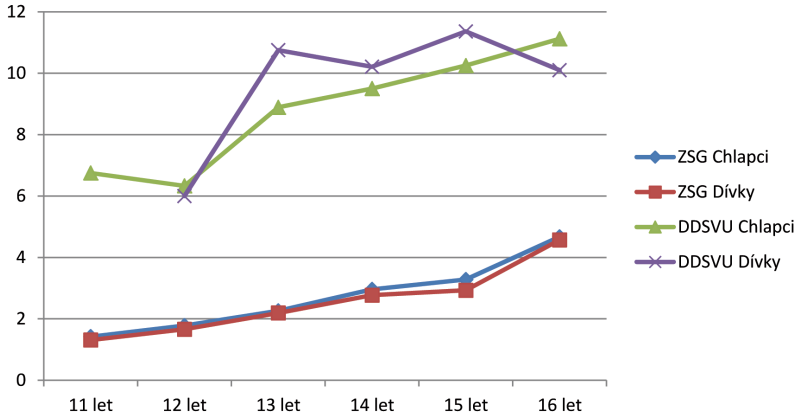
Položky dotazníku Výskyt rizikového chování u adolescentů	Norma	ZSG	DDSVU
Pil/a jsi během posledních 30 dnů nějaký alkoholický nápoj?	31,19	31,21	52,31
Kouřil/a jsi nebo jinak užil/a někdy během svého života marihuanu („trávu“) nebo hašiš?	10,86	8,48	81,02
Kouřil/a jsi během posledních 30 dnů cigarety?	10,88	8,35	88,89
Měl/a jsi někdy během svého života pohlavní styk?	5,55	5,11	75,00
Vykouříš denně více než 5 cigaret?	3,04	2,49	73,15
Byl/a jsi někdy během posledních 30 dnů opilý/á tak, že jsi měl/a problémy s chůzí, s mluvením, zvracel/a jsi nebo sis nepamatoval/a, co se stalo?	3,93	3,08	24,07
Užil/a jsi někdy během života léky, aniž bys je potřeboval/a (zdravotní problémy) a aniž by o tom věděli rodiče?	8,95	7,32	36,11
Zfalšoval/a jsi někdy podpis rodičů?	29,87	33,75	51,85
Ukradl/a jsi někdy peníze rodičům nebo někomu jinému?	11,89	13,05	56,48
Byl/a jsi někdy během svého života „za školou“?	8,30	8,60	74,07
Ukradl/a jsi někdy něco někomu?	23,31	27,47	67,59
Poškodil/a jsi někdy během života cizí majetek jen tak pro zábavu?	14,96	15,05	51,39
Měl/a jsi někdy „opletačky“ s policií kvůli tomu, co jsi udělal/a?	7,36	8,27	79,63
Ukradl/a jsi někdy něco v obchodě?	10,71	11,55	63,43
Už sis někdy během života záměrně fyzicky ublížil/a?	25,16	20,37	57,41
Byl/a jsi někdy během posledních 30 dnů středem hrubých a vulgárních urážek od spolužáků?	17,61	18,74	36,57
Ublížil ti někdo nebo tě zesměšňoval v posledních 30 dnech na internetu (sociální sítě, nevhodná videa, blogy a jiné)?	7,12	6,32	8,33
Ublížil ti některý ze spolužáků během posledních 30 dnů?	11,68	12,01	15,74

Poznámka: Norma = Skopal, Dolejš, Suchá a kol. (2014) – standardizační studie na populaci českých adolescentů ve věku 11–15 let.

Jako další srovnáme námi testované skupiny dle věku a pohlaví, toto srovnání nám poskytuje tabulka 25. Metoda Výskyt rizikového chování u adolescentů je závislá na věku, tedy čím vyšší věk, tím více kladných odpovědí respondenti podávají. Rychlejší nárůst je u chlapců z DDŠ a VÚ než u chlapců ze základních škol a gymnázií. Jediná skupina, kterou nebylo možné popsat, jsou dívky z DDŠ a VÚ ve věku 11 let, jelikož naši studie se tyto dívky neúčastnily. U chlapců i dívek ze základních škol a víceletých gymnázií narůstá množství odpovědí dle věku. Chlapci jsou v této skupině mírně rizikovější oproti dívkám. Ve skupině DDŠ a VÚ jsou nejrizikovější dívky ve věku 13 až 16 let. Chlapci jsou nejrizikovější ve věku 13 až 16 let. V grafu 5 jsou zřejmě s věkem rostoucí tendence rizikového chování u skupiny běžné populace, a to jak u chlapců, tak u dívek. Dále také vzrůstají tendence u chlapců z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů. U dívek z DDŠ a VÚ značně roste rizikové chování mezi 12. a 13. rokem a pak stagnuje až do 16 let. Na základě tohoto výsledku můžeme usuzovat, že dívky z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů jsou v mladším věku tou nejrizikovější skupinou ze všech sledovaných.

Tab. 25: Průměrné hodnoty v celkovém skóru VRCHA dle věku, pohlaví a skupin

Skupina	ZSG		DDSVU	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
11 let	1,42	1,31	6,75	
12 let	1,78	1,66	6,33	6,00
13 let	2,26	2,19	8,89	10,75
14 let	2,96	2,77	9,50	10,21
15 let	3,28	2,93	10,25	11,36
16 let	4,67	4,57	11,12	10,10



Graf 5: Vývoj rizikového chování u chlapců a dívek dle jednotlivých skupin a věku

Poznámka: Nebyla dotazována žádná 11letá dívka z DDSVU.

Tímto jsme popsali výsledky jednotlivých metod u námi sledovaných skupin. Jak samotné hodnoty hlavně u skupiny z dětských domovů se školou a z diagnostických ústavů dokládají, jedná se o velmi zajímavé a důležité informace pro práci s touto klientelou. V další části se budeme věnovat srovnání jednotlivých diagnostických metod mezi sebou a jejich vzájemným souvislostem.

9.4 Korelační analýza faktorů

V poslední části výsledků popíšeme korelační analýzy jednotlivých metod a jejich faktorů u každé skupiny zvlášť. Jako první se zaměříme na metody využitě u normové skupiny adolescentů ze základních škol a víceletých gymnázií. Pomocí Spearmanovy korelace jsme našli souvislost většiny metod či jejich faktorů, jak je možné pozorovat v tabulce 26. Všechny výsledky jsou významné na hladině významnosti 0,001. Množství statisticky významných korelací je dáno i velikostí testovaného vzorku. Popíšeme zde zásadní korelace jednotlivých metod. Jedná se například o korelaci škály depresivity a faktoru negativní myšlení ze škály SURPS.

Obě tyto položky mají společné některé charakteristiky, kdy například negativní myšlení je často spojováno s problematikou deprese a depresivní symptomatiky. Obě provází pocity beznaděje, bezsmyslnosti aj. Dalšími výraznými korelacemi jsou korelace celkového skóru dotazníku VRCHA a jeho faktorů. Tyto korelace jsou na místě, jelikož celkový skór dotazníku VRCHA je právě těmito faktory syčen. Předpokládali jsme také souvislost faktorů z dotazníku SURPS a faktorů metody VRCHA, zejména pak souvislost faktoru impulzivita z metody SURPS s dotazníkem VRCHA a jeho faktorem abúzus. V normovém souboru se prokázala souvislost faktorů metody SURPS, a to negativního myšlení, impulzivity a vyhledávání vzrušení, spolu s celkovým skórem dotazníku VRCHA, ale i se všemi jeho faktory. U faktoru přecitlivělost z metody SURPS se podařilo prokázat souvislost pouze s faktorem šikana z metody VRCHA.

Tab. 26: Korelace jednotlivých metod a jejich faktorů u skupiny adolescentů ze ZSG

Číslo	Faktory	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	SDDSS	1,00	0,34	0,20	0,17	0,43	0,62	0,34	0,03	0,34
2	VRCHA	0,34	1,00	0,68	0,83	0,63	0,27	0,35	0,32	0,04
3	Abúzus VRCHA	0,20	0,68	1,00	0,41	0,29	0,17	0,25	0,31	-0,02
4	Delikvence VRCHA	0,17	0,83	0,41	1,00	0,28	0,15	0,27	0,27	-0,01
5	Šikana VRCHA	0,43	0,63	0,29	0,28	1,00	0,31	0,25	0,14	0,11
6	Negativní myšlení SURPS	0,62	0,27	0,17	0,15	0,31	1,00	0,24	-0,06	0,19
7	Impulzivita SURPS	0,34	0,35	0,25	0,27	0,25	0,24	1,00	0,28	0,18
8	Vyhledávání vzrušení SURPS	0,03	0,32	0,31	0,27	0,14	-0,06	0,28	1,00	-0,14
9	Přecitlivělost SURPS	0,34	0,04	-0,02	-0,01	0,11	0,19	0,18	-0,14	1,00

Poznámka: Červeně označené korelace jsou statisticky významné na hladině $p < 0,001$.

U skupiny adolescentů umístěných do dětských domovů se školou a do výchovných ústavů nacházíme těchto korelací o něco méně, než tomu bylo v normovém souboru. Silné korelace jsou nalezeny v rámci metody VRCHA, kde nacházíme souvislost mezi celkovým skórem metody a jednotlivými faktory. Celkový skór metody úzce souvisí s faktorem delikvence a abúzus. U těchto dvou faktorů byl rovněž prokázán vzájemný vztah. Další souvislosti nacházíme mezi faktorem šikana z dotazníku VRCHA a celkovým skórem dotazníku depresivity. Další statisticky významný vztah je nalezen i mezi celkovým skórem škály depresivity a faktory negativní myšlení a impulzivita z metody SURPS. Korelace mezi dotazníkem depresivity a faktorem impulzivita z dotazníku SURPS je pro náš výzkum velmi zajímavá a nečekaná, jelikož v případě popisu obou rysů nacházíme spíše odlišnosti, nikoli souvislosti.

Tab. 27: Korelace jednotlivých metod a jejich faktorů u skupiny adolescentů z DDSVU

Číslo	Faktory	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	SDDSS	1,00	0,18	0,03	0,09	0,33	0,23	0,23	0,08	0,24
2	VRCHA	0,18	1,00	0,77	0,84	0,35	0,16	0,12	0,19	0,01
3	Abúzus VRCHA	0,03	0,77	1,00	0,45	0,03	0,11	0,07	0,09	-0,04
4	Delikvence VRCHA	0,09	0,84	0,45	1,00	0,09	0,15	0,13	0,19	-0,04
5	Šikana VRCHA	0,33	0,35	0,03	0,09	1,00	0,04	0,03	0,12	0,16
6	Negativní myšlení SURPS	0,23	0,16	0,11	0,15	0,04	1,00	0,10	-0,06	-0,18
7	Impulzivita SURPS	0,23	0,12	0,07	0,13	0,03	0,10	1,00	0,18	0,16
8	Vyhledávání vzrušení SURPS	0,08	0,19	0,09	0,19	0,12	-0,06	0,18	1,00	0,04
9	Přecitlivělost SURPS	0,24	0,01	-0,04	-0,04	0,16	-0,18	0,16	0,04	1,00

Poznámka: Červeně označené korelace jsou statisticky významné na hladině $p < 0,001$.

Jako poslední popíšeme vztah věku a jednotlivých metod a jejich faktorů u jednotlivých skupin zapojených do výzkumu. Nejvíce souvislostí s věkem nacházíme u normové skupiny adolescentů ze základních škol a víceletých gymnázií. Nejvíce korelací s věkem lze vidět u dotazníku VRCHA, jeho celkového skóru a poté u skóru faktorů abúzus a delikvence. Tato souvislost znamená, že čím vyšší je věk respondentů, tím vyšší je i skóre v dané metodě či faktoru. Takto je to i v metodě SURPS u faktorů negativní myšlení a vyhledávání vzrušení. V případě adolescentů z dětských domovů se školou nacházíme vztah s věkem pouze v celkovém skóru dotazníku VRCHA a v jeho faktoru abúzus. Znamená to také, že faktor delikvence není v případě adolescentů z DDŠ a VÚ závislý na věku a že se tito jedinci věnují delikventním aktivitám stejně ve věku 11 či 12 let jako ve věku 15 či 16 let.

Tab. 28: Korelace mezi věkem a faktory u sledovaných skupin

Faktor / skupina	ZŠG	DDSVU
SDDSS	-0,01	-0,02
VRCHA	0,25	0,24
Abúzus VRCHA	0,29	0,28
Delikvence VRCHA	0,20	0,16
Šikana VRCHA	0,03	0,02
Negativní myšlení SURPS	0,08	0,09
Impulzivita SURPS	0,04	-0,09
Vyhledávání vzrušení SURPS	0,12	-0,11
Přecitlivělost SURPS	-0,02	0,00

Poznámka: Červeně označené korelace jsou statisticky významné na hladině $p < 0,001$.

