

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta
Katedra pedagogiky

Diplomová práce

Bc. Šárka Fořtová

Sociálně patologické jevy dětí a mladistvých

**Socially pathological phenomenos
by children and adolescents**

Praha 2010

Vedoucí práce: PhDr. Jitka Lorenzová, PhD.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Jitce Lorenzové.PhD. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů, kterými přispěla k vypracování této diplomové práce.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a využila jsem prameny a literaturu uvedené v seznamu.

V Plzni dne 22. 6. 2010

.....
vlastnoruční podpis

Anotace:

Diplomová práce pojednává o sociálně patologických jevech dětí a mládeže v současné době v naší společnosti. Rozebírá příčiny, které vedou k budoucímu sociálně patologickému jednání. Práce dále popisuje jednotlivé druhy sociálně patologického jednání a zdůrazňuje význam primární prevence, výchovy a výchovného prostředí, jako nejvýznamnějších činitelů ovlivňujících delikventní jednání dětí a mládeže.

Klíčová slova:

děti, mládež, sociálně patologické jevy, delikvence, rodina, škola, chování, osobnost

Abstract:

The thesis deals with the problem of socially pathological phenomenos by children and adolescents in our society in these days. It analyses the reasons which lead to the future social pathological actions. Further it describes individual types of socially pathological phenomenons and shows significance of primary prevention, of educational environment as the most important agents affecting the deliquent behaviour of children and adolescenta.

Keywords:

children, adolescents, socially pathological phenomenons,delinquency, family, school, behaviour, personality

Obsah

Úvod	8
1 Charakteristika sociálně patologických jevů	9
1.1 Delikvence a kriminalita	9
1.2 Patologické závislosti	10
1.3 Sebevraždy	10
1.4 Prostituce	10
1.5 Patologie rodiny	11
1.6 Agresivita a šikana	12
2 Teorie sociálních deviací	14
2.1 Biologické teorie	14
2.2 Biosociologické teorie	15
2.3 Psychologické teorie	16
2.4 Sociologické teorie	17
2.5 Polyetiologické teorie	18
3 Delikvence a kriminalita jako společenský problém	21
3.1 Příčiny delikvence a kriminality	21
3.1.1 Vnitřní příčiny	22
3.1.2 Vnější příčiny	23
4 Delikvence a kriminalita romské menšiny	25
4.1 Romové jako etnicky odlišná skupina	25
4.2 Postavení Romů ve společnosti	26
4.3 Specifika romské kriminality	28
5 Drogové závislosti jako společenský problém	30
5.1 Charakteristika závislostí	30
5.2 Legální drogy	31
5.2.1 Alkoholismus	31
5.2.2 Tabakismus	33
5.3 Nelegální drogy	33
5.3.1 Halucinogeny	34
5.3.2 Opiáty	34
5.3.3 Stimulační drogy	35

5.3.4	Těkavé látky	36
5.3.5	Tlumivé látky	36
5.4	Rizikové faktory ovlivňující vznik závislostí	36
5.5	Prevence vzniku drogových závislostí	38
5.6	Programy a zařízení pro drogově závislé	40
6	Gamblerství jako společenský problém	44
6.1	Charakteristika patologického hráčství	44
6.2	Faktory vzniku závislosti	44
6.2.1	Biologické faktory	44
6.2.2	Psychické faktory	45
6.2.3	Sociální faktory	45
6.3	Stádia patologického hráčství	46
6.4	Prevence patologického hráčství	46
6.4.1	Primární prevence	46
6.4.2	Sekundární prevence	47
6.4.3	Terciární prevence	47
7	Sebevražda jako sociálně patologický jev	49
7.1	Klasifikace sebevražd	50
7.2	Příčiny sebevražd	51
7.3	Prevence sebevražd	51
8	Prostituce jako sociálně patologický jev	53
8.1	Motivace k prostitučnímu chování	53
8.2	Druhy prostituce	54
8.3	Příčiny prostituce dětí a mladistvých	55
8.4	Následky prostituce	56
8.5	Prevence prostituce	57
9	Patologická rodina jako společenský problém	58
9.1	Syndrom CAN (Child Abuse and Neglect)	58
9.1.1	Týrání dítěte	58
9.1.2	Zneužívání dítěte	59
9.1.3	Zanedbávání dítěte	59
9.1.4	Prevence syndromu CAN	60

9.2 Domáci násilí	61
9.2.1 Formy domácího násilí	62
9.2.2 Znaky domácího násilí	62
9.2.3 Dopad domácího násilí na děti	63
9.2.4 Kazuistiky	63
10 Sociálně patologické jevy ve školním prostředí	67
10.1 Šikana	67
10.1.1 Stádia vývoje šikany	67
10.1.2 Příčiny šikany	68
10.1.3 Důsledky šikany	68
10.1.4 Prevence šikany	69
10.2 Záškoláctví	69
10.3 Krádeže	70
11 Prevence a terapie sociálně patologických jevů	71
11.1 Charakteristika pobytového a resocializačního centra	73
Závěr	82
Seznam literatury	83
Přílohy	84

Úvod

Výrazným a bohužel negativním jevem dnešní společnosti je výskyt a nekontrolovatelné šíření sociálně patologických jevů. Zvláště nebezpečné jsou tyto jevy pro děti a mládež. Negativní jevy současnosti zasahují do života rodin, ale i celé společnosti. Narůstající patologické jevy dětí a mladistvých souvisí s absencí pozitivního hodnotového systému a s minimalizovanými možnostmi volnočasových aktivit. Alarmujícím signálem je fakt, že sociálně patologické jevy, jako různé typy závislostí, šikana a kriminalita, postihují stále nižší věkové kategorie.

Cílem mé diplomové práce je teoretické zpracování různých patologických jevů, jejich příčin a prevence.

Práce je rozdělena do jedenácti kapitol, ve kterých se podrobněji zabývám jednotlivými patologickými jevy dětí a mladistvých v současné společnosti.

Větší pozornost a prostor jsem věnovala problematice závislostí, protože si myslím, že tyto patologické jevy jsou velmi nebezpečné a v budoucnu by mohly mít značný negativní dopad na celou společnost. Zvláště v této oblasti je důležitá prevence a nutnost určitých legislativních změn.

Poslední kapitolu jsem věnovala charakteristice konkrétního zařízení sociální pomoci v Plzni.

1 Charakteristika sociálně patologických jevů

Výrazným znakem současné společnosti je výskyt a šíření sociálně patologických jevů. Jejich působení zasahuje do života rodin i celé společnosti. Největší nebezpečí představuje zejména pro děti a mládež.

1.1 Delikvence a kriminalita

Delikvence je obecné označení pro činnost porušující zákonné nebo jiné normy chování a způsobující společnosti nebo jednotlivci nějakou újmu. Tímto pojmem se rozumí protispolečenské chování v širším smyslu než kriminalita, tedy i takové chování, které nedosahuje stupně společenské nebezpečnosti trestného činu, nebo závadné chování osob, které nejsou vzhledem ke svému věku ještě plně trestně odpovědné. Nejčastěji se pojem delikvence užívá pro označení trestné činnosti mládeže. Delikvence mládeže souvisí s neukončeným procesem biologického, mentálního a sociálního zrání, což vede ke společensky neakceptovatelnému řešení různých životních a konfliktních situací, k emocionálním reakcím a k impulzivnímu jednání. Na delikvenci mládeže má velký vliv zejména výchovné působení rodiny, školy a později i pracoviště. Chování mládeže ovlivňují i neformální skupiny, hlavně skupiny vrstevníků, a způsob trávení volného času.

Pojem kriminalita znamená výskyt trestného chování neboli trestné činy spáchané ve společnosti. Právní řád stanoví, jaké protispolečenské chování se vzhledem ke své nebezpečnosti považuje za trestné činy, případně za další delikty stíhané soudními orgány.

Kriminalita je jedním ze sociálně patologických jevů ve společnosti. Motivy a příčiny, které vedou mládež ke kriminální činnosti a protispolečenskému chování, jsou různé. Příčinami a prevencí kriminality se zabývá kriminologie. Ve většině vyspělých států dochází v posledních letech k nárůstu kriminálního chování, který je dáván do souvislosti s procesy industrializace, migrace a demografickými změnami.

1.2 Patologické závislosti

Patologickou závislostí se rozumí závislost na nějaké látce nebo činnosti, bez které se organizmus po určité době nedokáže obejít. Jde o návykové chování, které má negativní dopad na jedince, jeho rodinu i společnost. Závislost může být somatická nebo psychická, případně se obě formy kombinují. Mezi nejčastější látky, které způsobují patologickou závislost, patří alkohol, tabák a drogy. Současně se závislostí se postupem času u jedince začíná objevovat i nějaká forma kriminálního chování, např. krádeže, loupeže apod., tím se závislí lidé dostávají do konfliktů se společností, protože porušují její základní, zákony chráněné normy.

1.3 Sebevraždy

Sebevraždou se rozumí úmyslné usmrcení sebe sama z různých pohnutek či příčin. Obvykle jde o efektoenní reakce na nějakou tíživou situaci, která se jedinci zdá bezvýchodná a bezperspektivní. V podstatě se jedná o poruchu pudu sebezáchovy, která se objevuje často v období puberty, kdy si dospívající jedinec nedokáže poradit se změnami, které se u něj začínají projevovat. Často má sebevražda demonstrativní charakter, kdy se člověk snaží upozornit okolí na sebe a své problémy, se kterými si neví rady. Extrémní formou je ovšem dokonaná sebevražda, která se manifestuje jako úniková reakce z nějaké tíživé životní situace.