V této kapitole jsme prezentovali výsledky jednotlivých psycho-diagnostických metod u námi zkoumaných skupin adolescentů (ZŠG, DDŠVÚ). V rámci části výsledků jsme se snažili o popis osobnostních

rysů i rizikových faktorů, ve kterých se jedinci liší. Zjišťujeme, že se ve většině sledovaných fenoménů od normy odlišují dospívající ze skupiny dětských domovů se školou a výchovných ústavů.

Závěr

V práci jsme se zabývali souvislostí osobnostních charakteristik a rizikového chování u dvou skupin adolescentů, kterými jsou dospívající ze základních škol a víceletých gymnázií a jedinci umístění do dětských domovů se školou a do výchovných ústavů. V prvních kapitolách této monografie jsme se věnovali pojmovému vymezení zjišťovaných osobnostních rysů a depresivity, vymezení adolescence a jejích specifík a dále samotným zařízením pro výkon ústavní a ochranné výchovy, jejich definování a vysvětlení odlišností mezi jednotlivými typy těchto zařízení.

Jako první jsme se zaměřili na popis osobnostních rysů a depresivity u jednotlivých skupin. Popis jsme strukturovali dle jednotlivých metod. Jako první jsme se věnovali Škále depresivity Dolejše, Skopala a Suché, kde skupina ze základních škol a víceletých gymnázií (36,86 bodů) dosahovala podobných skóre jako normový soubor na základě příručky k dané metodě, v níž autoři uvádějí, že soubor dospívajících ve věku 11 až 15 let ze základních škol dosahuje průměrně 38,29 bodů, u gymnazistů ve víceletých gymnáziích je tento průměr 35,15 bodů. (Dolejš et al., 2018) U obou těchto skupin se jedná v průměru o 36,72 bodů. Adolescenti z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů dosahují ve skóru depresivity vyšších hodnot (44,29 bodů), a jsou tedy depresivnější než jedinci v populaci. Na základě matematických analýz jsme zjistili statisticky významné rozdíly mezi adolescenty z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů a normovým souborem. Při porovnání pohlaví jsme zjistili, že dívky jsou ve všech skupinách depresivnější než chlapci. Z dívek jsou nejvíce depresivní ty z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů.

V případě další metody, kterou je Škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek, se zaměříme na všechny čtyři osobnostní rysy (negativní myšlení, impulzivitu, vyhledávání vzrušení a přecitlivělost), které škála obsahuje. Při srovnání průměrů u jednotlivých škál i skupin zjišťujeme, že nejnižších skóre dosahují jedinci

ze základních škol a víceletých gymnázií (ZSG). Ve škálách negativní myšlení (16,22 bodů), impulzivita (14,08 bodů) a vyhledávání vzrušení (16,23 bodů) dosahují nejvyšších hodnot adolescenti z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů (DDSVU). U negativního myšlení a impulzivity byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi skupinami, kdy adolescenti z DDŠ a VÚ se statisticky významně liší od normového souboru.

Poslední z dotazníků, Výskyt rizikového chování u adolescentů, se věnuje právě rizikovému chování z pohledu tří subškál, kterými jsou abúzus, delikvence a šikana z pohledu oběti. V celkovém skóru dosahuje norma průměru 2,41 bodů a 9,93 bodů dosahují adolescenti umístění v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Adolescenti umístění do dětských domovů se školou a do výchovných ústavů vykazují nejvyšší skóry v delikvenci a v abúzu. Další srovnání probíhá na položkové úrovni v prevalenci jednotlivých typů rizikových aktivit. Mezi normovou skupinou z naší výzkumné studie a adolescenty z DDŠ a VÚ nacházíme nejvyšší rozdíl v položce kouření cigaret během posledních 30 dní, rozdíl činí 80,54 %. Zásadní rozdíl nacházíme také v oblasti užívání marihuany a jejích derivátů, kouření 5 a více cigaret za den, celoživotní prevalenci pohlavního styku a problémů s policií.

Závěrem této monografie je nutné poukázat na to, že adolescenti z dětských domovů se školou a z diagnostických ústavů jsou populací, která je nejvíce riziková při porovnání s jejich vrstevníky docházejícími na základní školy a gymnázia. Data mají sloužit jako podklad pro efektivní nastavení intervenčních programů, mají být podkladem pro odborníky, kteří připravují tyto programy a realizují je. Monografie poskytuje informace a prostor pro efektivní prevenci založenou na důkazech (Evidence-Based Prevention). Výsledky lze využít také například jako podklad pro politické debaty a rozhodnutí týkající se dětských domovů se školou či výchovných ústavů. Informace, výsledky a data mohou sloužit jako podklad pro další odborné aktivity, které mají snižovat výskyt negativních jevů v populaci adolescentů sledovaných zařízení.

Souhrn

První kapitola této práce je zaměřena na období dospívání. Věnujeme se vymezení daného pojmu i samotného období, které Vágnerová (1997) popisuje jako jedno z nejdynamičtějších období vůbec, které se podílí na celkové proměně jedince i jeho života. Na základě tohoto popisu se věnujeme dalším subtématům rozvoje adolescenta a dostáváme se tak k tématům, jako je biologický, kognitivní, emoční a sociální vývoj dospívajícího jedince, přičemž žádný z těchto aspektů není možné vynechat a je potřeba, aby se adolescent rozvíjel ve všech těchto oblastech.

Druhá kapitola plynule navazuje na téma období dospívání a jeho vývoje, kdy jednou z oblastí, která není v první kapitole popsána, je právě osobnost adolescenta. „*Vývoj osobnosti znamená komplexní a celoživotní přeměnu člověka z biologického v jedinečné lidské bytí.*“ (Cakirpaloglu, 2012, 52) Ve druhé kapitole se zaměřujeme jednak na celkový popis osobnosti, jednak na ovlivnění osobnosti rodinou, školním a sociálním prostředím. Rozlišujeme rizikové a protektivní faktory, přičemž mezi ty rizikové patří například impulzivita, úzkostnost, deprese, depresivita, vyhledávání vzrušení, obtíže v sociálních dovednostech, agresivita, hostilita, nízké sebevědomí a sebehodnocení aj. (NIDA, 2003; Martanová et al., 2007; Dolejš et al., 2014; Miovský et al., 2015) Pokračujeme ve vymezení depresivity a osobnostních rysů, které jsme pro práci zvolili na základě vybraných metod výzkumu. Věnujeme se tak již zmíněné depresivitě a z osobnostních rysů negativnímu myšlení, impulzivitě, vyhledávání vzrušení a precitlivělosti. U všech se nejprve zaměřujeme na samotné vymezení a následně uvádíme i výzkumná šetření, která využívala stejné diagnostické portfolio (např. Štěpo, 1998; Lester, 2015; Dolejš & Skopal, 2016; Miovský et al., 2013; Viana, 2017).

Třetí kapitola je věnována rizikovému chování u adolescentů. Rizikové chování lze popsat jako aktivity, které se přímo či nepřímo podílejí na psychosociálním či zdravotním poškození jedince, jiných osob, majetku, ale také prostředí. (Macek, 2003) „*Kriminální chování je mezi mládeží*

rozšířené do té míry, že prakticky každý mladý člověk se již alespoň jednou deliktu dopustil.“ (Matoušek & Matoušková, 2011, 142) Existuje také mnoho členění rizikového chování, jedno z nich uvádí Širůčková (2010; in Miovský et al., 2015). My se však v rámci práce držíme dělení Dolejše (2010a), který rozděluje rizikové chování do 7 kategorií. Jsou jimi: užívání a zneužívání legálních a nelegálních látek; kriminalita; šikana, hostilita a agresivní chování; problémové sexuální aktivity; školní problémy a přeštky; extremistické, hazardní a sektářské aktivity; ostatní formy rizikového chování. U každé z kategorií se zaměřujeme jednak na její popis a vymezení, které aktivity pod tuto kategorii spadají, jednak na výzkumy, které byly v předložené oblasti realizovány.

Čtvrtá kapitola se zaměřuje na ústavní a ochrannou výchovu a definuje ji. Primární pojmy, kterými se zabýváme, jsou ústavní a ochranná výchova. U nařízené ústavní výchovy jsou příčiny převážně výchovné a sociální, což znamená, že se adolescent dopustil protiprávního jednání, začíná být závislý na návykových látkách, utíká z domova a potuluje se, nerespektuje rodiče či zákonné zástupce apod. Uložení ochranné výchovy je provedeno v případě, že se mladistvý dopustí protiprávního jednání, za které je udělován výjimečný trest, nebo za předpokladu, že bude mít větší nebo lepší účinky než odnětí svobody. (Hoferková, 2009) V rámci českého právního systému vykonávají ústavní a ochrannou výchovu diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy a do této kategorie spadají i střediska výchovné péče.

Poslední teoreticky zaměřená kapitola se věnuje výzkumům v oblasti ústavní a ochranné výchovy, případně jedincům, kteří jsou riziková či delikventní a bylo možné u nich toto riziko prokázat. V kapitole je uvedeno několik českých, ale i zahraničních výzkumů, které pracují s delikventními jedinci a srovnávají je s populací.

Ve výzkumné části práce se zabýváme aplikací psychodiagnostických metod u dvou výběrových souborů dle typu zařízení, kde byla data sbírána. Do výzkumného projektu bylo zapojeno 2 667 českých adolescentů ve věku 11 až 16 let. První a nejpočetnější skupinu, označovanou jako „ZŠ a G“, tvoří adolescenti docházející na druhý stupeň základních škol a 8- a 6letá gymnázia. Tuto skupinu tvořilo 2 435 adolescentů, přičemž

chlapců bylo zapojeno 1 170 (48,05 %) a jejich průměrný věk činil 13,35 let ($SD = \pm 1,20$). Dívky v této skupině bylo 1 265, tvořily tedy 51,05 % a jejich průměrný věk byl 13,26 let s $SD = \pm 1,25$ let. Skupinu ZŠ a G označujeme v textu také jako normovou. Druhou skupinu tvořili chlapci a dívky pobývající v dětských domovech se školou nebo ve výchovných ústavech (DDŠ a VÚ) a jejich zastoupení ve výzkumu činilo 232 osob. Ve skupině bylo 182 chlapců (78,45 %) a 50 dívek (21,55 %). Tato skupina byla o více než rok starší, chlapci měli průměrný věk 14,37 let ($SD = \pm 1,30$) a dívky byly ještě o něco starší a dosahovaly průměrného věku 14,42 let ($SD = \pm 1,13$).

Pracujeme pomocí tří psychodiagnostických metod. Jsou jimi Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS), Škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS) a Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA). Ve všech těchto metodách jsme porovnávali sledované skupiny. V rámci analýzy dotazníku SDDSS bylo zahrnuto celkem 2 406 žáků a studentů ze ZŠ a G, z toho 1 152 chlapců (47,88 %) a 1 254 dívek (52,12 %). Tito adolescenti získali v průměru 36,86 bodů. Druhá skupina je tvořena adolescenty z DDŠ a VÚ. Do této skupiny spadá 210 jedinců, z toho je 46 dívek (21,90 %). Tito jedinci získali průměrně 44,29 bodů ve škále depresivity, což je cca o necelých 8 hrubých bodů více oproti skupině dospívajících ze základních škol a gymnázií. Na základě provedení statistických analýz zjišťujeme, že se skupina adolescentů z DDŠ a VÚ odlišuje od normy. V rámci metody SDDSS nacházíme také odlišnosti v rámci pohlaví, kdy dívky vykazují vyšší skóry v dotazníku depresivity.

Ve škále SURPS bylo možné vyhodnotit data od 2 353 respondentů ze skupiny ZŠ a G a 217 dotazníků od adolescentů umístěných do DDŠ a VÚ. Zjišťujeme, že statisticky významně se adolescenti z DDŠ a VÚ liší od dospívajících ze ZŠ a G ve faktorech negativní myšlení a impulzivita. Ve zbylých dvou faktorech (vyhledávání vzrušení, přecitlivělost) nebyla prokázána statistická významnost. V rámci faktorů nacházíme rozdíly mezi pohlavími, jako například ve faktoru přecitlivělost, kde dívky dosahují oproti chlapcům vyšších hodnot. Dále jsou rozdíly například ve fak-

toru vyhledávání vzrušení, kde naopak chlapci dosahují vyšších skóreů oproti dívkám.

Poslední metodou, kterou se zabýváme, je dotazník VRCHA. Do analýzy dotazníku bylo zahrnuto 2 406 adolescentů ze ZŠ a G a 216 dospívajících z DDŠ a VÚ. Při srovnání průměrů celkového skóru metody je zřejmé, že všechny průměry se značně liší. Průměr celkového skóru dotazníku VRCHA je 2,41 u normy a 9,93 u adolescentů z DDŠ a VÚ. V rámci této metody provádíme také položkovou analýzu a zaměřujeme se tedy na prevalenční hodnoty. V normové skupině ZŠ a G adolescenti nejčastěji falšují podpis rodičů (33,75 %), mají zkušenost s užitím alkoholu v posledních 30 dnech (31,21 %) nebo někdy něco někomu ukradli (27,47 %). Skupina adolescentů umístěných do DDŠ a VÚ uvádí nejčastěji kouření v posledních 30 dnech (88,89 %), celoživotní prevalenci kouření marihuany (81,02 %) a problémy s policií (79,63 %).

V rámci výzkumu byla provedena také korelační analýza jednotlivých metod i jejich faktorů u každé výzkumné skupiny zvlášť. U skupiny ZŠ a G bylo zjištěno nejvíce statisticky významných souvislostí na hladině významnosti 0,001. Nejsilnější korelace byly nalezeny mezi celkovým skórem metody VRCHA a jejich škál abúzu a delikvence. Tato korelace byla nalezena i u skupiny mladistvých DDŠ a VÚ.

Výsledky nám poskytují přehled v oblasti osobnostních charakteristik a rizikového chování u sledovaných skupin, které se od sebe vzájemně liší svou funkcí i účelem nabízených služeb. Na základě námi dosažených výsledků je možné vytvořit nové preventivní programy či zaměřit stávající programy na oblast institucionální výchovy a péče. Získaná data budou sloužit i jako podklad pro normy k psychodiagnostickým nástrojům, jako je například Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (Dolejš et al., 2018). Data, která studie přinesla, jsou velmi rozsáhlá a umožňují mnoho analýz, které přináší zajímavé informace a poodhalují některé psychologické fenomény u adolescentů. (Dolejš & Orel, 2017)

Summary

The first chapter of the paper focuses on the period of adolescence. We study the definition of the concept as well as the period itself. Vágnerová (1997) describes it as one of the most dynamic periods which takes part in the comprehensive transformation of an individual and his or her life. Based on the description, we deal with other subtopics of the development of an adolescent, touching on topics such as the biological, cognitive and social development of an adolescent individual where none of the aspects can be omitted. It is of importance for adolescents to develop in all these areas.

The second chapter naturally deals with the topic of the period of adolescence and its development, one of the areas which was not described in the first chapter being the personality of the adolescent. *“The development of a personality means the comprehensive and life-long transformation of a person from a biological to a unique human existence”* (Cakirpaloglu, 2012, 52). In the second chapter, we focus on a description of a personality as such, as well as how personality is influenced by family, school and the social environment. We distinguish between the risk and protective factors; the risk factors include e.g. impetuosity, anxiety, depression, depressiveness, sensation seeking, difficulties in social skills, aggressiveness, hostility, low self-confidence and self-image, etc. (NIDA, 2003; Martanová et al., 2007; Dolejš et al., 2014; Miovský, et al., 2015). We continue by defining depressiveness and the personality traits which were chosen for the research based on the selected research methods. We therefore deal with the previously mentioned depressiveness. We deal with negative thinking, impetuosity, sensation seeking and hypersensitivity from the personality traits. First, we concentrate on the definition of all the traits mentioned and subsequently present the research which used the same diagnostic portfolio (e.g. Štěpo, 1998; Lester, 2015; Dolejš & Skopal, 2016; Miovský, et al., 2013; Viany, 2017).

The third chapter studies risk behaviour in adolescents. Risk behaviour can be described as activities which – directly or indirectly – contribute to the psychosocial or health damage of an individual, other people, property, as well as the environment (Macek, 2003). “Criminal behaviour among teenagers is widespread to such an extent, that practically every young person has already committed an offence at least once” (Matoušek & Matoušková, 2011, 142). There are various classifications of risk behaviour, one of them having been described by Širůčková (2010, in Mioviský et al., 2015). Within the paper, however, we use the classification of Dolejš (2010a) who divides risk behaviour into 7 categories. These are: use and abuse of legal and illegal substances; criminality; bullying, hostility and aggressive behaviour; problematic sexual activities; school problems and offences; extremist, hazardous and sectarian activities; other forms of risk behaviour. Within each category we concentrate both on its description and the definition of activities which fall within the category as well as on research which has been executed in the particular area.

The fourth chapter defines and focuses on institutional and protective care. The basic concepts we deal with are institutional and protective care. The causes of ordered institutional care are predominantly educational and social which means that the adolescent committed something illegal, becomes addicted to narcotic substances, runs away from home and loiters, does not respect their parents or legal representatives, etc. Imposing protective care is carried out when the adolescent commits an illegal act which involves an exceptional sentence, or on the understanding that it will be more effective than imprisonment (Hoferková, 2009). The following institutions carry out institutional and protective care within the frame of the Czech legal system: youth detention centres, children’s homes, children’s homes with a school, educational centres which the centres of educational care are part of.

The last theoretical chapter focuses on research in the area of institutional and protective care, alternatively on high-risk or delinquent individuals where the risk can be proven. In this chapter we mention some

Czech and foreign research which works with delinquent individuals and compares them with the population.

In the research part of the paper we deal with the application of psycho-diagnostic methods in two research samples according to the type of institution where data was collected. There were 2667 Czech adolescents aged 11–16, who were involved in the research project. The first and largest group – further as “primary and secondary schools” – is formed by adolescents attending the second stage of primary schools and 8 or 6 year secondary schools. There were 2435 adolescents in this group, with 1170 (48.05%) boys; their average age was 13.35 years ($SD = \pm 1.20$). There were 1265 girls in the group, forming 51.05% of the group with their average age being 13.26 years with $SD = \pm 1.25$ year. In the text, we will also call the primary and secondary school group a norm group. The second group was formed of girls and boys in children’s homes with a school or in educational centres (DDS and VU); there were 232 adolescents in the group involved in the research with 182 boys (78.45%) and 50 girls (21.55%). This group was more than one year older, with the average age of the boys being 14.37 years ($SD = \pm 1.30$) and the girls even being a little older reaching an average age of 14.42 years ($SD = \pm 1.13$).

We work with the help of three psycho-diagnostic methods. These are: “The Scale of Depressiveness of Dolejš, Skopal and Suchá” (SDDSS), “Substance Use Risk Profile Scale” (SURPS) and “The Occurrence of Risk Behaviour in Adolescents (VRCHA). We compared the observed groups in all these methods. There were 2406 pupils and students involved from primary and secondary schools within the SDDSS questionnaire analysis: 1152 boys (47.88%) and 1254 girls (52.2%). These adolescents scored 36.86 points on average. The second group was formed of adolescents from DDS and VU. There were 210 individuals in the group with 46 girls (21.90%). These individuals scored on average 44.29 points on the depressiveness scale, which is almost 8 gross points more than in the group of adolescents from primary and secondary schools. Based on the performed statistical analyses, we determined that the adolescent group DDS and VU differentiates from the norm. Within the SDDSS method

we also determined differences between the sexes, where girls recorded higher scores on the depressiveness scale.

We were able to evaluate data from 2353 respondents on the SURPS scale from the primary and secondary school group and 217 questionnaires from adolescents placed in children's homes and educational centres (DDS and VU). We determined that there is a statistically significant difference between adolescents from DDS and VU compared to teenagers from primary and secondary schools in the factors of negative thinking and impetuosity. No statistical significance was determined in the other two factors (sensation seeking and hypersensitivity). Within the factors we found differences between the sexes, such as in the factor of hypersensitivity where girls achieve higher scores compared to boys. A difference was found, however, in the factor of sensation seeking where boys achieve higher scores compared to girls.

The last method used was the VRCHA questionnaire. There were 2406 adolescents from primary and secondary schools and 216 teenagers from DDS and VU involved in the questionnaire analysis. When comparing the averages of the total score of the method, it is apparent that all the averages differ significantly. The average of the VRCHA questionnaire total score is 2.41 in the norm group and 9.93 in adolescents from DDS and VU. Within this method, we also perform an item analysis, thus focusing on prevalent values. In the norm group of primary and secondary schools the adolescents most frequently forge their parents' signature (33.75%), have experience with using alcohol in the last 30 days (31.21%) or have sometimes stolen something from someone (27.47%). The group of adolescents placed in DDS and VU most frequently state smoking in the last 30 days (88.89%), life-long prevalence of marijuana smoking (81.02%) and problems with police (79.63%).

Within the research, we also performed a correlation analysis of individual methods and their factors in each research group. In the primary and secondary schools group we determined the most statistically significant correlations on the significance level of 0.001. The strongest correlations were found between the total score of the VRCHA

method and its scales of abuse and delinquency. The same correlation was also found in the DDS and VU group.

The results provide us with knowledge in the area of personality traits and risk behaviour in observed groups which differ from each other by function and the purpose of the offered services. Based on the achieved results, new prevention programs can be created or the existing programs can be aimed at the area of institutional education and care. The obtained data will also serve as a source for norms to psycho-diagnostic tools, such as e.g. The Scale of Depressiveness of Dolejš, Skopal and Suchá (Dolejš, et al., 2018). The data which the study has provided are very extensive and enable many analyses which provide interesting information and partially reveal certain psychological phenomena amongst adolescents (Dolejš & Orel, 2017).

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358–372. DOI: 10.1037/0033-295X.96.2.358.
- Ali, A., Carré, A., Hassler, C., Spilka, S., Vanier, A., Barry, C., & Berthoz, S. (2016). Risk factors for substances use and misuse among young people in France: What can we learn from the Substance Use Risk Profile Scale? *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 84–91.
- Allan, N. P., Capron, D. W., Lejuez, C. W., Reynolds, E. K., MacPherson, L., & Schmidt, N. B. (2013). Developmental Trajectories of Anxiety Symptoms in Early Adolescence: The Influence of Anxiety Sensitivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 589–600.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Ambrózová, A., Labáth, V., Smik, J., & Štúrová, J. (2001). *Riziková mládež – Možnosti potenciálních změn*. Praha: Slon.
- American Psychological Association (nedat.). *Depression*. Získáno 28. srpna 2017 z American Psychological Association website: <http://www.apa.org/topics/depression/>
- Andrys, O. (2017). Shrnutí hlavních zjištění ke kvalitě institucionální výchovy. *Školní poradenství v praxi*, 4(4), 8–10.
- Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L., & Costello, E. J. (2002). Depression scale scores in 8–17-year olds: Effects of age and gender. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1052–1063.
- APA (2018). APA Dictionary of Psychology. Získáno dne 23. června 2018 z <https://dictionary.apa.org/novelty-seeking>.
- Arain, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A., Sandhu, R., & Sharma, S. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 449–461.

- Araya, R., Montero-Marin, J., Barroilhet, S., Fritsch, R., & Montgomery, A. (2013). Detecting depression among adolescents in Santiago, Chile: sex differences. *BMC Psychiatry*, 13(122). DOI: 10.1186/1471-244X-13-122.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging Adulthood. A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties. *American Psychological Association*, 55(5), 469–480. DOI: 10.1037//0003-066X.55.5.469
- Arterburn, S., & Burns, J. (2001). *Drogy klepou na dveře. Výchova, prevence, léčba*. Brno: Nová naděje.
- Baines, L., Jones, A., & Christiansen, P. (2017). Hopelessness and alcohol use: The mediating role of drinking motives and outcome expectancies. *Addictive Behaviors Reports* 4, 65–69.
- Balcar, K. (1986). *Osobnostní dotazník pro mládež HSPQ* (2., přepracované vydání). Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Balcar, K. (1992). *Osobnostní dotazník pro mládež*. Příručka. Bratislava: Psychodiagnostika.
- Benítez Barraza, M., Sánchez Montero, E., & Serrano Ramírez, M. (2015). Indicadores clínicos de personalidad en la adolescencia. *Psicología desde el caribe*, 32(2), 235–253.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I., & Cuevas, C. (2011). Child depression in the school context. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 29, 198–207.
- Bilsky, S. A., Feldner, M. T., Knapp, A. A., Babson, K. A. & Leen-Feldner, E. W. (2016). The interaction between anxiety sensitivity and cigarette smoking level in relation to sleep onset latency among adolescent cigarette smokers. *Journal of Adolescence*, 51(6), 123–132. DOI: 10.1016/j.adolescence.2016.06.006.
- Blatný, M., Jelínek, M., & Hrdlička, M. (2016). Typologie antisociálního chování ve střední adolescenci a její vztah k užívání návykových látek. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(3), 107–113.
- Blatný, M., Hrdlička, M., Sobotková, V., Jelínek, M., Květon, P., & Vobořil, D. (2006). Prevalence antisociálního chování v obecné populaci českých adolescentů z městských oblastí. *Československá psychologie*, 50(4), 297–310.