U dětí a mladistvých se v případě sebevraždy uplatňuje impulzivní zkratkovité jednání, které souvisí s nedostatečnou rozvahou a zhodnocením situace. Jako prostředek sebevraždy se objevuje otrava léky, oběšení, skok z výšky, podřezání žil, skok pod vlak apod.

1.4 Prostituce

Tímto pojmem se manifestuje institucionalizovaná forma poskytování sexuálních služeb za úplaty nebo z jiných pohnutek. Průvodním projevem prostituce je promiskuita. Prostituce bývá nejčastěji ekonomicko- sociálně podmíněná, kdy poskytování sexuálních služeb tvoří základní nebo doplňkový zdroj příjmů, případně prostředek dosahování společenského úspěchu. U mladých žen bývá prostituce často nedobrovolná, kdy prostitutka je zneužívána pro dosažení nějakých cílů druhé osoby. Motivy, které vedou k prostituci, jsou různorodé,

uvádí se vliv špatných sociálních podmínek, chudoba, závislosti, snaha získat luxusní výrobky, vydobýt si společenské postavení.

Nejčastějším typem je prostituce heterosexuální, ale v současné době dochází k rozvoji prostituce homosexuální, kdy tuto službu poskytují mladí muži, často drogově závislí. Výjimkou bohužel není ani prostituce dětská.

V souvislosti s prostitucí se objevují i další společenské problémy, jako jsou vydírání, přenos pohlavních chorob, nechtěná těhotenství, AIDS, vznik závislostí, obchodování se ženami, kriminalita.

1.5 Patologie rodiny

Rodina je obvykle uváděna jako přirozené prostředí, které má na výchovu dítěte největší vliv. Její výchovná role je pokládána za nezastupitelnou. Rodina stále zůstává primární sociální skupinou v procesu socializace dítěte. Rodinu lze označit jako prostředí, do kterého se dítě rodí bez možnosti výběru. Z tohoto rodinného zázemí pak přejímá to, co mu bylo připraveno rodiči. Především v období raného dětství nemůže kvalitní působení rodiny nahradit žádná jiná instituce. Rodinné prostředí je ideálním místem pro stimulaci příznivého rozvoje dětí, zázemím, v němž prožívají pocity lásky, bezpečí, přátelství a důvěry.

V ideálním případě rodina zastává různé funkce, jako například biologicko-reprodukční, výchovnou, ekonomickou, emocionální, sociální, zdravotní a domestikální. Jestliže některé funkce přestanou být plněny nebo jsou plněny s obtížemi, vzniká rodina dysfunkční, případně afunkční. Toto prostředí pak nemůže splňovat podmínky pro správný vývoj dítěte.

Problémy, které se v současnosti stále více objevují na veřejnosti, jsou alarmující. Přibývá rozvrácených rodin, zanedbání povinné péče, týrání a zneužívání dětí, domácího násilí, patologických závislostí. V těchto případech pak rodina přestává plnit svoji společenskou funkci, dítě vyrůstá v nevhodném prostředí a to vše se odráží na jeho vývoji. Postižen bývá vývoj fyzický, psychický i sociální. Dítě nebo dospívající pak hledá svoji identitu jinde, dost často na nevhodných místech – různé party, sekty apod. Tyto patologické sociální skupiny pak uspokojují jejich potřebu úniku z dohledu dospělých osob, z dohledu nefunkční či patologické rodiny.

Mezi patologické rodiny lze zařadit rodiny s alkoholovou či drogovou závislostí, rodiny, kde se vyskytuje domácí násilí, syndrom CAN, rodiny s nízkou socializací, svým

způsobem by sem patřily i rodiny s příliš velkou zaměstnaností, kdy nezbývá čas na potřeby dítěte.

Rizikovým faktorem pro dítě je nepochybně i nepřítomnost rodičovské postavy v rodině. V rodině delikventně se chovajících mladých lidí chybí nejčastěji otec, a to vinou rozvodu nebo kvůli tomu, že s matkou dítěte nikdy nezačal žít. Chlapec pak postrádá vzor, s nímž by se mohl identifikovat, děvče postrádá model mužského chování, děti obojího pohlaví postrádají druhý (specifický) zdroj opory a druhou (specifickou) autoritu. Také matka dětí je více zatížena nároky výchovy než matka, která děti vychovává společně s manželem.“ (Matoušek, Kroftová, 1998, s. 45)

1.6 Agresivita a šikana

Agresivita u dětí a mládeže se vyvíjí v závislosti na výchovných schopnostech a citlivosti rodičů a dalších osob, se kterými přicházejí do styku. Náznaky agresivity se projevují poměrně brzy, když se dítě dostane do nějaké konfliktní situace. Je vedeno k omezení fyzické aktivity, musí respektovat příkazy a zákazy a plnit své povinnosti. Zde hrají značnou roli výchovné postupy. Jestliže dochází k nadměrnému užívání tělesných trestů, vzniká odpor ze strany dítěte nebo mladistvého. Dotyčný pak převezme tyto formy chování od svých rodičů a v budoucnosti se bude chovat také tak.

Pokud se v rodinné výchově vyskytuje hrubé násilí ve zvýšené míře, je považováno za predelikventní faktor. Kruté zacházení, bezcitná výchova, týrání, stálé ponižování, případně sexuální zneužívání vede k trvalému úzkostnému napětí a stupňující se agresi.

Růst agresivity dětí a dospívajících se spojuje se zanedbávající rodinou, s pocity nejistoty a s nedostatkem citového zázemí. V horším případě významnou roli hraje i přímá zkušenost s násilím mezi členy rodiny.

Šikana patří do kategorie agresivního chování. Jde o úmyslné konání namířené proti jinému člověku, kdy podstatou tohoto chování je útok proti lidské důstojnosti. Šikana může mít různé podoby, ale v každém případě se jedná o dlouhodobé ubližování, zastrašování a ponižování oběti agresorem. Agresivní jedinec se snaží získat nad slabším nějakou psychologickou, společenskou nebo hmotnou výhodu.

Věková hranice vzniku šikany se posouvá směrem dolů, takže s tímto patologickým chováním se může naše společnost setkat už v období mladšího školního věku. Další závažnější skutečností je, že přibývá bezohlednosti a brutality. Na rozvoji tohoto chování se spolupodílí i společenské klima, které je provázené změnami hodnot, rozpadem různých skupinových vazeb a rostoucím důrazem na jednotlivce.

2 Teorie sociálních deviací

Sociální deviace znamená porušení nebo odchylku od nějaké společenské nebo právní normy, které jsou v dané společnosti závazné. Norma je chápána jako něco, co je ve společnosti zvyklé a osvědčené, přípustné, správné a žádoucí. Každá společnost má své normy, které jsou výsledkem určité sociální kultury. Pro dodržování těchto sociálních norem existuje sociální kontrola, což je souhrnný název pro obranný systém sociálního útvaru. Každá společnost si vytváří svou vlastní sociální kontrolu. Její součástí jsou veřejně uznávané postupy sebeobrany, hodnocení závažnosti deviace, odměňování konformity a trestání.

Deviaci nelze ztotožňovat jen s trestnou činností, která je jednou z jejích forem, ale patří sem i protisociální chování, které má deviantní povahu. Studium sociální deviace se zabývá řada oborů, např. právní obory, etika, kulturní a sociální antropologie, a v rámci konkrétního oboru se rozlišují různé teorie vzniku deviací. Existují teorie jednofaktorové, které vycházejí z tvrzení, že sociálně deviantní chování je ovlivněno pouze jedním rozhodujícím faktorem, a teorie multifaktorové, které tvrdí, že deviantní chování je důsledkem působení řady faktorů. V zásadě lze rozlišit pět základních teorií sociálních deviací – teorie biologické, biosociologické, psychologické, sociologické a polyetiologické.

2.1 Biologické teorie

Biologické teorie patří mezi nejstarší teorie sociálních deviací. Spojuje je představa, že dědičné predispozice mohou způsobovat deviantní chování jedince. K tomu se samozřejmě mohou přidružovat i jiné vlivy, ale dědičnost je podle těchto teorií prvořadá. Znamená to, že pro takové deviantní chování není podstatná výchova ani sociální prostředí, ale biologická podstata člověka.

Jedním z vědců, který se zabýval touto teorií, byl Cesar Lombroso (1853 – 1909), italský lékař, jehož pozornost byla věnována analýze souboru vězňů, kdy poměřováním jejich lebek dospěl k závěru, že existují určité typy rodilých zločinců. Ti se odlišují od ostatních typickými fyziologickými znaky.

Dalším vědcem, zabývajícím se touto teorií, byl William H. Sheldon (1898 – 1977), který na základě Kretschmerovy typologie osobnosti vytvořil klasifikaci lidských typů, která patří k nejznámějším snahám o aplikaci různých typologií na deviantní chování. Podstatou Sheldonova výzkumu byly fotografie lidských těl z různých stran a na jejich základě dospěl

ke třem typům tělesné konstituce s rozdílným temperamentem i mentální úrovní. Prvním typem byl endomorfní typ tělesné konstituce, který je charakterizován oblostí tvaru a jsou mu přisouzeny znaky pohodlnosti, oblíbenosti jídla a pití, společenskosti a družnosti. Typ mezomorfní má výraznou svalnatou stavbu těla a vyznačuje se jednáním bez zábran, výbušností, agresivitou, extrovertní orientací, bezohledností a citovou labilitou. Poslední typ je ektomorfní, je představován jedincem křehké tělesné stavby a je pro něj charakteristická senzitivnost, bystrost smyslů, rychlá reakce, introvertní orientace a někdy mu chybí sebeovládání.

K biologickému pohledu na sociální deviace přispěl i výzkum v Dánsku, kdy byla analyzována trestná činnost souboru několika tisíc adoptovaných dětí, které i když nepřišly do styku se svými delikventními rodiči a byly vychovávány v náhradních sociálně přijatelných rodinách, dopouštěly se trestné činnosti.