- Blatný, M., Hřebíčková, M., Millová, K., Plháková, A., Říčan, P., ... & Stuchlíková, I. (2010). *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing.
- Boduszek, D., & Dhingra, K. (2016). Construct Validity of the Beck Hopelessness Scale (BHS) Among University Students: A Multitrait–Multimethod Approach. *Psychological Assessment* 28(10) 1325–1330. DOI: 10.1037/pas0000245.
- Bolland, J. M. (2003). Hopelessness and risk behaviour among adolescents living in high-poverty inner-city neighbourhoods. *Journal of Adolescence*, 26, 145–158.
- Borges, A. M., Lejuez, C. W., & Felton, J. W. (2018). Positive alcohol use expectancies moderate the association between anxiety sensitivity and alcohol use across adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 187(11), 179–184. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2018.02.029.
- Bouček, J. a kolektiv. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss*. Získáno 3. března 2018 z: <https://www.abebe.org.br/files/John-Bowlby-Attachment-Second-Edition-Attachment-and-Loss-Series-Vol-1-1983.pdf>
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent–Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books. Získáno 3. března 2018 z: [https://www.increase-project.eu/images/DOWNLOADS/IO2/EN/CURR_M4-A13_Bowlby_\(EN-only\)_20170920_EN_final.pdf](https://www.increase-project.eu/images/DOWNLOADS/IO2/EN/CURR_M4-A13_Bowlby_(EN-only)_20170920_EN_final.pdf)
- Bowlby, J. (2010). *Vazba. Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Bowlby, J. (2012). *Odloučení. Kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Brisch, K. H. (2011a). *Bezpečná vztahová vazba. Attachment v tehotenství a prvních letech života*. Trenčín: Vydavatelstvo F.
- Brisch, K. H. (2011b). *Porucha vztahové vazby. Od teorie k terapii*. Praha: Portál.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Cattell, R. B., Cattell, M. D., & Johns, E. (1984). *High School Personality Questionnaire*. Institute for Personality and Ability Testing.

- Carr-Gregg, M. (2012). *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Svrakic, D. M. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data. *Psychological Reports*, 69, 1047–1057.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975–990.
- Coghlan, M., & MacDonald, S. (2010). The role of substance use and psychosocial characteristics in explaining unintentional injuries. *Accident Analysis Prevention*, 42(2), 476–479.
- Conrod, P. J., Comeau, M. N., & Stewart, S. H. (2004a). *Learning to Deal with Sensation Seeking*. Canada: Javin Creative.
- Conrod, P. J., Comeau, M. N., & Stewart, S. H. (2004b). *Learning to Deal with Impulsivity*. Canada: Javin Creative.
- Conrod, P. J., Comeau, M. N., & Stewart, S. H. (2004c). *Learning to Deal with Anxiety Sensitivity*. Canada: Javin Creative.
- Conrod, P. J., Comeau, M. N., & Stewart, S. H. (2004d). *Learning to Deal with Hopelessness*. Canada: Javin Creative.
- Conrod, P. J., & Woicik, P. (2002). Validation of a four-factor model of personality risk for substance abuse and examination of a brief instrument for assessing personality risk. *Addiction Biology*, 7, 329–346.
- Costa, P. T, Jr., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4, 5–13.
- Csémy, L., Hrachovinová, T., Čáp, P., & Starostová, O. (2014). Agresivní chování dospívajících: Prevalence a analýza vlivu faktorů z oblasti rodiny, vrstevnických vztahů a školy. *Československá psychologie*, 58, 242–253.
- Cvečková, M., Ambrožová, K., Coufalová, L., Frišová, P., Hanušová, J., Kališková, M., & Kostner, R. (2010). *Rizikové chování dětí a mladistvých, příčiny, následky, prevence. Úraz není náhoda*. Získáno 6. března 2012 z: http://www.urazneninahoda.cz/dokumenty/unn_brozura_rizikove_chovani.pdf
- Čačka, O. (2000). *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Nakladatelství Doplněk.

- Čáp, J. (1996). *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Praha: ISV-nakladatelství.
- Čerešník, M. (2016). *Hraničná zóna. Rizikové správanie v dospievaní*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre.
- Čerešník, M., & Dolejš, M. (2015). Spoločný projekt dvoch národov alebo podobnosti a rozdiely v procese a výsledkoch výskumu zameraného na rizikové správanie a osobnostné rysy dospievajúcich na Slovensku a v Českej republike. In: *PhD existence 2015: zborník príspevků z česko-slovenské psychologické konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Čerešník, M., Dolejš, M., & Skopal, O. (2016). *Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS). Príručka pre prax*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Čerešník, M., Dolejš, M., & Skopal, O. (2017). *Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal (SUDS). Príručka pre prax – Slovenská verzia*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Čerešník, M., & Gatíal, V. (2014). *Rizikové správanie a vybrané osobnostné premenné dospievajúcich v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre.
- Čírtková, L. (2003). Dva pohledy na delikvenci dětí a mladistvých. *Kriminalistika, časopis pro kriminalistickou teorii a praxi*, 36(4), 241–250. Praha: Policie ČR, Ředitelství služby kriminální policie.
- Delhomme, P., Chaurand, N., & Paran, F. (2012). Personality predictors of speeding in young drivers: Anger vs. sensation seeking. *Transportation Research Part F* 15, 654–666.
- Dilmaç, B. (2017). The relationship between adolescents' levels of hopelessness and cyberbullying: The role of values. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 17(4), 1119–1133. DOI: 10.12738/estp.2017.4.0610.
- Dixon, L. J., Lee, A. A., Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2018). Anxiety sensitivity and sleep disturbance: Investigating associations among patients with co-occurring anxiety and substance use disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 53(1), 9–15. DOI: 10.1016/j.janxdis.2017.10.009.
- Dolejš, M. (2010a). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Dolejš, M. (2010b). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů. Převod „SURPS“ a tvorba populačních norem pro „SURPS“ a „HSPQ“*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Endrödiová, L., Charvát, M., Maierová, E., & Šťastná, L. (Eds.) (2011). *Preventure – Seeing Oneself – Jak se naučit zvládat touhu po vyhledávání vzrušujících zážitků*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze & TOGGA. ISBN 978-80-87258-86-6.
- Dolejš, M., Miovský, M., & Řehan, V. (2012). *Testová příručka ke škále osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS – SUBSTANCE USE RISK PROFILE SCALE)*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.
- Dolejš, M., & Orel, M. (2017). *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Získáno dne 24. dubna 2018 z: <http://psych.upol.cz/wp-content/uploads/2018/02/Dolej%C5%A1-Orel.pdf>.
- Dolejš, M., & Skopal, O. (2016). *Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS). Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., Cakirpaloglu, P., & Vavrysová, L. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., & Vavrysová, L. (2016). *Agresivita u českých adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Suchá, J., Charvát, M., & Skopal, O. (2018). *Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dryfoos, J. G. (1996). Adolescents at Risk: Shaping Programs to Fit the Need. *The Journal of Negro Education*, 65(1). Získáno 12. března 2012 z JSTOR database: <http://www.jstor.org/stable/2967364?seq=1>
- Dunovský, J. (1999). *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing.
- Efendić-Spahić, T. (2013). Quality of family interactions and adolescents' personality traits. *Human: Journal for Interdisciplinary Studies*, 3(1), 6–12.

- Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 84, 477–484. DOI: 10.1016/j.chb.2018.03.026.
- Encyklopedický dům, kolektiv autorů (1996). *Slovník cizích slov*. Praha: Encyklopedický dům.
- Endrödiová, L., Charvát, M., Maierová, E., Šťastná, L., Dolejš, M. (Eds.) (2012). *Preventure – Seeing Oneself. Jak se naučit zvládat přecitlivělost. Příručka pro lektory programu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF a VFN, TOGGA.
- Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Vydavatelství Argo.
- ESPAD Group (2016). *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, Získáno dne 12. srpna 2018 z: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton.
- Etická komise ČMPS (2017). *Etický kodex psychologické profese*. Získáno dne 26. srpna 2018 z: <https://cmeps.ecn.cz/EK/Eticky-kodex-psychologicke-profese-12-2017.pdf>
- Evans-Polce, R. J., Schuler, M. S., Schulenberg, J. E., & Patrick, M. E. (2018). Gender- and age-varying associations of sensation seeking and substance use across young adulthood. *Addictive Behaviors*, 84(1), 271–277. DOI: 10.1016/j.addbeh.2018.05.003.
- Evropská federace asociací profesionálních psychologů – EFPPA (1995). *Evropský metakodex etiky a Carta Ethica*. Získáno dne 26. srpna 2018 z: <http://psych.upol.cz/wp-content/uploads/2013/08/ekefpa951.pdf>
- Fegert, J. M., Schepker, R., Keller, F., Ludolph, A. G., Plener, P. L., Williamson, A. E., Volmer-Berthele, N., Weninger, L. E., Kapusta, N. D., & Hart-Kerkhoffs, L. (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Získáno 31. ledna 2014 z: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>. DOI: 10.2810/50435.

- Fischer, S., & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing.
- Frick, W. B. (Eds.) (1995). *Personality. Selected readings in theory*. Illinois: F. E. Peacock Publishers.
- Friedenberg, E. Z. (1967). *Dospělost bez dospívání*. Praha: Mladá fronta.
- Fürst, M. (1997). *Psychologie, včetně vývojové psychologie a teorie výchovy*. Olomouc: Votobia.
- Galvan, A., Hare, T., Voss, H., Glover, G., & Casey, B. J. (2007). Risk-taking and the adolescent brain: who is at risk? *Developmental science*, 10(2), F8–F14.
- Gerrard, J. (2015). Hopelessness in the analysis. *British Journal of Psychotherapy*, 31(3), 348–359. DOI: 10.1111/bjg.12163
- Hall, C. S., & Lindzey, G. (1999). *Psychologie osobnosti*. Bratislava: Media Trade.
- Hamdan-Mansour, A. M., Mahmoud, K. F., Al Shibi, A. N., & Arabiat, D. H. (2018). Impulsivity and Sensation-Seeking Personality Traits as Predictors of Substance Use Among University Students. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(1), 57–63.
- Harden, K. P., Mann, F. D., Steinberg, L., Tackett, J. L., & Tucker-Drop, E. M. (2018). Developmental Differences in Reward Sensitivity and Sensation Seeking in Adolescence: Testing Sex-Specific Associations With Gonadal Hormones and Pubertal Development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 115(1), 161–178.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hartup, W. W., & Stevens, N. (1999). Friendships and adaptation across the life span. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 76–79. Získáno 22. března 2018 z: <https://www.ffri.hr/~ibrdar/komunikacija/seminari/Hartup,%201999%20-%20Friendships%20and%20adaptation%20across%20life%20span.pdf>
- Heaven, P. C. L., Ciarrochi, J., Leeson, P., & Barkus, E. (2013). Agreeableness, conscientiousness, and psychoticism: Distinctive influences of three personality dimensions in adolescence. *British Journal of Psychology*, 104, 481–494. DOI: 10.1111/bjop.12002.
- Heidbrink, H. (1997). *Psychologie morálního vývoje*. Praha: Portál.

- Hodovský, I., & Dopita, M. (Eds.) (2002). *Etika a sociální deviace*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.
- Hoferková, S. (2009). *Trestní odpovědnost mládeže, ústavní a ochranná výchova*, Projekt FRVŠ č. 648/2009/G5, získáno 29. března 2012 z: http://ulohy-nrp.webz.cz/Ochranna_a_ustavni_vychova_text.pdf
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., & Malá, E. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. 3. vydání.
- Hosák, L. (Ed.) (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Hřebíčková, M. (2004). *NEO osobnostní inventář (podle NEO-PI-R P. T. Costy a R. R. McCrae)*. Praha: Testcentrum.
- Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: Přístupy, diagnostika, uplatnění*. Praha: Grada Publishing.
- Hřebíčková, M., & Urbánek, T. (2001). *NEO pětifaktorový osobnostní inventář (podle NEO Five-Factor Inventory P. T. Costy a R. R. McCrae)*. Praha: Testcentrum.
- Hudson, A., Wekerle, Ch., & Stewart, S. H. (2014). Associations between personality and drinking motives in adolescents involved in the child welfare system. *Personality and Individual Differences*, 81, 84–89.
- Hughes, D. A. (2017). *Budování citového pouta: Jak probouzet lásku v hluboce traumatizovaných dětech*. Praha: Institut fyziologické socializace.
- Hulmáková, J. (2013). *Trestání delikventní mládeže*. Praha: C. H. Beck.
- Charles, N. E., Mathias, Ch. W., Acheson, A., & Dougherty, D. M. (2017). Preadolescent sensation seeking and early adolescent stress relate to at-risk adolescents' substance use by age 15. *Addictive Behaviors*, 69(1), 1–7. DOI: 10.1016/j.addbeh.2017.01.005.
- Charles, N. E., Ryan, S.R., Bray, B. C., Mathias, Ch. M., Acheson, A., & Dougherty, D. M. (2016). Altered developmental trajectories for impulsivity and sensation seeking among adolescent substance users. *Addictive Behaviors*, 60(1), 235–241.

- Charvát, M., Maierová, E., Šťastná, L., Dolejš, M., & Endrödióvá, L. (Eds.) (2011). *Preventure – Seeing Oneself – Jak se naučit zvládat negativní myšlení*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze & TOGGA. ISBN 978-80-87258-84-2.
- Charvát, M., Maierová, E., Šťastná, L., Endrödióvá, L., & Dolejš, M. (Eds.) (2012). *Preventure – Seeing Oneself. Jak se naučit zvládat impulzivitu. Příručka pro lektory programu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF a VFN, TOGGA.
- Charvát, M., Vavrysová, L., & Dolejš, M. (2017). *Validation of substance use risk profile scale via comparative study of high-risk adolescents in juvenile corrective institutions in Czechia*. EUSPR, Austria.
- Islamova, Z. B. (2010). Adolescent's Self-Assertion in the Process of Upbringing and Instruction. *Russian Education and Society*, 52(8), 70–77.
- Janssen, T., Cox, M. J., Stoolmiller, M., & Barnett, N. P. (2018). The Role of Sensation Seeking and R-rated Movie Watching in Early Substance Use Initiation. *Journal of Youth Adolescence*, 47(2), 991–1006. DOI: 10.1007/s10964-017-0742-0.
- Jensen, M., Chassin, L., & Gonzales, N. A. (2017). Neighborhood Moderation of Sensation Seeking Effects on Adolescent Substance Use Initiation. *Journal of Youth Adolescence*, 46(1), 1953–1967. DOI: 10.1007/s10964-017-0647-y.
- Jessor, R., Turbin, M. S., & Costa, F. M. (1998). Protective Factors in Adolescent Health Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(75), 788–800. DOI: 0022-3514/98/S3.00.
- Kabičėk, P., Csėmy, L., Hamanova, J. et al. (2014). *Rizikove chovanı v dospívanı a jeho vztah ke zdravı*. Praha: Stanislav Juhanak – Triton.
- Kashani J. H., Rosenberg, T. K., & Reid, J. C. (1989). Developmental perspectives in child and adolescent depressive symptoms in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 146, 871–875. DOI: 10.1037/0022-006X.57.4.496.
- Kearns, N. T., Villarreal, D., Cloutier, R. M., Baxley, C., Carey, C., & Blumenthal, H. (2018). Perceived control of anxiety as a moderator in the relationship between anxiety sensitivity and problematic alcohol use among adolescents. *Journal of Adolescence*, 63(8), 41–50.

- Kern, H., Mehlová, Ch., Nolz, H., Peter, M., & Winterspergerová, R. (1999). *Přehled psychologie*. Praha: Portál.
- Kirchner, J. (2012). Tendence k vyhledávání mimořádných prožitků. *Československá psychologie*, 56(1), 73–84.
- Klimpl, P. (2009). Krizové intervence: ohlédnutí po dvaceti letech. *Psychiatrie pro praxi*, 10(5), 234–238.
- Klinar, P., Burnik, S., & Kajtan, T. (2017). Personality and sensation seeking in high-risk sports. *Acta Gymnica*, 47(1), 41–48. DOI: 10.5507/ag.2017.005.
- Kohoutek, R. (1986). *Osobnost a její utváření*. Brno: Pedagogicko-psychologická poradna města Brna.
- Kolář, M. (2001). *Bolest šikanování. Cesta k zastavení epidemie šikanování ve školách*. Praha: Portál.
- Koudelková, A. (1995). *Psychologické otázky delikvence*. Praha: Victoria Publishing.
- Kovacs, M., Freinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., & Finkstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood. I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41(3), 229–237. DOI: 10.1001/archpsyc.1984.01790140019002.
- Křivohlavý, J. (2012). *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2013). *Jak zvládat depresi*. 3., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing.
- Kurelová M., Sekera, O., & Kubičková, H. (2008). *Komunitní systém v resocializačních zařízeních pro adolescenty II. Proces reedukace a resocializace očima dětí a analýza profesních činností vychovatelů a učitelů ve výchovných ústavách*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity Ostrava.
- Kyriacou, Ch. (2005). *Řešení výchovných problémů ve škole: Jak řešit osobní obtíže žáků*. Praha: Portál.
- Lachar, D. (1990). Objective assessment of child and adolescent personality: The personality inventory for children (PIC). In: Reynolds, C. R., Kamphaus, R. W., *Handbook of psychological & educational assessment of children personality, behavior, & context*. (325–339). New York: The Guilford Press.

- Landkamr, F. (2016). *Depresivita ve střední adolescenci*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita Brno.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Langmeier, J., & Matějček, Z. (1968). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Langmeier, J., & Matějček, Z., (2011). *Psychická deprivace v dětství*. 3. vydání. Praha: Karolinum.
- Laštůvková, K. (2015). *Vztah mezi Locus of Control, rizikovým chováním a vybranými osobnostními charakteristikami žáků 8. a 9. tříd v Moravskoslezském kraji*. Nepublikovaná diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lečbých, M., & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály experiences in close relationships (ECR). Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie*, 6(3) 1–11.
- Lepík, F., Dolejš, M., Miovský, M., & Vacek, J. (2010). *Školní dotazníková studie o návykových látkách, dalších formách rizikového chování a pilotní studie o užívání těkavých látek na základních školách praktických: Karlovarský kraj*. Tišnov: SCAN.
- Leppink, E. W., Redden, S. A., & Grant, J. E. (2016). Impulsivity and Gambling: A Complex Clinical Association Across Three Measures. *The American Journal on Addictions*, 25, 138–144. DOI: 10.1111/ajad.12341.
- Lester, D. (2015). Hopelessness in adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 173(8), 221–225. DOI: 10.1016/j.jad.2014.10.048.
- Linhartová, P., & Kašpárek, T. (2017). Současné modely, testy a metodologické aspekty měření impulzivity v psychologii a psychiatrii. *Československá psychologie 2017*, 61(1), 29–42.
- Linhartová, P., Širuček, J., Barteček, R., Theiner, P., Jeřábková, B., Rudišínová, D., & Kašpárek, T. (2017). České verze sebesposuzovacích modelů impulzivity Barratovy škály a škály UPPS-P a jejich psychometrické charakteristiky. *Česká a slovenská psychiatrie 2017*, 113(4), 149–157.
- Löffler, C., Wagner, B., & Wolfersdofr, M. (2014). *Muži nepláčou? : Deprese u mužů – jak ji rozpoznat a léčit*. Praha: Portál.

- Loree, A. M., Lundahl, L. H., & Ledgerwood, D. M. (2015). Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: Review and synthesis. *Drug and Alcohol Review*, 34, 119–134. DOI: 10.1111/dar.12132.
- Lynch, A., Glod, C. A., & Fitzgerald, F. (2001). Psychopharmacologic treatment of adolescent depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(1), 41–47. DOI: 10.1053/apnu.2001.20580.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- Macek, P. (2014). *Adolescence*. 2. vydání. Praha: Portál.
- Madarasová Gecková, A., Dankulincová, Z., Sigmundová, D., & Kalman, M. (2016). *Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě výzkumu studie Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) realizované v roce 2014*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Maierová, E., Charvát, M., Miovský, M., & Šťastná, L. (2015). Preventure: Adaptation and Pilot Implementation of a Targeted Brief Intervention in the Czech Setting – Process Evaluation Study [Evaluace procesu české adaptace programu cílené krátké intervence PreVenture a jeho pilotní implementace pro žáky základních škol]. *Adiktologie*, 15(1), 12–32.
- Maierová, E., Šťastná, L., Dolejš, M., Endrödiiová, L., & Charvát, M. (Eds.) (2011). *Preventure – Seeing Oneself – Jak se naučit zvládat přecitlivělost*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze & Togga. ISBN 978-80-87258-85-9.
- Maierová, E., Šťastná, L., Charvát, M., & Dolejš, M. (2012). Preventure metoda indikované primární prevence užívání návykových látek a jiného rizikového chování. In: Širůčková, M., Miovský, M., Skácelová, L., Gabrhelík, R. et al., *Příklady dobré praxe programů školské prevence rizikového chování*, 103–114. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton, T. B., & Yogman, M. W. (Eds). *Affective development in infancy*, 95–124. Westport, CT, US: Ablex Publishing.
- Malá, E. (2008). Deprese. In: Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., & Malá, E. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 3. vydání. Praha: Portál.

- Mallett, C. H., Stoddard-Dare, P., & Workman-Crewnshaw, L. (2011). Special Education Disabilities and Juvenile Delinquency: A Unique Challenge for School Social Work. *School Social Work Journal*, 36(1), 26–40.
- Malmberg, M., Overbeek, G., Monshouwer, K., Lammers, J., Vollebergh, W. A. M., & Engels, R. C. M. E. (2009). Substance use risk profiles and associations with early substance use in adolescence. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 474–485.
- Martanová, V., Skácelová, L., Slavíková, I., Braun, R., Valentová, K., Heider, D. et al. (2007). *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK a VFN v Praze.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205–220. Získáno z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9491748>
- Matějček, Z. (1986). *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum.
- Matoušek, O., & Matoušková, A. (2011). *Mládež a delikvence*. 3. vyd. Praha: Portál.
- McGee, R., Williams, S., & Nada-Raja, S. (2001). Low Self-Esteem and Hopelessness in Childhood and Suicidal Ideation in Early Adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(4), 281–291.
- McNicol, M. L., & Thorsteinsson, E. B. (2017). Internet Addiction, Psychological Distress, and Coping Responses Among Adolescents and Adults. *CyberPsychology, Behavior & Social Networking*, 20(5), 296–304.
- Melecká, V. (2016). *Osobnostní rysy a rizikové chování u studentů vybraného gymnázia a jejich vzájemné souvislosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Miech, R., Essex, M. J., & Goldsmith, H. H. (2001). Socioeconomic Status and the Adjustment to School: The Role of Self-Regulation during Early Childhood. *Sociology of Education* 2001, 74, 102–120.
- Mills, K. L. (2016). Possible Effects of Internet Use on Cognitive Development in Adolescence. *Media and Communication*, 4(3), 4–12. DOI: 10.17645/mac.v4i3.516.

- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT) (2017). *Metodické dokumenty (doporučení a pokyny)*. Získáno dne 7. 7. 2018 z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) (2002). *Metodický pokyn k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví*. Získáno dne 18. srpna 2018 z: <http://www.msmt.cz/file/37923>
- Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT ČR). (2012). *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení*. Získáno 23. března 2012 z: <http://www.msmt.cz/file/20272>
- Mioviský, M., Čablová, L., & Kalina, K. (2013). *Vliv ADHD na vybrané psychické funkce a na životní dovednosti u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách*, 13(2), 130–143.
- Mioviský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P., Barták, P., ..., Veselá, M. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.
- Mioviský, M., & Zapletalová, J. (2006). Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace. In: *Primární prevence rizikového chování: specializace versus integrace*. Tišnov: SCAN.
- Mravčík, V. (Eds.) (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Munsey, C. (2006). Emerging adults: The in-between age A new book makes the case for a phase of development between adolescence and adulthood. *American psychological association*, 36(6). Získáno z: <http://www.apa.org/monitor/jun06/emerging.aspx>
- Murray, J., & Farrington, D., P. (2010). Risk Factors for Conduct Disorder and Delinquency: Key Findings From Longitudinal Studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 633–642. Získáno 4. září 2013 z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=6bbe1a1f-f053-4a2c-ab45-8d258213a-ccc%40sessionmgr4004&vid=3&hid=4105>
- Murray, A. J., Obsuth, I., Eisner, M., & Ribeaud, D. (2016). Shaping aggressive personality in adolescence: Exploring cross-lagged relations between aggres-

- sive thoughts, aggressive behaviour and self-control. *Personality and Individual Differences*, 97, 1–7.
- Nakonečný, M. (1995). *Psychologie osobnosti*. Praha: Akademia, nakladatelství Akademie věd České republiky.
- Nechanská, B. (2017). *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2010–2016*. Akutální informace o stavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, získáno dne 18. srpna 2018 z: https://www.uzis.cz/system/files/ai_2017_06_poruchy_prijmu_potravy_2010az2016.pdf
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2013). *Sebeovládání*. Praha: Portál.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (2013). *Impulzivní chování a jeho léčba*. Staženo 9. června 2018 z: <http://www.drnespor.eu/>
- NIDA (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders*. 2. vydání. Maryland, Bethesda: National Institute on Drug Abuse.
- Novotný, P., Ivičičová, J., Syrůčková, I., & Vondráčková, P. (2014). *Nový občanský zákoník. Rodinné právo*. Praha: Grada Publishing.
- Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Kaláb, M., Koranda, P., & Šimonek, J. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing.
- Orel, M., Obereignerů, R., & Mentel, A. (2016). *Vybrané aspekty seepojetí dětí a adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Oxford dictionary* (2018). Teenager. Získáno 24. ledna 2018 z: <https://www.oxforddictionaries.com/>
- Pang, R. D., Guillot, C. R., Zvolensky, M. J., Bonn-Miller, M. O., & Leventhal, A. M. (2017). Associations of anxiety sensitivity and emotional symptoms with the subjective effects of alcohol, cigarettes, and cannabis in adolescents. *Addictive Behaviors*, 73(5), 192–198. DOI: 10.1016/j.addbeh.2017.05.016.
- Piaget, J. (1970). *Psychologie inteligence*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Piaget, J., & Inhelderová, B. (1997). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál.