2.2 Biosociologické teorie

Biosociologické teorie vysvětlují vznik deviantního chování kombinací biologických faktorů a vlivů vnějšího prostředí.

„Významnou osobností v tomto směru bádání byl Enrico Ferri (1856 – 1929), který vysvětloval zločin jako následek faktorů, které rozdělil do tří skupin. První skupinou jsou faktory antropologické (věk, pohlaví, organická stavba těla), do druhé skupiny patří faktory fyzické (etnikum, podnebí, klima) a třetí skupina zahrnuje faktory sociální (populační vývoj, migrace, zvyky, náboženství, právní normy a ekonomická situace). Podle Ferriho je zločinné chování souhrnem všech těchto faktorů, kdy jejich přítomnost určitého člověka přímo předurčuje k páchání trestné činnosti.“ (Komenda, 1999, s. 81)

Podle této teorie se zločinci dělí do pěti kategorií:

- rození zločinci (vrozené biologické dispozice)
- duševně nemocní zločinci (patologická motivace)
- zločinci ze zvyku (vrozené dispozice a vliv sociálního prostředí)
- zločinci z afektu (žárlivost, nenávisť)
- příležitostní zločinci (situační okolnosti)

2.3 Psychologické teorie

Pro tyto teorie je charakteristické, že vycházejí psychiatrické nebo psychoanalytické a behavioristické tradice. Z hlediska psychopatologie je deviace považována za nemoc, kterou je třeba léčit.

Psychoanalytická koncepce vychází především z učení Sigmunda Freuda (1856 – 1939), podle něhož je duševní život ovládán pudy (pud sexuální a pud destruktivní) a pokud je nějaký pud potlačován, může dojít ke konfliktu.

Z Freudovy struktury (id, ego, superego) vychází i teorie Richarda L. Jenkinse, který na základě výzkumů ustanovil existenci tří základních typů špatně uspořádané struktury psychiky osobnosti. První typ je charakterizován jako „nesocializovaný agresivní“, vyznačující se neposlušností, násilím a destruktivními sklony. Druhý typ – „socializovaný agresivní“ je méně nepřátelský, není tak agresivní, pohybuje se v anonymním prostředí a rád se dopouští záškoláctví, krádeží a dalších méně závažných trestných činů. Na rozdíl od prvního typu je u něho možná resocializace. Třetím typem je typ „úzkostný“, kterého představuje jedinec uzavřený, silně introvertně založený, který reaguje záchvaty úzkosti a strachu.

John Dollard je představitelem teorie frustrace a agrese. Pokusil se o integraci psychoanalýzy a behaviorismu. Jeho teorie je založena na faktu, že člověk má určité vrozené instinkty a ty ovlivňují jeho vývoj. Jestliže společenské prostředí, ve kterém jedinec žije, brání nebo potlačuje jeho svobodné vnitřní projevy, vyvolává to u člověka určitou frustraci, která se může uvolnit agresivním chováním. Tím pak dojde ke zklidnění jedince.

Někteří psychologové spojovali deviantní chování především se sociálním učením. Sociální učení je tak považováno za rozhodující prvek, vedoucí ke strukturované osobnosti. Výzkumy byly hlavně orientovány na násilí v rodině, na vliv násilí na děti a jejich pozdější chování. Tam, kde rodiče používali násilí při řešení sporů a konfliktních situací, děti přejímaly jejich vzorce chování a jednaly také tak.

Britský psycholog Hans J. Eysenck (1916 – 1997) vytvořil Eysenckův model osobnosti člověka, který vychází z poznatku, že psychologické vlastnosti vytvářejí určité syndromy, charakteristické pro určitý okruh lidí. Jeho členění ve dvou rovinách (extraverze – introverze a emoční labilita – stabilita) umožňuje vytvářet různé varianty osobnosti, které se pak mohou dopouštět deviantního chování.

2.4 Sociologické teorie

Sociologické teorie zdůrazňují v souvislosti se sociálně deviantním jednáním rozhodující vliv společnosti. Podle toho je deviace jev, který vzniká jako důsledek patologického sociálního prostředí, ve kterém jedinec žije. Sociologické teorie lze rozdělit do pěti základních typů:

Teorie sociální anomie – anomie je stav společnosti, kdy přestávají platit zákony. Označuje stav bezzákonnosti a bezuzdnosti nejen v právním, ale i v morálním smyslu, kdy přestávají platit dosud uznávaná pravidla soužití, která jsou chápána jako samozřejmá a předpokládaná. Do sociologie tento pojem zavedl Emil Durkheim (1858 – 1917), kdy jím označil nedostatečné sociální regulace ve společnosti. Sociální a individuální psychická rovnováha člověka závisí na míře jeho identifikace s určitým sociálním prostředím. Sociální je podle Durkheima oblast hodnot, norem, vzorů, pravidel, modelů chování, které člověku předepisují jeho sociální a životní orientaci, a individuální je charakterizováno subjektivními zájmy a potřebami, které mohou být optimálně uspokojovány jen v souladu s normativně stanovenými požadavky společnosti. Aby tento stav mohl nastat, musí být normy a hodnoty přesně stanoveny a dodržovány, v opačném případě nastává chaos, zmatek stav anomie, který vede k pocitu osamocení, strachu a odchýlnému jednání – např. anomické sebevraždě.

Teorie sociální dezorganizace – sociální dezorientace znamená podstatné narušení sociální organizace, sociálního řádu. Úplná sociální dezorganizace sice rozkládá sociální systém jako celek, ale nemusí rozkládat všechny jeho jednotlivé složky. Tato teorie je spojována s působením tzv. chicagské školy, kde základní sférou zájmu byla sociální ekologie. Podle stoupců tohoto učení (Florian Znaniecki, Robert E. Park) dochází k předávání norem určité subkultury v rámci určitých skupin (vrstevnických, sousedských, příbuzenských), takže prostředí takových vztahů pomáhá produkovat a uchovávat „kriminální tradice“. Pokud se takové jednání a chování stane součástí určitých kulturních vzorců, pak se přenášejí z generace na generaci a jedinci narození v sociálně dezorganizované zóně jsou vystaveni tlakům deviantního chování.

Teorie kulturního přenosu – tato teorie navazuje na teorii sociální dezorganizace. Podstatou je představa, že kriminální chování není zděděno, ale je naučené v procesu komunikace s druhými, v procesu socializace. V některých kulturách jsou sociálně patologické jevy prezentovány jako akt odvahy a hrdinství (např. výskyt vysoké sebevraždnosti v Japonsku). Proces kulturního přenosu je spojován především s rodinou,

protože člověk přijímá příslušné vzory chování hlavně od svých rodičů. Kriminogenní vzorce chování se však vyskytují hlavně v nižších společenských vrstvách.

Teorie sociální kontroly – sociální kontrolou se rozumí soubor opatření pro ochranu určitého sociálního systému. Mechanizmy kontroly se dělí na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní patří tzv. autokontrola (výčitky svědomí, pocit viny) a do vnějších se zahrnují různé sankce (tresty). Příčinou deviantního chování je absence této kontroly, selhávání kontrolních mechanismů. Navíc, pokud je tlak různých institucí, které mají regulovat individuální zájmy tak, aby se příliš neodchylovaly od zájmů celku, nedostačující, otevírá se prostor pro porušování norem a cesta pro deviantní chování.

Etiketizační teorie – etiketizace je proces označování, kdy postupem času jedinci přijmou toto označení za své a začnou se podle něj chovat. Označování určuje lidskou identitu, klady i zápory osobnosti. Restrukturalizace může proběhnout velmi rychle, člověk se změní podle „nálepků“ okolí a dojde i ke změně jeho osobnosti. Identitu jedince určují hlavně rodiče, takže dítě, které kolem sebe stále slyší, že z něho stejně nic nebude, že stejně skončí v kriminále, přijme roli člověka, který je k této dráze předurčen.

2.5 Polyetiologické teorie

V této teorii je monokauzální model nahrazován modelem multifaktorovým, což znamená, že se zde zdůrazňuje kombinace bio-psycho-sociálních příčin při vzniku deviantního chování. K představitelům tohoto přístupu patří manželé Glueckovi, kteří za hlavní příčiny delikvence považovali duševní zaostalost, charakterovou nestálost, deficitní rodinné prostředí a zlé přátele.

Současná věda zdůrazňuje dva typy příčin při vzniku deviantního chování:

- Endogenní příčiny

Jsou to všechny příčiny, které lze najít v osobnosti dotyčného člověka. Ty mohou mít povahu biologickou (faktory genetické) anebo psychologickou (faktory osobnostní vytvořené v průběhu vývoje).

„Dalším faktorem, který může přispět k deviantnímu jednání je syndrom lehké mozkové dysfunkce (LMD), dnes nazývaný jako syndrom hyperaktivity. Postihuje podle některých pramenů od 5 do 10 % populace (častěji chlapce než děvčata). Poslední poznatky dokazují, že projevy hyperaktivity nemizí v období dospívání, jak se dříve uvádělo, ale přetrvávají a mají charakter zvýšené impulzivity, agresivity, sníženého

sebehodnocení. Nové studie uvádějí, že 16 – 30 % mezi mladistvými trestanými tvoří právě hyperaktivní jedinci.“ (Kraus, Hroncová et al., 2007, s. 24)

Do endogenních příčin lze také zařadit dispozice psychopatického rázu, snížený intelekt a také pohlaví, deprivace syndrom, styl rodičovské výchovy, tělesné tresty a další příčiny, které ovlivňují vznik negativních rysů osobnosti.

- Exogenní příčiny

Jsou to příčiny, které jedince ovlivňují zvenčí. Hlavně se jedná o ty příčiny, které se objevují v prostředí rodiny. Rodina jako taková je považována za hlavního činitele, jenž svým případným selháním vede k deviantnímu chování potomků. Člověk si totiž odnáší z původní rodiny základní vzorce a modely jednání pro celý svůj život. V současné době lze nefunkční rodiny rozdělit do několika kategorií. Jednak rodiny, které nemohou vhodnou výchovu dětí zajistit z důvodů ekonomických, z důvodu nemoci nebo mimořádného časového zaneprázdnění, dále rodiny, které nezvládají výchovu dětí z důvodů rodičovských indispozic (snížené intelektové schopnosti) a konečně rodiny, které se na výchově dětí podílet nechtějí, kdy se jim dítě jeví jako překážka.

Dalším exogenním činitelem, který může ovlivnit vývoj deviantního chování je škola. V současné době se od školy očekává nejen funkce vzdělávací, ale i funkce výchovná. Někteří rodiče si myslí, že by škola měla určitým způsobem suplovat jejich selhávající výchovné působení na dítě. Současné cíle školy by se daly shrnout do několika základních bodů: vyváženost mezi sociálním a individuálním rozvojem žáka, respektování individuálních rozdílů, akceptování národnostních zvláštností, vyrovnání podmínek pro znevýhodněné žáky a vybavení člověka takovými dovednostmi a vlastnostmi, aby byl schopen rozhodovat o své budoucnosti. Plnění těchto cílů komplikuje často školský systém a sama škola jako instituce. Učitelé nejsou dostatečně připraveni na práci s problémovými žáky a školy se málo angažují v souvislosti s trávením volného času mládeže. A to je pro vznik deviantního chování zásadní.

Pro vznik deviantního jednání mají, zvláště v období dospívání, zásadní roli také vrstevnické skupiny. Většina trestné činnosti, jako vandalství, konzumace alkoholu a drog, drobné i větší přestupky proti právnímu řádu, se odehrává převážně v různých seskupeních mladistvých. Party se stávají jakýmsi zázemím hlavně pro děti z dysfunkčních rodin. Skupinové mínění, snaha předvést se před kamarády dávají podnět k závadnému chování.

Často diskutovaným činitelem, zvláště v poslední době, se stávají média. O jejich vlivu na socializaci mládeže jistě není pochyb. V médiích přibývá násilí, nejen fiktivního,

ale i skutečného, a to může zanechat negativní důsledky na vyvíjející se dětské psychice. Dítě často ještě nedokáže odlišit fikci od skutečnosti a shlédnuté záběry pak přenáší do reálného života ve formě násilí, zvýšené agresivity, šikany apod.

Mezi další vnější příčiny lze zařadit vliv lokálního prostředí, kdy více patologických jevů se objevuje v městském prostředí, nebo celospolečenské klima, jako je stav a úroveň legislativy, fungování kontrolních orgánů státní správy, hodnotový systém ve společnosti aj.

„Nakonec ještě třeba dodat, že deviantní chování je často řetězcem různých konkrétních deviací, z nichž jedna vyvolává další. Na počátku stojí např. chudoba spojená s nezaměstnaností, kterou lze pokládat za společenskou deviaci, od ní se pak odvíjí trestná činnost, prostituce, k tomu přistupuje alkoholismus, či jiné závislosti a nakonec takový člověk končí sebevraždou.“ (Kraus, Hroncová et al., 2007, s. 29)

3 Delikvence a kriminalita jako společenský problém

Delikvence a kriminalita patří k závažným sociálně patologickým formám chování a v současnosti představují nejen celospolečenský, ale i globální problém lidstva. Počet delikventů stoupá a zároveň se snižuje jejich věk. Současně stoupá brutalita, objevují se nové formy násilí a organizovaného zločinu.

„Pojem kriminalita pochází z latinského „crimen“, což znamená provinění nebo zločin. Představuje souhrn trestných činů, které spáchali jedinci, trestně odpovědní za své jednání. Patří sem trestná činnost spáchaná úmyslně nebo z nedbalosti. Většina trestných činů je nebezpečná pro společnost i pro jedince. Stupeň nebezpečnosti každého takového činu je uveden v Trestním zákoně.“ (Kraus, Hroncová et al., 2007, s. 30)

Jedním z kriminologických pojmů ve vztahu k mládeži je pojem kriminalita mládeže. Jde o porušení trestně-právních norem určitou částí mladých lidí. Z právního hlediska se posuzuje věk mladých lidí, a to 15 – 18 letých, ale i mladších, což je kategorie pubertální a postpubertální mládeže, která se už nedá považovat za děti, i když zákon jim ještě nepřisuzuje status mladistvých. Od tohoto dělení se potom odvíjí i výše trestu.

Delikvence znamená porušování práva, zákona. Jde o širší pojem než je kriminalita. Do delikvence spadají i různé přestupky, porušování sociálních norem apod. Delikvent zpravidla neuznává dané normy společnosti, má k nim záporný vztah a vědomě je porušuje.

3.1 Příčiny delikvence a kriminality

V současnosti se zdůrazňuje bio-psycho-sociální podstata osobnosti člověka a za potenciální činitele vývoje jeho osobnosti v kladném, ale i záporném směru, se považují vnitřní i vnější faktory, které na daného jedince působí od narození. Hůře korigovatelné jsou ovšem faktory vnější. Analýzou vnitřních příčin se zabývají obory jako psychiatrie, psychopatologie, forenzní psychologie a i jiné vědy. Vnější příčiny zkoumá sociologie, kriminologie, sociální patologie, sociální pedagogika a sociální práce.

3.1.1 Vnitřní příčiny

Vnitřní příčiny spočívají v osobnosti delikventa. Představují určité predispozice k páčání trestné činnosti, které mohou být určitým způsobem vrozené, nebo získané následkem choroby či úrazu. Tyto predispozice se snáze rozvíjejí v psychopatologickém prostředí.

Mezi nejrizikovější predispozice se podle dosavadních výzkumů zařazuje psychopatie. Jde o duševní odchylku, která je trvalou součástí osobnosti jedince. Projevuje se jako porucha některé stránky osobnosti, zejména citové stránky, nálad, vůle nebo charakteru. Tyto osobnostní rysy jsou stále přítomné, ale ne vždy musí být na první pohled nápadné. K jejich zhoršení dochází při stresu, v kritických obdobích života, v pubertě nebo i ve stáří. Na vzniku psychopatie se podílí dědičnost, společenské prostředí, typ výchovy, případně další neznámé faktory. Psychopati bývají nadměrně nejistí, přecitlivělí, hysteričtí, chorobně zahloubaní do sebe. Někdy se u nich objevuje porucha vývinu vyšších citů a morálky. V tomto případě se jedná o psychopaty anetické, kteří se právě dost často objevují mezi delikventy a pachateli trestných činů. Ovšem na rozdíl od jiných psychických poruch mají tito jedinci schopnost rozeznat své chování jako společensky nežádoucí.

Mezi další psychické poruchy, která ovlivňují vznik delikventního chování, patří psychózy. Jde o těžké duševní onemocnění, při němž nemocný člověk ztrácí kontakt se skutečností. Vnímá ji jinak, hodnotí ji jinak a proto se u něho objevuje i jiné chování. Tato ztráta kontaktu s realitou souvisí s halucinacemi a bludy, pod jejichž vlivem se nemocný člověk může dopouštět pro okolí zcela nepochopitelných činů. Psychotik je ovšem vnímá v souladu se svým vnímáním světa. Příčiny psychóz jsou většinou neznámé, mohou spočívat v biochemických pochodech v mozku, nebo mohou být vyprovokovány nějakými chemickými látkami, např. drogami. K nejčastějším psychózám patří schizofrenie, maniodepresivní psychóza a paranoia.

Geneticky podmíněnou poruchou, která se projevuje snížením intelektu, nižší sebekritičností a neschopností zvažovat následky svého jednání, je mentální retardace, neboli oligofrenie. Jedná se o duševní zaostalost, která postihuje celou osobnost se zvláštním postižením rozumových schopností. Rozvíjí se od dětského věku. Příčinou bývá poškození a onemocnění mozku, kretenismus z nedostatečné funkce štítné žlázy, Downův syndrom, poškození plodu prenatálně nebo perinatálně. Podle stupně postižení se dělí na debilitu, imbecilitu a idiocii. Tito lidé sice nemívají větší sklony k páčání trestných činů, ale jejich

snížený intelekt jim brání objektivně chápat důsledky svého nevhodného jednání. Bývají také velmi lehce ovlivnitelní a mohou být pro delikventní chování zmanipulováni jinými osobami.

Zákon porušují i jedinci s lehkou mozkovou dysfunkcí. Toto postižení se projevuje trvalým neklidem, změnami nálad, vysokou impulzivitou a nedostatečnou pozorností. Postihuje hlavně mužské pohlaví. Příčiny mohou být opět prenatalní nebo perinatální.