- Pidrman, V. (2006). *Deprese u žen*. In: Andersen, M., Ed. *Deprese z různých úhlů pohledu*. Praha: Galén.
- Pihet, S., Combremont, M., Suter, M., & Stephan, P. (2012). Cognitive and Emotional Deficits Associated with Minor and Serious Delinquency in High-Risk Adolescents. *Psychiatry, Psychology and Law*, 19(3), 427–438.
- Policie ČR (2018). *Statistické přehledy kriminality za rok 2018*. Získáno dne 12. srpna 2018 z: <http://www.policie.cz/clanek/statisticke-prehledy-kriminality-za-rok-2018.aspx>
- Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2009). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén.
- Praško, J. a kol. (2011). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Preiss, M., Vrána, K., & Kuchařová, J. (2010). Depresivita a úzkost v průběhu života v návaznosti na pojetí Václava Příhody. *Československá psychiatrie*, 54(4), 357–365.
- Příhoda, V. (1963). *Ontogeneze lidské psychiky. Vývoj člověka do patnácti let*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Příhoda, V. (1967). *Ontogeneze lidské psychiky II. Vývoj člověka do patnácti let*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Raboch, J., Cesková, E., Beran, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Raboch, J., Pavlovský, P., & Janotová, D. (2006). *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1–8. DOI:10.1016/0005-7967(86)90143-9.
- Rice, F. P., & Dolgin, K. G. (2005). *The adolescent: Development, relationships and culture*. 11. vydání. Auckland, New Zealand: Pearson Education New Zealand. Získáno 18. srpna 2018 z: <http://psycnet.apa.org/record/2004-19887-000>.
- Robinson, J., Hetrick, S., Cox, G., Bendall, S., Pan Yuen, H., Yung, A., & Pirkis, J. (2016). Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depre-

- ssion and hopelessness among secondary school students: results from a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 10, 28–35; DOI: 10.1111/eip.12137.
- Rola, J. (2007). Depressiveness in adolescents from different environments: city and village, during their education in junior secondary school (gymnasium; a three-year school for pupils aged 13–15). *Archives Of Psychiatry & Psychotherapy*, 9(1/2), 27–33.
- Rubin, K. H., Bukowski, W., & Parker, J. G. (1998). Peer interactions, relationships, and groups. In: W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th edn., pp. 619–700). New York: Wiley.
- Říčan, P. (2007). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál.
- Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. Praha: Grada Publishing.
- Říčan, P., Krejčířová, D., Balcar, K., Dittrichová, J., Koucourková, J., Nešpor, K., ... Weiss, P. (2009). *Dětská klinická psychologie*. 4. vydání. Praha: Grada Publishing.
- Sanchez-Roige, S., Stephens, D. N., & Duka, T. (2016). Heightened Impulsivity: Associated with Family History of Alcohol Misuse, and a Consequence of Alcohol Intake. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(10), 2208–2217.
- Seitl, M., & Charvát, M. (2018). Attachment styles: A motivational framework of personality dispositions in selection and counseling. *Člověk a společnost*, 21(1), 12–28.
- Seitz, J., Kahraman-Lanzerath, B., Legenbauer, T., Sarrar, L., Herpertz, S., Salbach-Andrae, H., Konrad, K., Herpertz-Swahn, M. H., Ali, B., Bossarte, R. M., Van Dulmen, M., Crosby, A., Jones, A. C., & Schinka, K. C. (2012). Self-harm and suicide attempts among high-risk, urban youth in the U.S.: shared and unique risk and protective factors. *Int J Environ Res Public Health*, 2012, 9(1), 178–191.
- Skopal, O. (2012). *Vztah osobnostních charakteristik adolescentů s různými formami rizikového chování*. Nепublikovaná diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Skopal, O., Dolejš, M., & Suchá, J. (2014). *Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Skalková, J. (1996). Problémy mládeže v kontextu postmoderního pojetí. In: Semrád, J., Eds. *Mládež a sociálně negativní jevy*. Praha: Policejní akademie České republiky.
- Slomek, Z. (2010). *Etopedie*. 1. vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského.
- Slovák, D., Przewczková, P., Daňková, Š., & Zvolský, M. (2017). *Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Získáno dne 14. června 2018 z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>.
- Smolík, J. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- Smolík, J. (2010). *Subkultury mládeže. Uvedení do problematiky*. Praha: Grada Publishing.
- Statistická ročenka školství MŠMT (2018). *Statistická ročenka školství 2016/2017 – výkonové ukazatele*. Získáno dne 4. června 2018 z: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>
- Stejskalová, J. (2008). *Psychosemantické aspekty osobnosti mladistvých delikventů*. Brno: Masarykova univerzita.
- Sternberg, R. J. (2002). *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Stossel, S. (2015). *Můj život s úzkostí. Strach, děs, naděje a hledání vnitřního klidu*. Praha: Dybbuk.
- Suchá, J., & Dolejš, M. (2016). *Agresivita, depresivita, sebehodnocení a impulzivita u českých adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Světová zdravotnická organizace (2017). *Deprese, hovořme o ní*. Získáno dne 23. 3. 2018 z: <http://www.who.cz/index.php/13-dny-who-a-osn/128-svetovy-den-zdravi-2017-deprese-hovorme-o-ni>
- Swahn, M. H., Bossarte, R. M., & Sullivent, E. E. (2008). Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents. *Pediatrics*, 121(2), 297–305.

- Šzabó, M., Mészáros, V., Sallay, J., Ajtay, G., Boross, V., Udvardy-Mészáros, A., Vizin, G., & Perczel-Forintos, D. (2016). The Beck Hopelessness Scale. Specific Factors of Method Effects? *European Journal of Psychological Assessment*, 32(2), 111–118. DOI: 10.1027/1015-5759/a000240.
- Širůčková, M. (2009). *Psychosociální souvislost rizikového chování v adolescenci: role vrstevnických a rodinných vztahů*. Brno: Masarykova univerzita.
- Šmahel, D. (2002). Dospívající v prostředí internetu: Reálná a virtuální identita. In: Plaňava, I., & Pilát, M. (Eds.) (2002). *Děti, mládež a rodiny v období transformace*. Brno: Fakulta sociálních studií Masarykova univerzity v Brně.
- Štěchová, M., & Večerka, K. (2014). *Systémový přístup k prevenci kriminality mládeže*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Štěpo, K. (1998). *Klinické využití sebesuzovací škály depresivity CDI u dětí*. Nepublikovaná diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze.
- Šťastná, L., Dolejš, M., Endrödiová, L., Charvát, M., & Maierová, E. (Eds.) (2011). *Preventure – Seeing Oneself – Jak se naučit zvládat impulzivitu*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze & Togga. ISBN 978-80-87258-83-5.
- Šťastná, L., Endrödiová, L., Charvát, M., Maierová, E., Dolejš, M. (Eds.) (2012). *Preventure – Seeing Oneself. Jak se naučit zvládat negativní myšlení. Příručka pro lektory programu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF a VFN, Togga.
- Šucha, M. (2013). Sensation seeking v psychologické diagnostice řidičů. *Psychologie pro praxi*, 68(3–4), 71–78.
- Švarc, J. (2003). Principy krizové intervence. *Psychiatrie pro praxi*, 6, 277–279.
- Tardy, V. (1964). *Psychologie osobnosti*. Praha: Universita Karlova v Praze.
- Tavakolizadeh, J., & Ghochani, N. J. (2017). Effect of humour on reduction of hopelessness and increase of social adjustment in mothers of children with intellectual disability. *World family medicine/middle east journal of family medicine*, 16(3), 74–78.
- Theobald, D., & Farrington, D. P. (2012). Child and adolescent predictors of male intimate partner violence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2012, 53(12), 1242–1249.

- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od počětí po smrt*. Praha: Portál.
- Tomšík, R., Dolejš, M., Čerešník, M., Suchá, J., & Skopal, O. (2017). Rizikové správanie študentov gymnázií Českej republiky (Reprezentatívny výskum metódou VRCHA). *Adiktologie*, 17(1), 309–317.
- Treiner, P. (2007). Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatrie pro praxi*, 2, 85–87. Získáno 4. ledna 2014 z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2007/02/09.pdf>
- Trujillo, Á., Obanda D., & Truchjillo, C. A. (2016). Family dynamics and alcohol and marijuana use among adolescents: The mediating role of negative emotional symptoms and sensation seeking. *Addictive Behaviors*, 62(3), 99–107. DOI: 10.1016/j.addbeh.2016.06.020.
- Vágnerová, M. (1997). *Vývojová psychologie 1*. Praha: Univerzita Karlova, Vydavatelství Karolinum.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2001). *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- VandenBos, G. R., (Ed.) (2007). *APA Dictionary of Psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Vaničková, E. (2007). *Dětská prostituce*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing.
- Vavrysová, L. (2014). *Diagnostika osobnosti a struktura anamnestického rozhovoru u adolescentů v ochranné a ústavní výchově*. Nepublikovaná diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vavrysová, L., & Charvát, M. (2016). Osobnostní rysy adolescentů v ústavní výchově dle dotazníku HSPQ ve srovnání s normou populace. *Adiktologie*, 16(4), 282–291.
- Vazire, S., & Funder, D. C. (2006). Impulsivity and the self-defeating behavior of narcissists. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 154–165.
- Večerka, K., Holas, J., & Štěchová, M. (2000). *Problémové děti ve školských výchovných zařízeních*. Praha: KNOK POLYGRAFIE.

- Večerka, K., Holas, J., Štěchová, M., Diblíková, S., & Luptáková, M. (2011). *Ohrožená mládež mezi prevencí a represí*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Večerka, K., Holas, J., Štěchová, M., Diblíková, S., & Neumann, J. (2004). *Mladiství pachatelé na prahu tisíciletí*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Viana, A. G., Hanna, A. E., Woodward, E. C., Raines, E. M., Paulus, D. J., ..., & Zvolensky, M. J. (2017). Emotional Clarity, Anxiety Sensitivity, and PTSD Symptoms Among Trauma-Exposed Inpatient Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 49, 146–154.
- Vujanovic, A. A., Farris, S. G., Bartlett, B. A., Lyons, R. C., Haller, M., ..., Norman, S. B. (2018). Anxiety sensitivity in the association between posttraumatic stress and substance use disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 62(6), 37–55.
- Vyhláška 438/2006 Sb. *Vyhláška, kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních*. Získáno 4. srpna 2018 z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=438&r=2006>
- Vykopalová, H. (2001). *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Wang, R. H., Hsu, H. Y., Lin, S. H., Cheng, C. P., & Lee, S. L. (2010). Risk behaviours among early adolescents: risk and protective factors. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 313–323.
- Wang, P., Lei, L., Wang, X., Nie, J., Chu, X., & Jin, S. (2018). The exacerbating role of perceived social support and the “buffering” role of depression in the relation between sensation seeking and adolescent smartphone addiction. *Personality and Individual Differences*, 130(1), 129–134. DOI: 10.1016/j.paid.2018.04.009.
- Waszczuk, M. A., Coulson, A. E., Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2016). A longitudinal twin and sibling study of the hopelessness theory of depression in adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine*, 46, 1935–1949. DOI: 10.1017/S0033291716000489.
- Webster's *Third new international dictionary* (1993). USA: Cöhemann.

- Weiss, P., & Zvěřina, J. (2009). Sexuální chování české populace. *Urologie pro praxi*, 10(3), 160–163. Získáno dne 17. srpna. 2018 z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/03/02.pdf>
- Wikipedia (2018). Filmový rating MPAA. In: Wikipedia. Získáno 24. června 2018 z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Filmov%C3%BD_rating_MPAA#R
- Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The substance use risk profile scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors*, 34(12), 1042–1054.
- Yalom, I. D. (2003). *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál.
- Zákon č. 89/2012 Sb. *Nový občanský zákoník – Díl 4 – Ústavní výchova*. Získáno 1. srpna 2018 z: <https://www.podnikatel.cz/zakony/novy-obcansky-zakonik/f4582031/>
- Zákon 109/2002 Sb., *o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů*. Získáno 1. 8. 2018 z: <http://www.msmt.cz/file/38848/>
- Zákon č. 359/1999 Sb. *Sociálně právní ochrana dětí*. Získáno 1. srpna 2018 z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>
- Zákon č. 218/2003 Sb. *Zákon o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže)*. Získáno 1. srpna 2018 z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-218>
- Zavos, H. M. S., Wong, C. C. Y., Barclay, N. L., Keers, R., ... & Eley, T. C. (2012). Anxiety sensitivity in adolescence and young adulthood: The role of stressful life events, 5HTTLPR and their interaction. *Depression & Anxiety*, 29, 400–408.
- Zeman, P., Diblíková, S., Kotulan, P., & Vlach, J. (2009). *Praxe v oblasti rozhodování o nařízení ústavní výchovy a uložení ochranné výchovy*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Zemanová, V., & Dolejš, M. (2015). *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahového zařízení pro děti a mládež*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Zuckerman, M. (1990). The psychophysiology of sensation seeking. *Journal of Personality*, 58, 313–345.

- Zuckerman, M., & Glicksohn, J. (2016). Hans Eysenck's personality model and the constructs of sensation seeking and impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 103(1), 48–52.
- Zvolensky, M. J., Jardin, C., Rogers, A. H., Bakhshaie, J., Mayorga, N. A., Viana, A. G., Walker, R. L., Cardoso, J. B., & Garey, L. (2018). Anxiety Sensitivity and Acculturative Stress Among Trauma Exposed Latinx Young Adults. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. DOI: 10.1037/cdp0000208.