K vnitřním predispozicím se řadí i faktor pohlaví, kdy muži představují rizikovější skupinu než ženy. Význam je připisován vyšší vrozené agresivitě mužů a odlišnému způsobu výchovy. Podle Matouška – Kroftové, před soudem stojí 6 krát více mužů než žen a ve výkonu trestu je poměr mužů a žen 30 : 1 . (Matoušek, Kroftová, 1998, s. 34)

3.1.2 Vnější příčiny

Největší význam ze skupiny vnějších příčin je připisován dysfunkční rodině. Tou je rodina, která neplní své základní funkce, mezi které patří funkce výchovná, ekonomická, emocionální, domestikační a sociální. Dítě, které se narodí do sociálně patologického prostředí takové rodiny, si postupem času osvojuje asociální chování, stává se těžko vychovatelným a zvladatelným, začíná mít problémy nejen doma, ale i ve škole. Většina delikventů vyrůstá v rizikových rodinách, kde se nachází kombinace více negativních činitelů jako je výskyt trestanosti rodičů, alkoholismus, drogová závislost, prostituce, domácí násilí, nedostatky ve výchově, minimum rodičovského zájmu o děti a emočně chladné prostředí. Taková rodina není schopna zajistit osvojení autoregulačních systémů chování a jednání u sebe ani u svých dětí. Ohrožené rodinné prostředí vyžaduje pomoc a intervenční zásahy ze strany společnosti prostřednictvím zařízení výchovné prevence, aby se předcházelo deviantnímu vývoji dětí a mládeže.

K činitelům, které mohou svým působením ovlivnit mnohé sociálně patologické jevy a kriminalitu mládeže, patří škola. Ta by měla zastávat nejen funkci vzdělávací, ale i výchovnou. Týká se to všech typů školských zařízení, počínaje těmi předškolními. Určitá role školy je v procesu socializace jedince nezbytná. Ve většině škol je výuka upravena pro socializační působení. Děti jsou nenásilnou formou vedeny k tomu, aby se staly aktivními členy společnosti, aby uznávaly společenské normy, aby si osvojily žádoucí stereotypy chování, aby se podílely na fungování své školy. Děti z patologických rodin ovšem v tomto procesu socializace často selhávají. Nedokáží se podřídit pravidlům školního řádu, vytvářejí si vlastní hodnotové preference, narušují vyučovací proces a stávají se agresivními vůči

ostatním žákům, někdy i vůči učitelům. Následné negativní reakce ze strany školy vedou mladé delikventy k záškoláctví, útekům, šikaně a vyhledávání jiných delikventních vrstevníků.

Delikventní vrstevnické skupiny mají na páchání kriminality velký podíl. Vliv těchto skupin na jedince z asociálního prostředí je velmi významný, protože potřeba kladného přijetí skupinou je u nich silnější než u dětí s dobrým rodinným zázemím. Páchání trestné činnosti se stává podmínkou přijetí do skupiny.

„Aby se předcházelo vzniku negativních skupin, je nutné přijmout tyto opatření: dostatek příležitostí na společenské a individuálně pozitivní aktivity, usměrňování volnočasových aktivit dítěte od útlého dětství, vybudování správných postojů k volnému času jako významné hodnoty, rodiče musí mít přehled o tom, s kým a jak dítě tráví volný čas.“ (Kraus, Hroncová et al., 2007, s. 41)

Mezi další vnější faktory, které ovlivňují vznik delikvence a kriminality, lze zařadit vliv masmédií, nedostatky v legislativě, nárůst ekonomické kriminality, průnik mezinárodního zločinu do naší republiky, nárůst nezaměstnanosti, ekonomickou krizi, nízkou sociální kontrolu, nedostatek možností na pozitivní trávení volného času a rozpad tradičních norem chování.

4 Delikvence a kriminalita romské menšiny

Velká migrace obyvatelstva ve velkých městech s sebou přináší soustředování kriminálně závadných osob, z nichž specifickou skupinu tvoří osoby romského původu.

Po roce 1989 se mnohé v životě Romů změnilo, stejně jako v majoritní společnosti. Romové se stali svébytnou národnostní menšinou se všemi právy, která menšinám v České republice náleží. Část Romů začala hledat svoji identitu a rozvíjet svoji kulturu. Svoboda získaná v listopadu 1989 má však i svoji druhou stránku, která představuje vysokou nezaměstnanost Romů. Ta je důsledkem nízké kvalifikace romské menšiny, předsudků ze strany zaměstnavatelů a ztráty dosavadních sociálních jistot. Výsledkem všech těchto skutečností je nárůst romské kriminality.

Trestná činnost Romů je závažným celospolečenským problémem. Část romského obyvatelstva je společensky nepřizpůsobivá a páchá trestnou činnost, pro niž jsou typické trestné činy a přečiny jako loupeže, rvačky, výtržnosti, ublížení na zdraví, pohlavní zneužívání, prostituce, pašování, okrádání podnapilých osob a kapesní krádeže.

Trestnou činnost páchají Romové většinou organizovaně ve skupinách, což klade zvýšené nároky na usvědčování pachatelů a dokazování trestné činnosti.

Třebaže převýchově a integraci romského obyvatelstva věnuje společnost mimořádnou pozornost, resocializace této části obyvatelstva se neubírá takovým tempem, jak se očekávalo. Většinové společnosti není lhostejná skutečnost, že zatímco se jedna část romského obyvatelstva zapojila do pracovního procesu, vykazuje příslušný stupeň pracovní a osobní disciplíny, etiky, morálky a kultury, druhá část se snaží využívat poskytovaných výhod, žít příživnickým způsobem života na úkor celé společnosti, páchat závažnou trestnou činnost a ohrožovat mravní výchovu vlastních dětí a mládeže vůbec.

4.1 Romové jako etnicky odlišná skupina

Osoby, které jsou odlišné, jsou obtížněji akceptovány a často právě proto získávají nižší sociální status. Odlišnosti vyvolávají v lidech nejistotu a další nepříjemné pocity. Odmítání se proto jeví jako nejjednodušší způsob, který představuje únik z nepříjemné situace.

Příslušníci minoritních skupin jsou tzv. sociokulturně handicapováni, protože se odlišují identitou, stylem života apod. Majoritní společnost usiluje o to, aby se jí lidé z minoritních skupin přizpůsobili a aby se odlišnost snížila na minimum. Tento proces se nazývá integrace.

Integrace je výsledkem učení na kognitivní i emotivní úrovni. Podobným procesem učení a z něho vyplývajícími změnami ovšem musí procházet i společnost, v níž sociokulturně odlišní jedinci žijí. To znamená, že podmínkou úspěšné integrace je změna postojů majoritní společnosti. Převažující postoje majoritní společnosti k Romům jako etnické skupině jsou negativní. Jednak jde o důsledek špatné zkušenosti z dřívějších dob a jednak o neochotu přijmout a tolerovat skupinu s odlišnými hodnotami a jiným, často rušivým, stylem života.

Společným znakem všech romských subetnik je organizovanost podle jednotlivých rodů a jejich distance až uzavřenost vůči majoritní společnosti. Jejich tradiční kultura, zvyky a odlišný způsob života jsou tak svébytné, že jsou určitou překážkou integrace a pro většinovou společnost stále zůstávají nepřizpůsobivými spoluobčany. Romové v České republice patří mezi skupiny, které jsou nejvíce postižené sociálním vyloučením, a to se všemi negativními důsledky.

4.2 Postavení Romů ve společnosti

Soužití odlišných kultur a národů na jednom geografickém prostoru je vždy komplikovanou záležitostí, která sebou přináší řadu problémů. Konkrétní podoba soužití s majoritní společností je přitom ovlivněna řadou faktorů, např. historií vzniku takového soužití, podobou a rozlohou místa, kde spolu odlišné etnické skupiny žijí a také mírou jejich odlišnosti.

Hlavním současným problémem v soužití české populace s minoritami je otázka vztahu k romské menšině. Tak jako v historii tak ani v moderní době romské komunity nepřijaly většinový životní styl a s ním spojené hodnoty, zejména ve vztahu k majetku. Romové sice byli donuceni zanechat kočování a sestěhovat se do nově budovaných sídlišť, ale očekávané přizpůsobení jejich životního stylu normám majoritní společnosti však nenastalo. Toto násilné odtržení Romů od jejich tradičních způsobů života a obživy naopak vedlo k nárůstu kriminality.

Mezi největší současné problémy romské menšiny ve společnosti patří otázka bydlení, vzdělání a zaměstnanosti.

Romský způsob bydlení je charakteristický především způsobem, jakým Romové byt užívají. Život celé rodiny nebo komunity se totiž soustřeďuje do jedné místnosti. Velká porodnost a typická romská pohostinnost vedou často k nápadnému přelidňování těchto bytů.

Další charakteristikou pro Romy je tzv. vybydlování bytů, což v praxi znamená značné zdevastování bytu, případně domu, v relativně krátké době tak, že je nutná rekonstrukce nebo dokonce demolice objektu.

S bydlením úzce souvisí i spokojenost nebo nespokojenost se sousedy. V praxi to znamená, že čím mají sousedé mezi sebou více konfliktů, tím méně jsou spokojení a soužití majoritní a minoritní populace se jeví jako problematické. Je možné, že tato skutečnost je dána i určitou xenofobní orientací české majoritní společnosti, která byla v lidech pěstována po desetiletí života v totalitním režimu. Zcela určitě ale existují i jiné důvody nesnášenlivosti ve vzájemném soužití a bydlení romských a neromských rodin.

„Majoritní sousedé si při výběru bydliště udržují větší odstup od svých romských sousedů, což s sebou nese i odstup v sociálních kontaktech. Pokud bydlí v těsné blízkosti, vnímají soužití jako konfliktní a nejsou s ním spokojeni. Naproti tomu pro jejich romské sousedy není prostorová blízkost pro konflikty rozhodující a v soužití s majoritními sousedy jsou Romové spokojenější.“ (Navrátil et al., 2003, s. 112)

Mezi hlavní příčiny vzájemných sousedských konfliktů bezesporu patří konkrétní problémy v domě, jako jsou nepořádek, hluk, spory, jiný způsob života. Romové ovšem spíše připisují hlavní příčinu konfliktů nepřátelství ze strany majoritních sousedů, nesnášenlivosti, nadávkám a projevům rasismu.

Dalším závažným problémem romské populace je jejich odlišný vztah k výchově a vzdělání. Co se výchovy týče, romské matky se zaměřují více na aktuální potřeby svých dětí. Zajímají se zejména o pocity dětí, co ony chtějí nebo nechtějí. Dá se říci, že spokojenost potomků je pro ně na prvním místě. Majoritní matky naproti tomu více dbají o konkrétní výchovu dětí. Snaží se, aby jejich děti převzaly od svých rodičů hodnoty a vzorce chování, které zastávají oni sami, používají k tomu metody nápodoby, odměn a trestů, různá pravidla.

Podobně odlišný je postoj romských a neromských rodičů ke škole a vzdělávání. Zatímco majoritní rodiče jsou více zaměřeni na výkon svých dětí ve škole, zajímají je školní výsledky a snaží se dětem pomáhat s přípravou na vyučování, pro romské rodiče je nejdůležitější, jak se jejich dítě ve škole cítí. Nepřikládají takový význam výkonům dítěte ve škole, pro ně jsou prioritní vztahy, jaké panují ve třídě a ve škole vůbec. Také nevěnují takovou pozornost školní přípravě, protože ta je podle nich v kompetenci dětí samotných a jejich učitelů.

„Jeden z faktorů školní zralosti je vztah k autoritám. Ten předpokládá, že dítě chápe a respektuje asymetrický vztah, kdy učitel je osoba, která udává pravidla a řád. Je to autorita, kterou musí všichni poslouchat.“ (Navrátil et al., 2003, s. 127)

Pro dítě, vychovávané ve fungující majoritní rodině, je toto pravidlo přirozené a pochopitelné. Odvíjí se od toho, co se dítě v rodině naučilo, jaká pravidla a vzorce chování převzalo od svých rodičů. Romské děti jsou doma vychovávány jinými výchovnými metodami, než jaké učitelé při výuce spontánně využívají. V romské rodině existuje přísná hierarchie vztahů, ale hlas každého má svou váhu. Děti se nebojí říci spontánně svůj názor bez vyzvání, což může být během vyučovacího procesu chápáno jako drzost a neposlušnost. Proto také aktuální nespokojenost dítěte ve škole může vyvolat negativní hodnocení učitelů ze strany romských rodičů a nezájem o školu ze strany dětí.

S otázkou vzdělání úzce souvisí i otázka zaměstnanosti Romů. Jejich tradiční řemesla už téměř vymizela a hudbou se užívá jen malý zlomek romské populace. Většina Romů, pokud pracují, si vydělává na své živobytí hrubou fyzickou prací a ti, kteří nepracují, žijí ze sociálních dávek. V nejkvalifikovanějších profesích je zastoupení Romů velmi malé. Nezaměstnanost je u nich většinou dlouhodobá a odhaduje se na 70 – 85 procent, což je pro romskou populaci katastrofický stav. Tato situace totiž na ně působí demotivačně, demoralizuje je a kriminalizuje je.

Co je hlavní příčinou vysoké romské nezaměstnanosti? Příčin je několik. Patří sem malá poptávka po nekvalifikované práci, chybně nastavený systém sociálních dávek, stížnosti zaměstnavatelů na slabou pracovní morálku, stížnosti spolupracovníků na nespolehlivost romských zaměstnanců a v neposlední řadě i diskriminace při přijímání Romů do zaměstnání. Zaměstnavatel, který hledá novou pracovní sílu, raději Roma odmítne, než by si ověřil jeho schopnosti a solidnost, případně si vyžádal pracovní posudek z předešlého zaměstnání.

Nezaměstnaný člověk pak žije zahálčivým způsobem života a prostředky k obživě a další své životní potřeby uspokojuje nejčastěji protizákonnými praktikami. Mezi ně patří žebrání, prostituce, drobné krádeže, obchod s drogami, ale i závažnější trestná činnost. Tím vším se ale averze a předsudky vůči Romům jako komunitě ze strany majoritní společnosti zvyšují a upevňují.

4.3 Specifika romské kriminality

Kriminalita romské mládeže je ve srovnání s kriminalitou neromské mládeže několikanásobně vyšší. Především se jedná o kriminalitu majetkovou. Typickým znakem kriminálního chování Romů je, že se na majetkovém prospěchu podílí zpravidla celá rodina, která mu v rámci solidarity vytváří prostředí, v kterém je trestný čin a následný výkon trestu

jednou z možností, jak zaujmout místo v hierarchii postavení. Tím se romští delikventi a pachatelé trestných činů odlišují od delikventů majoritní společnosti, kteří jsou naopak společností odsuzováni a často i izolováni.

Některé trestné činy, např. krádeže, doprovází určitá míra vandalismu, která se téměř nevyskytuje u kriminality neromské. V praxi jde o to, že často vedlejší škody způsobené vloupáním mnohdy převyšují cenu zcizené věci a znamenají i ohrožení veřejnosti. Jedná se především o krádeže barevných kovů, které jsou součástí elektrických vedení nebo drážních zařízení. Nezřídka pachatelé při krádeži ohrožují i svůj život kvůli materiálnímu zisku.

Mezi další delikty, na kterých se podílejí mladiství Romové, patří mravnostní kriminalita, jako pohlavní zneužití, znásilnění, prostituce a kuplířství. Například pasáctví je jedním z nejrozšířenějších typů kriminální obživy v romském prostředí. Pasáci jsou často členové rodiny, kteří takto obchodují se svými dcerami, sestrami, případně partnerkami. Mimo tyto romské ženy ovšem patří do skupiny jejich prostitutek i ženy z majoritní společnosti, často oběti únosů, zavlčení nebo obchodu s lidmi.

„Specifickým rysem romské kriminality je i vysoká míra zapojení dětí do kriminálních aktivit, a to zejména do aktivit gangů, které ve velkoměstech okrádají chodce a cestující v hromadné dopravě nebo páchají v sídlech jakékoli velikosti domovní krádeže. Bylo zaznamenáno mnoho případů, při nichž byly spolupachatelé vloupání děti předškolního věku, které díky malé postavě snadněji prolezou mřížemi a sklepními okny než dospělý.“ (Matoušek, Kroftová, 1998, s. 142)

Romská kriminalita představuje velký problém pro celou společnost, protože mravně i duševně ničí romský národ. Menšinová komunita se totiž utvrzuje v názoru, že je-li někdo vězněn, je to normální a znamená to určitý postup vzhůru v romské hierarchii hodnot.. Navíc je kriminalita téměř výlučně namířena proti majoritní společnosti, a tím roste i nenávisť proti romským obyvatelům. Otázka integrace Romů do většinové společnosti je tak nadále velkým problémem pro budoucí generace. Romové musí pochopit, že svým způsobem chování a jednání nemohou ničit podmínky životního stylu většiny občanů a příslušníci majoritní společnosti by měli tolerovat individuální i skupinovou odlišnost nejen Romů, ale i jiných minoritních skupin.

5 Drogové závislosti jako společenský problém

Jedním z nejzávažnějších společenských problémů dnešní doby je otázka drogových závislostí. K nárůstu problémů vyplývajících z užívání ilegálních drog, jejich výroby, pašování a prodeje došlo po roce 1989. Spolu s otevřením hranic se naše republika stala tranzitní zemí sloužící k převozu ilegálních drog, hlavně heroinu a kokainu do zemí západní a severní Evropy. V posledních letech se ale Česká republika stává i spotřebitelskou zemí, do níž směřují zásilky drog ze zahraničí. Současně s tím vzrostla i trestná činnost, která s drogami souvisí, např. majetková trestná činnost, výroba a šíření drog. Také se výrazně snižuje věková hranice jak uživatelů návykových látek, tak pachatelů kriminální činnosti s drogami související. Zároveň do ilegálního obchodu s drogami pronikly mezinárodní organizované gangy.

Nebezpečnost této problematiky tkví v tom, že vzrůstá nabídka a pouliční dostupnost drog. Jsou dokonce známé restaurace a kluby, kde se dá návyková látka bez problémů koupit. S tím ovšem úzce souvisí rozšíření počtu uživatelů a snížení věkové hranice lidí, kteří s drogou experimentují poprvé. Místem takového prvotního setkání s drogou je nejčastěji rockový koncert, diskotéka, domácí párty, ale také škola.

5.1 Charakteristika závislostí

„Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických (emočních, kognitivních a behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky.“ (Vágnerová, 1999, s. 289)

Drogová závislost může být psychická nebo somatická. Psychická závislost je duševní stav vzniklý podáváním drogy, který se projevuje různým stupněm přání požívat drogu. Jestliže jde o čistě psychickou závislost, nedostaví se po vysazení drogy žádné tělesné abstinенční příznaky. Naopak tělesná závislost je stav, kdy se organizmus droze přizpůsobil a zahrnul ji do svého metabolismu podobně jako např. cukry, tuky a škroby. Organizmus, který je tělesně závislý na droze, ji potřebuje a na přerušení jejího přísunu reaguje poruchou, která se označuje jako abstinенční příznak.

Drogy jsou omamné látky, které mění stav člověka různými způsoby. Získávají se buď z rostlin nebo se vyrábějí synteticky. Motivací k užívání drogy může být např. potřeba vyřešit nějaký problém, uvolnění zábran nebo napětí, dosažení příjemných pocitů, které dotyčný

narkoman nedokáže navodit jiným způsobem. Silnou motivací pro užívání drogy bývá i potřeba patřit do určité skupiny lidí, snaha o odstranění sociální izolace, případně potřeba akceptování jedince okolím.