Jmenný rejstřík

- Abramson, L. Y. 45, 151
Acheson, A. 56, 159
Ajtay, G. 170
Al Shibi, A. N. 158
Ali, B. 168
Ali, A. 46, 151
Allan, N. P. 60, 151
Alloy, L. B. 45, 151
Allport, G. W. 21, 151
Ambrózová, A. 10, 12, 19, 151
Ambrožová, K. 154
Andrys, O. 86, 89, 94, 151
Angold, A. 37, 39, 151
Arabiat, D. H. 49, 158
Arain, M. 49, 151
Araya, R. 41, 152
Armour, C. 62, 157
Arterburn, S. 69, 152
Babson, K. A. 62, 152
Baines, L. 46, 152
Bakhshaie, J. 174
Balcar, K. 30, 32, 33, 152, 168
Barclay, N. L. 173
Barkus, E. 30, 34, 158
Barnett, N. P. 58, 160
Barroilhet, S. 152
Barry, C. 151
Barták, P. 165
Barteček, R. 162
Bartlett, B. A. 172
Baxley, C. 61, 160
Bendall, S. 167
Benítez Barraza, M. 30, 35, 152
Beran, J. 37, 167
Bernaras, E. 39, 152
Berthoz, S. 151
Bilsky, S. A. 62, 152
Blatný, M. 22, 54, 80, 152, 153
Blumenthal, H. 61, 160
Boduszek, D. 45, 153
Bolland, J. M. 47, 153
Bonn-Miller, M. O. 61, 166
Borges, A. M. 62, 153
Boross, V. 170
Bossarte, R. M. 51, 168, 169
Bouček, J. 37, 153
Bowlby, J. 23–24, 40, 153
Braun, R. 164
Bray, B. C. 159
Brisch, K. H. 24–26, 153
Bukowski, W. 28, 168
Buliková, B. 38, 167
Burnik, S. 57, 161
Burns, J. 69, 152

- Cakirpaloglu, P. 21–23, 141, 145,
153, 156
- Capron, D. W. 60, 151
- Cardoso, J. B. 174
- Carey, C. 61, 160
- Carré, A. 151
- Carr-Gregg, M. 43, 154
- Casey, B. J. 158
- Cattell, M. D. 32, 153
- Cattell, R. B. 32, 153
- Cesková, E. 37, 167
- Ciarrochi, J. 30, 34, 158
- Cloninger, C. R. 48, 54, 154
- Cloutier, R. M. 61, 160
- Coatsworth, J. D. 28, 164
- Coghlan, M. 51, 154
- Combremont, M. 94, 167
- Comeau, M. N. 44, 154
- Conrod, P. J. 44–46, 48, 53, 59,
106–107, 154, 173
- Costa, F. M. 66, 160
- Costa, P. T., Jr. 48, 154
- Costello, E. J. 151
- Coufalová, L. 154
- Coulson, A. E. 45, 172
- Cox, M. J. 58, 160
- Cox, G. 167
- Crosby, A. 168
- Crouse-Novak, M. A. 39, 161
- Csémy, L. 27, 29, 31, 50, 154, 160,
166
- Cuevas, C. 39, 152
- Cvečková, M. 68, 75, 83, 154
- Čablová, L. 55, 165
- Čačka, O. 15, 17, 154
- Čáp, J. 21, 23, 27, 31, 155
- Čáp, P. 27, 31, 154
- Čerešník, M. 23, 32, 49, 66, 70, 108,
155, 171
- Čírtková, L. 67, 72, 155
- Daňková, Š. 51, 169
- Dankulinová, Z. 31, 163
- Delhomme, P. 57, 155
- Dhingra, K. 45, 153
- Diblíková, S. 65, 71, 88, 172–173
- Dilmaç, B. 47, 155
- Dittrichová, J. 168
- Dixon, L. J. 62, 155
- Dolejš, M. 13–19, 30–37, 46–49,
58–59, 68–71, 75–78, 80–81, 83,
95, 103–109, 113, 141–146
- Dolgin, K. G. 9, 167
- Dopita, M. 66, 159
- Dougherty, D. M. 56, 159
- Dryfoos, J. G. 65, 77, 156
- Duka, T. 50, 168
- Dunovský, J. 19, 156
- Eaves, L. 37, 151
- Efendić-Spahić, T. 27, 156
- Eisner, M. 30, 35, 165
- Eley, T. C. 45, 172–173
- Elhai, J. D. 62, 157

- Endrödiová, L. 47, 53, 62, 156–157, 160, 163, 170
Engels, R. C. M. E. 46, 164
Erikson, E. H. 14, 157
Erkanli, A. 37, 151
Essex, M. J. 30, 164
Evans-Polce, R. J. 54, 157
Eysenck, H. J. 48, 157
Eysenck, S. B. G. 48, 157
Facová, V. 166
Farrington, D. P. 27, 51, 165, 170
Farris, S. G. 172
Fegert, J. M. 22, 157
Feldner, M. T. 62, 152
Felton, J. W. 62, 153
Finkelstein, R. 39, 161
Fischer, S. 71, 158
Fitzgerald, F. 37, 39, 163
Freinberg, T. L. 39, 161
Frick, W. B. 21, 158
Friedenberg, E. Z. 7, 158
Frišová, P. 154
Fritsch, R. 41, 152
Funder, D. C. 49, 50, 171
Fürst, M. 20, 22, 77, 158
Galvan, A. 54, 158
Garey, L. 174
Gatjal, V. 49, 155
Gerrard, J. 47, 158
Ghochani, N. J. 46, 170
Glicksohn, J. 55, 174
Glod, C. A. 37, 39, 163
Glover, G. 158
Goldsmith, H. H. 30, 164
Gonzales, N. A. 56, 160
Grant, J. E. 50, 162
Gratz, K. L. 62, 155
Gregory, A. M. 45, 172
Guillot, C. R. 61, 166
Gursky, D. M. 59, 167
Hall, C. S. 20, 22, 158
Haller, M. 172
Hamanová, J. 160
Hamdan-Mansour, A. M. 49–50, 158
Hanna, A. E. 172
Hanušová, J. 154
Haque, M. 151
Harden, K. P. 54–55, 158
Hare, T. 158
Hart-Kerkhoffs, L. 157
Hartl, P. 9, 36, 48, 68, 82, 158
Hartlová, H. 9, 36, 48, 68, 82, 158
Hartup, W. W. 28, 158
Hassler, C. 151
Heaven, P. C. L. 30, 34, 158
Heidbrink, H. 16, 158
Heider, D. 164
Herpertz, S. 168
Herpertz-Swahn, M. H. 168
Heřman, M. 166
Hetrick, S. 167
Hodovský, I. 66, 159

- Hoferková, S. 88–90, 142, 146, 159
Holas, J. 27, 29, 65, 71, 171–172
Hort, V. 39, 159, 163
Hrachovinová, T. 27, 31, 154
Hrdlička, M. 39, 80, 152, 159, 163
Hřebíčková, M. 30, 55, 153, 159
Hsu, H.-Y. 34, 172
Hudson, A. 46, 159
Hughes, D. A. 26, 159
Hulmáková, J. 86–89, 159
Charles, N. E. 56, 159
Charvát, M. 23, 26, 32–34, 37, 47,
53, 106, 108, 156–157, 160, 163
Chassin, L. 56, 160
Chaurand, N. 57, 155
Cheng, C.-P. 34, 172
Christiansen, P. 46, 152
Chu, X. 57, 172
Ibabe, I. 39, 152
Inhelderová, B. 15, 166
Islamova, Z. B. 79, 160
Ivičičová, J. 87, 166
Janotová, D. 37, 167
Janssen, T. 58, 160
Jardin, C. 174
Jaureguizar, J. 39, 152
Jelínek, M. 80, 152
Jensen, M. 56, 160
Jeřábková, B. 162
Jessor, R. 66, 160
Jin, S. 57, 172
Johal, L. 151
Johns, E. 32, 153
Jones, A. 46, 152
Jones, A. C. 168
Kabiček, P. 69, 72–74, 160
Kahraman-Lanzerath, B. 168
Kajtan, T. 57, 161
Kaláb, M. 166
Kalina, K. 55, 165
Kališková, M. 154
Kalman, M. 31, 163
Kapusta, N. D. 157
Kashani J. H. 42–43, 160
Kašpárek, T. 48–49, 162
Kearns, N. T. 61–63, 160
Keers, R. 173
Keller, F. 157
Kern, H. 20, 22, 161
Kirchner, J. 54, 161
Klimpl, P. 47, 161
Klinar, P. 57, 161
Knapp, A. A. 62, 152
Kocourková, J. 39, 77, 159, 163
Kohoutek, R. 23–24, 161
Kolář, M. 74–75, 161
Konrad, K. 168
Koranda, P. 166
Kostner, R. 154
Kotulan, P. 88, 173
Kocourková, J. 39, 77, 159, 163
Koudelková, A. 71–72, 161

- Kovacs, M. 39, 161
Krejčířová, D. 9, 11, 13–14, 17,
21–22, 77, 162, 168
Křivohlavý, J. 36, 44, 161
Kubíčková, H. 29, 91–92, 161
Kuchařová, J. 39, 167
Kurelová M. 29, 91–92, 161
Květon, P. 152
Kyriacou, Ch. 79, 161
Labáth, V. 10, 151
Lachar, D. 34, 161
Lammers, J. 46, 164
Landkamr, F. 41, 162
Langmeier, J. 9, 11, 13–14, 17,
21–22, 27, 77, 162
Laštůvková, K. 108, 162
Lečbych, M. 25, 26, 162
Ledgerwood, D. M. 49, 163
Lee, A. A. 62, 155
Lee, S.-L. 34, 172
Leen-Feldner, E. W. 62, 152
Leeson, P. 30, 34, 158
Legenbauer, T. 168
Lei, L. 57, 172
Lejuez, C. W. 60, 62, 151, 153
Lepík, F. 80, 162
Leppink, E. W. 50, 162
Lester, D. 45, 141, 145, 162
Leventhal, A. M. 61, 166
Levine, J. C. 62, 157
Lin, S.-H. 34, 172
Lindzey, G. 20, 22, 158
Linhartová, P. 48, 49, 162
Löffler, C. 38, 162
Loree, A. M. 49, 50, 163
Ludolph, A. G. 157
Lundahl, L. H. 49, 163
Luptáková, M. 65, 172
Lynch, A. 37, 39, 163
Lyons, R. C. 172
MacDonald, S. 51, 154
Macek, P. 9, 11, 15–18, 23, 65, 69,
141, 146, 163
MacPherson, L. 60, 151
Madarasová Gecková, A. 31, 69, 76,
78, 163
Mahmoud, K. F. 49, 158
Maierová, E. 47, 53, 58, 63, 156–157,
160, 163, 170
Main, M. 24, 163,
Malá, E. 39–43, 159, 163
Mallett, C. H. 30, 164
Malmberg, M. 46, 164
Mann, F. D. 54, 158
Martanová, V. 31, 141, 145, 164
Masten, A. S. 28, 164
Matějček, Z. 18, 26–27, 162, 164
Mathias, Ch. M. 159
Mathias, Ch. W. 56, 159
Mathur, P. 151
Matoušek, O. 22, 29, 50, 65, 78–79,
88–89, 142, 146, 164

- Matoušková, A. 22, 29, 50, 65,
78–79, 88–89, 142, 146, 164
- Mayorga, N. A. 174
- McCrae, R. R. 48, 154
- McGee, R. 45, 164
- McNally, R. J. 59, 167
- McNicol, M. L. 81–82, 164
- Mehlová, Ch. 20, 161
- Melecká, V. 104, 108, 164
- Mentel, A. 17, 30, 166
- Mészáros, V. 170
- Metalsky, G. I. 45, 151
- Miech, R. 30, 164
- Millová, K. 153
- Mills, K. L. 15, 16, 164
- Mioviský, M. 31, 44, 47, 55, 66–67,
75, 80, 141–142, 145–146, 156,
162–165
- Monshouwer, K. 46, 164
- Montero-Marin, J. 41, 152
- Montgomery, A. 41, 152
- Mravčík, V. 70, 165
- Munsey, C. 12, 13, 165
- Murray, A. J. 30, 35, 165
- Murray, J. 27, 165
- Nada-Raja, S. 45, 164
- Nakonečný, M. 21–23, 166
- Nechanská, B. 84, 166
- Nel, W. 151
- Nešpor, K. 50, 52, 53, 81, 166, 168
- Neumann, J. 71, 172
- Nie, J. 57, 172
- Nolz, H. 20, 161
- Norman, S. B. 172
- Novák, P. 165
- Novotný, P. 87, 166
- O'Brien, K. D. 62, 157
- Obanda D. 56, 171
- Obereignerů, R. 17, 30, 166
- Obsuth, I. 30, 35, 165
- Orel, M. 13, 17, 30, 37–38, 51–52,
76, 78, 80, 107–108, 144, 149, 156,
166
- Overbeek, G. 46, 164
- Pan Yuen, H. 167
- Pang, R. D. 61, 166
- Paran, F. 57, 155
- Parker, J. G. 28, 168
- Patrick, M. E. 54, 157
- Paulauskas, S. L. 39, 161
- Paulus, D. J. 172
- Pavlovský, P. 37, 167
- Perczel-Forintos, D. 170
- Peter, M. 20, 161
- Peterson, R. A. 59, 167
- Piaget, J. 15, 166
- Pidrman, V. 37, 167
- Pihet, S. 94–95, 167
- Pihl, R. O. 45, 173
- Pirkis, J. 167
- Plener, P. L. 157
- Plháková, A. 153