Užívání drog se prezentuje různými příznaky. Mezi ně patří:

- silná touha nebo nutkavý pocit užívat návykovou látku
- problémy se sebeovládáním
- nárůst tolerance na užívanou drogu
- zanedbávání zájmů a volnočasových aktivit
- abstinenční syndrom
- pokračování v konzumaci i při jasném důkazu negativních následků
- změna osobnosti
- hubnutí
- změna přátel
- ztráta zájmu o studium nebo práci
- zhoršení celkového vzhledu
- změna hodnotového systému
- lži, rozpačité chování
- problémy se zákonem – krádeže, vydírání, žebrání, vyhrožování

Jestliže u závislého člověka dojde k přerušení přísunu návykové látky, po určité době nastupuje abstinenční syndrom. Jde o soubor odvykacích příznaků, které jsou různé a většinou velmi nepříjemné. Projevy syndromu jsou individuální a patří sem neklid, pocení, změny tělesné teploty, bolesti, křeče, zvracení, průjmy apod.

5.2 Legální drogy

Legální drogy jsou návykové látky, které jsou volně dostupné a společnost je v určité míře toleruje.

5.2.1 Alkoholismus

Alkohol patří mezi nejstarší a také nejrozšířenější drogy na světě. Vzniká kvašením ovoce nebo obilovin. V historii i v současnosti plnil a plní řadu funkcí, např. používá se jako nápoj i lék, zlepšuje náladu, odbourává stres, zvyšuje sebevědomí, napomáhá k lepší komunikaci, je součástí různých oslav a obřadů.

Alkoholismus je celospolečensky nebezpečný jev. Z hlediska jedince nadměrné a dlouhodobé pití poškozuje zdraví – podmiňuje onemocnění jater, výskyt vysokého krevního tlaku, působí na centrální nervový systém a trávicí systém, vede ke vzniku psychických onemocnění. Z hlediska celospolečenského se podílí na zvýšeném výskytu trestné činnosti, častějších úrazů, dopravních nehod a v neposlední řadě je častou příčinou narušení sociálních vazeb, ať už v rodině, v sousedství nebo na pracovišti. Zvláště nebezpečný je ovšem alkohol pro děti, kdy u nich rychle vyvolává velmi silné intoxikace. Dá se říci, že pro dětský organismus je alkohol životně nebezpečný i v malém množství.

„Jako bezpečná dávka pro zdravého dospělého člověka, podle údajů Světové zdravotnické organizace, se uvádí 20g lihu na den (to představuje 0,5 l piva nebo 2 dcl vína), přičemž tyto údaje je třeba interpretovat individuálně. Existuje určitý rozdíl i z hlediska pohlaví (u mužů až 25 g, u žen naopak asi 16 g) . Velmi nebezpečný může být u žen v období těhotenství. U dětí alkoholiků se až u 25 % objevuje mentální postižení.“ (Kraus, Hroncová, 2007, s. 83)

Alkoholová závislost se vyvíjí postupně a rozlišují se 4 etapy:

- počáteční stádium – jde o experiment, poznání pocitu euforie a dochází k postupnému zvyšování frekvence pití i zvyšování dávek
- varovné stádium – přetrvává i několik let, objevuje se častěji podnapilost, klesá sebekontrola jedince a objevují se výpadky paměti – tzv. „okénka“
- rozhodné stádium – vzrůstá tolerance, člověk přechází k tvrdším formám alkoholu, dostávají se fyzické i psychické problémy, mění se osobnost jedince
- konečné stádium – jde už o stav úplné závislosti, snižuje se odolnost vůči požívanému alkoholu, vznikají abstinenční příznaky, nastupuje degradace a celkový úpadek člověka

Konzumace alkoholu má za následek množství závažných změn v chování. I malé dávky snižují úsudek a koordinaci. Nízké až střední dávky zvyšují výskyt agresivního chování. Vysoké dávky alkoholu mohou způsobit až smrt. Rizikovou skupinou z hlediska konzumace alkoholických nápojů jsou děti a mladiství. Jejich játra odbourávají alkohol pomaleji, i malé množství může vyvolat těžkou otravu a závislost se u nich rozvíjí rychleji. Z praxe vyplývá, že čím mladší jedinci pijí alkohol, tím větší je riziko pozdějšího přechodu na jiné drogy.

„Řada výzkumů ukazuje, že přes 60 % školní mládeže přichází do styku s alkoholem, přičemž k prvním kontaktům dochází již často v období předškolním a nejfrekventovanějším prostředím, kde přichází dítě do styku s alkoholem, je rodina (rodinné oslavy). Uvádí to 46 % respondentů.“ (Kraus, Hroncová, 2007, s. 85)

5.2.2 Tabakismus

Tabakismus patří také k velmi rozšířenému a společensky tolerovanému typu závislosti. Tabák je společně s alkoholem nejdostupnější návykovou látkou, u které nejsou účinky tak náhlé a působení na zdraví člověka je dlouhodobějšího charakteru. Alarmující je v současnosti skutečnost, že se snižuje věk uživatelů tabáku, dokonce kouří i děti na 1.stupni základní školy. U školní mládeže je kouření ještě rozšířenější než alkohol, je znakem „dospělosti“ a u mnohých jedinců se už v tomto věku rozvíjí závislost. Přitom závislost na nikotinu patří k nejsilnějším a nejhůře léčitelným závislostem.

„V našem výzkumu středoškoláků se ukazuje, že stejně jako u alkoholu naprostá většina (89 %) si přináší zkušenosti s kouřením ze ZŠ. Zajímavé je, že první kontakty s cigaretou uvádějí respondenti ve značné míře ještě dříve než s alkoholem. Třetina uvedla, že k tomu došlo ještě před desátým rokem věku.“ (Kraus, Hroncová, 2007, s. 87)

Kouření přináší spoustu negativních účinků na organismus a je jednou z nejčastějších příčin onemocnění dýchacích cest. Jedná se zejména o astma, chronický kašel, záněty horních a dolních cest dýchacích, rakovinu hrtanu a plic. Kouření se dále významnou měrou podílí na vzniku srdečních potíží, jako jsou angina pectoris, infarkt myokardu, hypertenze. Zhoubnější účinky má kouření u žen a samozřejmě u dětí a dospívající mládeže.

Kuřáci se dají rozdělit do několika typů:

- příležitostný kuřák – kouří jen za dané situace, např. ve společnosti
- pravidelný kuřák – kouří ze zvyku, např. u kávy
- kuřák s psychickou závislostí – pro pocit uklidnění, uvolnění
- kuřák s psychickou a fyzickou závislostí – při absenci se dostávají abstinenční příznaky jako bolest hlavy, nervozita, bušení srdce apod.

Jak jsem již psala výše, alarmující je nejen to, že klesá věk, kdy jedinec prvně zkouší kouřit, ale i ta skutečnost, že tabák se v poslední době stává tzv. doplňkovou drogou, což v praxi znamená, že řada mladistvých po určité době závislosti na nikotinu přechází na jiný typ návykové látky, nejčastěji na některou z nelegálních drog.

5.3 Nelegální drogy

Nelegální drogy jsou psychoaktivní látky s různým účinkem na organismus, tyto látky jsou u nás zákonem zakázány. Jedinec, který takové drogy vyrábí a distribuuje, se dopouští protiprávního jednání a může být trestně stíhán.

5.3.1 Halucinogeny

Halucinogeny jsou látky, které vyvolávají stavy excitace, změny nálad a vnímání. Většinou nevedou k výrazné biologické závislosti, ale hrozí zde riziko závislosti psychické. U závislých jedinců může docházet ke stavům zhoršeného sebeovládání nebo zvýšené impulzivity, což může mít za následek např. vznik kriminálního chování.

Mezi halucinogenní drogy patří LSD, což je syntetická droga, u které se velmi rychle rozvíjí závislost. Tato droga se v minulosti stala symbolem hnutí hippies.

Další halucinogenní drogou je trip, který se objevil počátkem 90.let minulého století. Jedná se o „papírky“ napuštěné drogou LSD. Vzhledem k malému množství napuštěné látky, droga většinou nevyvolává halucinace, ale jen stavy euforie, případně lehké poruchy vnímání. Trip je „společenská“ droga, která se užívá hlavně při setkávání mládeže.

U českých mladých toxikomanů je oblíbená i další halucinogenní látka – psilocybin, který obsahují houby lysohlávky. Konzumují se jejich hlavičky v sušené nebo naložené podobě. Obliba této drogy v poslední době stoupá. Jejich nebezpečí tkví v předávkování, podobně jako u jiných drog, protože se u těchto houbiček ne vždy odhadne „bezpečné“ množství.

5.3.2 Opiáty

Opiáty jsou látky, které vyvolávají celkový tělesný a duševní útlum, zklidnění, uvolnění a tlumí bolest. Projevem jejich užití je stav omámení, porušená koordinace a zpomalené reakce. Při jejich chronickém užívání se objevuje výtok z nosu, vodnaté oči, hubenost a bledost. Patrné také bývají vpichy po injekčních jehlách, protože tyto drogy se užívají hlavně nitrožilně. Rizikem těchto drog je předávkování a smrt při zvyšujících se dávkách, protože uživatel často nezná kvalitu drogy. Navíc tyto látky vyvolávají rychle psychickou i fyzickou závislost s velmi těžkými abstinenčními příznaky. Typická je ztráta zájmů, narkoman se zabývá pouze tím, jak sehnat další dávku drogy, uchyluje se ke kriminalitě, je agresivní. Vzhledem k nitrožilnímu užívání zde hrozí zvýšené riziko přenosu žloutenky HIV.

Klasickým představitelem opiátů je heroin. Jde o tvrdou drogu s nejvyšším rizikem tělesné závislosti. Uživatelé heroinu si rychle vypěstují tělesnou toleranci, potřebují stále vyšší a vyšší dávky a tím také více peněz, protože tato droga je určena pro bohatší klientelu. Heroinismus se pokládá za nejtěžší toxikomanii.