- Pospíšilíková, K. 25–26, 162
Praško, J. 38, 51–52, 167
Preiss, M. 39, 167
Przeczková, P. 51, 169
Przybeck, T. R. 48, 154
Příhoda, V. 10, 167
Raboch, J. 37–38, 167
Raines, E. M. 172
Rais, A. 151
Redden, S. A. 50, 162
Reid, J. C. 42, 160
Reiss, S. 60, 167
Reynolds, E. K. 60, 151
Ribeaud, D. 30, 35, 165
Rice, F. P. 9, 167
Robinson, J. 47, 167
Rogers, A. H. 174
Rola, J. 41, 43, 168
Rosenberg, T. K. 42, 160
Rubin, K. H. 28, 168
Rudišínová, D. 162
Ryan, S. R. 159
Řehan, V. 44, 156
Říčan, P. 18, 21–22, 39, 42–43, 82,
153, 168
Salbach-Andrae, H. 168
Sallay, J. 170
Sandhu, R. 151
Sánchez Montero, E. 30, 35, 152
Sanchez-Roige, S. 50, 168
Sarrar, L. 168
Seitl, M. 26, 168
Seitz, J. 51, 168
Sekera, O. 29, 91–92, 161
Serrano Ramírez, M. 30, 35, 152
Sharma, S. 151
Schepker, R. 157
Schinka, K. C. 168
Schmidt, N. B. 60, 151
Schulenberg, J. E. 54, 157
Schuler, M. S. 54, 157
Sigmundová, D. 31, 163
Sigmundová, Z. 38, 167
Silberg, J. 37, 151
Skácelová, L. 163–165
Skalková, J. 18, 169
Skopal, O. 17–18, 30–32, 48–49,
70–71, 76, 103–109, 131, 141,
155–156, 168–171
Slavíková, I. 164
Slomek, Z. 87, 169
Slovák, D. 51–52, 81, 83–84
Smik, J. 10, 12, 19, 151
Smolík, J. 18, 36, 66, 169
Sobotková, V. 152
Solomon, J. 24, 163
Soroa, M. 39, 152
Spilka, S. 151
Starostová, O. 27, 31, 154
Steinberg, L. 54, 158,
Stejskalová, J. 33–34, 72, 169
Stephan, P. 94, 167

- Stephens, D. N. 50, 168
Sternberg, R. J. 11, 13, 15, 169
Stevens, N. 28, 158
Stewart S. H. 44–46, 154, 159, 173
Stoddard-Dare, P. 30, 164
Stoolmiller, M. 58, 160
Stossel, S. 60, 169
Stuchlíková, I. 153
Suchá, J. 18, 23, 31–32, 37, 103–104,
131, 156, 169, 171
Sullivent, E. E. 51, 169
Suter, M. 94, 167
Svrakic, D. M. 48, 154
Swahn, M. H. 51, 169
Syrůčková, I. 87, 166
Szabó, M. 45, 46, 170
Šimonek, J. 166
Širůček, J. 162
Širůčková, M. 49, 65, 67, 142, 146,
163, 170
Škoda, J. 71, 158
Šmahel, D. 81, 82, 170
Šťastná, L. 47, 53, 156–157, 160,
163, 170
Štěchová, M. 27, 29, 65, 71, 79,
170–172
Štěpo, K. 41, 141, 145, 170
Štúrová, J. 10, 151
Šucha, M. 57, 170
Švarc, J. 47, 170
Tackett, J. L. 54, 158
Tardy, V. 22, 170
Tavakolizadeh, J. 46, 170
Theiner, P. 162
Theobald, D. 51, 170
Thorová, K. 13, 171
Thorsteinsson, E. B. 81–82, 164
Tomšík, R. 70, 171
Treiner, P. 27, 171
Truchjillo, C. A. 56, 171
Trujillo, Á. 56, 171
Tucker-Drop, E. M. 54, 158
Tull, M. T. 62, 155
Turbin, M. S. 66, 160
Udvardy-Mészáros, A. 170
Urbánek, T. 30, 159
Vacek, J. 77, 80, 162
Vágnerová, M. 9–10, 13–18, 23, 28,
42, 51, 79, 141, 145, 171
Valentová, K. 164
Van Dulmen, M. 168
VandenBos, G. R. 11, 44, 54, 59, 171
Vaničková, E. 65, 77, 171
Vanier, A. 151
Vavrysová, L. 18, 29, 31–34, 51, 72,
86, 94, 106, 109, 156, 160, 171
Vazire, S. 49, 50, 171
Večerka, K. 27–30, 65, 71–72, 79,
170–172
Veselá, M. 165
Viana, A. G. 60, 63, 141, 145, 172, 174
Villarreal, D. 61, 160
Vizin, G. 170

- Vlach, J. 88, 173
Vobořil, D. 152
Vollebergh, W. A. M. 46, 164
Volmer-Berthele, N. 157
Vondráčková, P. 87, 166
Voss, H. 158
Vrána, K. 39, 167
Vujanovic, A. A. 61, 172
Vykopalová, H. 82, 172
Wagner, B. 38, 162
Walker, R. L. 174
Wang, P. 57, 58, 172
Wang, R.-H. 34, 172
Wang, X. 57, 172
Waszczuk, M. A. 45, 172
Weiss, P. 77–78, 168, 173
Wekerle, Ch. 46, 159
Weninger, L. E. 157
Williams, S. 45, 164
Williamson, A. E. 157
Winterspergerová, R. 20, 161
Woicik, P. 46, 53, 59, 106, 154
Woicik, P. A. 45, 48–49, 53, 56,
103–106, 173
Wolfersdofr, M. 38, 162
Wong, C. C. Y. 173
Woodward, E. C. 172
Workman-Crewnshaw, L. 30, 164
Yalom, I. D. 9, 173
Yung, A. 167
Zapletalová, J. 66, 165
Zavos, H. M. S. 60, 173
Zeman, P. 88, 173
Zemanová, V. 30, 78, 95, 108, 173
Zuckerman, M. 54–55, 173–174
Zvěřina, J. 77–78, 173
Zvolensky, M. J. 60–61, 63, 166, 172,
174
Zvolský, M. 51, 169

Věcný rejstřík

- abúzus 36, 71, 76, 108, 128, 134–136
- adolescent 9, 13–21, 30, 31–35,
39–43, 45–53, 57–60, 65, 87, 97,
107, 113, 127
- adolescence 9–11, 21, 23, 41, 54,
56, 77
- agresivita 31–35, 74, 94, 104, 108
- alkohol 17, 56–61, 63, 68–70,
130–131
- beznadějnost 44–47, 103, 120–121,
105–106
- delikvence 33–35, 65, 67, 71–72,
93–94, 129
- dětský domov 90
- dětské domovy se školou 91
- deprese 36–41, 43–45, 103
- depresivita 36, 103
- diagnostický ústav 89–90
- dospívání 9–11, 13, 17–21, 83
- dotazník 30, 50, 103–108, 118–119,
127
- drogy 17, 67–70
- formální operace 15
- gymnázium 17, 55, 78, 97, 111,
118–123
- hněv 32, 57, 104, 108
- hostilita 31, 32, 34, 68, 74, 104, 108
- charakteristika 22–26, 35, 72, 103,
105, 134
- chování 18, 25–32, 50–54, 60, 61,
65–69, 73–83, 103, 129, 130–133
- identita 12, 14, 16–18, 82
- impulzivita 31–32, 48–53, 103,
105–106, 118–119, 122–123,
134–136
- impulzivní jednání 43, 52
- kriminalita 29, 67–68, 71, 73, 142
- metoda 36, 48, 53, 55–56, 103–105,
107, 109, 113, 118, 127, 132
- moratorium 12, 140
- negativní myšlení 44–47, 105–106,
119–121, 133–136, 139–140
- nálada 17, 36–37, 39, 42–43, 46, 51,
68, 120
- násilí 27, 31, 47, 66–67, 73–75
- osobnost 18–28, 30, 32, 33, 34, 35,
36, 37, 38, 39, 44, 48, 19, 51–55,
59, 72, 103, 105, 118
- pohlaví 11, 17, 22, 90, 115–117,
120–126
- populace 70, 94, 97–99, 101, 104,
108, 127
- prepuberta 11, 40
- prevence 28, 47, 50, 53, 58, 62–63,
66, 94, 105–106, 130

- problémy 22, 28, 36, 68, 78, 79, 82, 95, 104, 130–131
- přecitlivělost 59–63, 105–106, 125–126, 134–136
- přestupky 68, 71, 75, 78–79
- pubescence 9, 11, 41
- rizikové aktivity 18, 57–58, 77, 84, 103
- rizikové chování 32, 49, 65, 66–69, 75, 83–84, 94, 103, 107, 127
- rizikovost 27, 29, 32, 48, 103, 107–108, 121–122
- rodina 9, 16, 23, 26–27, 56, 88, 92
- rys 23, 30, 62–63, 103, 105, 118, 120, 122–123, 125, 135–137
- SDDSS 103, 104, 113–118, 135–136
- sebehodnocení 17–18, 31–32, 42, 104, 141
- střediska výchovné péče 86, 92–93
- SURPS 44, 48, 53, 59, 72, 105–106, 118–120, 133
- šikana 66–68, 74–75, 80, 108, 128–129, 134–136
- Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá 103, 113, 133, 143–144
- teorie 19, 21–23, 26, 48, 71
- úzkostnost 23, 31–32, 59–61, 104, 141
- vlastnost 23
- vyhledávání vzrušení 31, 48, 53–59, 105–107, 118–119, 123–126, 134–136
- výchova 24–27, 38, 85–89, 142
- výchovný ústav 91–92, 98,
- vývoj 9, 11, 13–16, 18–28, 77, 79
- základní školy 8, 92, 99–101, 111, 113, 140
- zařízení 28–29, 72, 75, 85–99, 111–112, 141–142
- záškoláctví 29, 66–67, 79–80, 94, 109
- žák 17–18, 29–32, 69–72, 79–80, 94–97, 111–113

Mgr. Lucie Vavrysová, Ph.D.

Rizikové aktivity, depresivita a vybrané osobnostní rysy u českých adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů

Výkonný redaktor Mgr. Agnes Hausknotzová
Odpovědný redaktor Bc. Otakar Loutocký
Jazyková redakce Bc. Otakar Loutocký
Technická redakce RNDr. Helena Hladišová
Návrh a grafické zpracování obálky Kateřina Manková

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc
www.vydavatelstvi.upol.cz
www.vydavatelstviupol.cz
vup@upol.cz

1. vydání

Olomouc 2018

Ediční řada – Monografie

DOI: 10.5507/ff.18.24454269
ISBN 978-80-244-5426-9 (print)
ISBN 978-80-244-5427-6 (online : PDF)

Neprodejná publikace

VUP 2018/0346 (print)
VUP 2018/0353 (online : PDF)

Na počátku této odborné publikace stála otázka, jak se liší adolescenti pobývající v dětských domovech se školou a ve výchovných ústavech od vrstevníků docházejících na základní školy a víceletá gymnázia. Chyběly také kvalitní výzkumné projekty, které by se zaměřovaly na tuto specifickou skupinu dospívajících. Výzkumný tým se pokusil hledat rozdíly v depresivitě, impulzivitě, ve vyhledávání vzrušení, přecitlivělosti a v negativním myšlení, ale také rozdíly v míře realizace vybraných rizikových aktivit. Kniha čtenáře seznamuje s jednotlivými sledovanými fenomény a poskytuje jejich teoretické ukotvení. Prostor je také věnován popisu zařízení výkonávajících ústavní a ochrannou výchovu.

Adolescenti z těchto zařízení jsou dle realizovaného výzkumu impulzivnější a také depresivnější než jejich vrstevníci ze základních škol a víceletých gymnázií. Bylo zjištěno, že jsou také několikanásobně rizikovější, tedy realizují častěji různé rizikové aktivity. Tito 11–16letí dospívající jsou například v 73,15 % pravidelnými kuřáky cigaret, přičemž ve stejné staré populaci žáků základních škol a víceletých gymnázií je to jen 3,04 %. Výsledky, které jsou v této monografii prezentovány, mohou sloužit jako podklad pro odbornou práci s adolescenty z výchovných ústavů a dětských domovů se školou, ale lze je také využít při plánování preventivních programů, které budou založeny na důkazech (evidence-based).