Mezi opiáty dále patří kodein a morfin. Jde o drogy, které se vyrábějí ze šťávy z nezralých makovic. Tyto látky se využívají i v medicíně, protože tlumí bolest a uklidňují. Ale i tak u nich hrozí riziko rychlé fyzické závislosti.

5.3.3 Stimulační drogy

Čelní místo mezi drogami zauímají právě drogy stimulační. Tyto látky navozují pocit fyzické i mentální síly, pak nastupuje emoční labilita. Někdy je narušeno i vnímání.

Do této skupiny drog patří česká specialita pervitin, dále pak amfetamin, efedrin, kokain a crack. Jsou to různobarevné tablety a prášky, které se užívají kouřením, šňupáním, polykáním, případně injekčně. Tato stimulantia působí povzbuzení tělesné i duševní, zvyšují bdělost, mírní únavu a chuť k jídlu. Vyšší dávky vyvolávají potřebu překotné činnosti, úzkost, neklid, nespavost. Typická bývá i náladovost, hádavost a agresivita. Po odeznění účinku se dostavuje skleslost, ospalost, deprese a vyčerpání. Velmi vysoké dávky mohou způsobit srdeční selhání.

Užití drogy se projevuje zvýšeným pocením, suchem v ústech, zvýšením krevního tlaku, rozšířením zornic – mydriázou. Při déletrvajícím užívání se u narkomanů objevují další zdravotní komplikace, jako chronická rýma, krvácení z nosu, u kokainu proděravění nosní přepážky. Stimulantia vedou ke vzniku hlavně psychické závislosti, která vyžaduje častější frekvenci užívání.

Velmi rozšířenou drogou mezi mládeží je tzv. diskotéková droga – extáze. Na tanečních akcích se prodávají různé neúčinné nebo naopak nebezpečné náhražky. Extáze zvyšuje krevní tlak a pulz, způsobuje sucho v ústech, závratě, zrychlenou srdeční akci. Užití této drogy vede k poruchám termoregulace organismu a zvýšení tělesné teploty, což někdy vyvolává vážné komplikace v podobě přehřátí, dehydratace a následnou smrt.

Pervitin se řadí v našich poměrech na první místo. Jako všechny ostatní stimulanty pomáhá odstraňovat únavu, vytváří pocit zvýšené výkonnosti, ale na druhé straně vyvolává závažné duševní onemocnění, tzv. toxickou psychózu spojenou se vztahovačností, pocitem ohrožení a pronásledováním. Protože pervitin je často vyráběn podomácku, bývá znečištěn různými příměsemi, což zvyšuje jeho nebezpečnost a infekčnost.

Kokain se řadí mezi přírodní drogy, listy rostliny *Erythroxylon coca* žvýkali již staří Inkové. Čistý kokain se využíval i v medicíně. Užití kokainu je nejčastěji šňupáním nebo injekčně. Vyvolává výraznou a trýznivou psychickou závislost. Jeho účinek je ale krátkodobý, což vede k častějšímu užití a tím ke zvýšení rizika závislosti. Třebaže se mu přezdívá „droga umělců“, užívání vede k celkové postupné psychické destrukci organismu.

5.3.4 Těkavé látky

K nebezpečným drogám patří i těkavé látky, což jsou chemikálie v podobě ředidel, rozpouštědel, barev, čisticích prostředků apod. Užívají se čicháním výparů. Těkavé látky vyvolávají psychický útlum, poruchy vnímání, uživatelům páchne látka z dechu, bývají zasnění. Mají ospalé vzezření, rozšířené zornice, zarudlé oči. Mezi další příznaky patří bolesti hlavy, poruchy spánku a soustředěnosti, zhoršení paměti a otupělost. Postupně vzniká poškození mozku, hlavně při čichání toluenu, a poruchy dalších orgánů jako jsou játra, plíce a ledviny, což může vést až k jejich selhání a následné smrti. Také riziko předávkování je zde vysoké, protože se nedá jednoznačně určit „bezpečné“ množství látky.

Těkavé látky jsou poměrně lehce dostupné, proto jsou častěji zneužívány mladistvými a dětmi. Jejich organismus je však méně odolný, proto závislost může vznikat rychleji a také zde hrozí rychlejší selhání některých orgánů nebo předávkování.

5.3.5 Tlumivé látky

Jsou to syntetické látky, které byly vyprodukovány farmaceutickým průmyslem jako léky s tlumivými a uklidňujícími účinky. Využívají se ve zdravotnictví, mají být podávány pod lékařským dozorem, ale některé lze získat i bez lékařského předpisu, a tak může dojít k jejich zneužití. I u těchto léků hrozí nebezpečí vzniku závislosti.

Do této skupiny návykových látek patří léky proti bolesti – analgetika, léky na spaní – hypnotika, léky na uklidnění – anxiolytika a sedativa, léky proti depresím – antidepressiva. Vyvolávají celkový tělesný a duševní útlum, jejich projevem je zpomalené myšlení a řeč, apatie, ospalost a náladovost. Velmi nebezpečné je spojení léků a alkoholu, kdy může dojít až ke kolapsu organismu a smrti.

V současné době, s rozšiřujícím se sortimentem jiných drog, hlavně u mladé generace klesá zájem o tyto návykové látky.

5.4 Rizikové faktory ovlivňující vznik závislosti

Naskytá se otázka, kde hledat příčiny rostoucí obliby drog u mládeže. Je jisté, že základ je v rodině a ve výchově. I rodiny plně funkční se mohou ve výchově dopouštět závažných chyb. Dnešní rodina je vystavena velkému ekonomickému a společenskému tlaku, který nutí rodiče trávit v zaměstnání stále více času a děti jsou značnou část volného času bez dozoru.

Výchovu dětí a mladistvých pak v lepším případě doplňuje škola a různé zájmové organizace, v tom horším případě party a dětské gangy. Větší problémy se pak samozřejmě objevují u sociálně slabých rodin.

Při určování faktorů, které vedou ke zkoušení, pravidelnému užívání nebo závislosti, se vychází ze skutečnosti, že každý člověk je osobnost bio-psycho-sociální a tím pádem jedinečný a neopakovatelný. A závislým se v podstatě může stát kdokoliv z nás.

Podle Urbana (1973, s. 29) existují čtyři faktory, které vedou ke vzniku drogové závislosti u člověka. Jsou to:

- Faktory farmakologické (droga) – droga je látka, která vyvolává psychickou a fyzickou závislost. Nejdostupnější a nejrozšířenější drogy jsou u nás cigarety a alkohol. Spolu s marihuanou většinou představují začátek závislosti na tvrdých drogách.
- Faktory somatické (osobnost) – mezi rizikovou skupinu uživatelů drog se řadí lidé s nějakou poruchou osobnosti. Jde hlavně o neurotiky, osoby se slabou vůlí nebo osoby, které nedokážou přiměřeně řešit problémy a hledají před nimi únik. Nejrizikovější skupinou jsou ovšem děti a mladiství, jejichž osobnost se teprve vyvíjí. A právě na ně se orientují drogoví dealéři. Riziko spočívá v tom, že čím je nižší věk osoby experimentující s nějakou návykovou látkou, tím se závislost rozvíjí rychleji.
- Faktory environmentální (prostředí) – hlavní úlohu zde hraje prostředí rodiny. Pokud se dítě nebo mladistvý setkává s přítomností nějaké drogy v rodinném prostředí, je velká pravděpodobnost, že bude následovat příkladu rodičů. K negativním faktorům patří také špatné vztahy v rodině, nedostatek citových vazeb, autoritativní nebo liberální typ výchovy, citová deprivace. Pokud selhává rodina, dítě nebo mladistvý hledá uspokojení svých potřeb jinde, např. v různých partách. Tlak vrstevníků bývá v tomto případě velmi silnou motivací, mladý člověk se jim chce vyrovnat, chce být jedním z nich.
- Faktory precipitační (podnět) – podle Urbana (1973), aby člověk užil drogu, musí existovat nějaký podnět, spouštěč. Pro děti je podnětem k vyzkoušení návykové látky nejčastěji zvědavost, nuda, problémy ve škole nebo snaha někoho napodobit. Mladistvý sáhne po droze pod vlivem vrstevnické skupiny, při problémech s dospíváním, pro pocit okusit něco nového. Někdy si mladiství drogou uměle zvyšují sebevědomí nebo odvalu.

„Když se zeptáte mladých lidí, kteří užívají drogy, proč to dělají, zjistíte, že: chtějí rebelovat nebo šokovat lidi, chtějí riskovat, je to zábava, je to podmínka vstupu do party, je to součást volného večera pro dospělé, chtějí vypadat sterší a zkušenější, chtějí uniknout tlaku života v dnešní moderní společnosti, nudí se a k drogám se dá lehkou dostat.“ (Novotný, 1995, s. 22)

5.5 Prevence vzniku drogových závislostí

V posledních letech je drogová situace v České republice velmi podobná ostatním evropským zemím. Na jedné straně se rapidně nezvyšuje počet nejrizikovějších, nitrožilních, uživatelů tvrdých drog, ale na druhé straně vzrůstá počet uživatelů marihuany a tzv. tanečních drog. Na rozdíl od ostatních evropských států je u nás relativně dobrá situace v počtu uživatelů drog nakažených virem HIV. Alarmující je ovšem nárůst infekcí hepatitidou C.

Prevence znamená předcházení nežádoucím jevům a problémům – v tomto případě jde o předcházení drogovým závislostem. Podle Krause a Hroncové (2007) se prevence dělí na tři základní typy:

- primární (univerzální) prevenci – je zaměřena na osoby, které ještě nemají zkušenosti s návykovými látkami. Jejím cílem je ochránit jedince před kontaktem s drogou a zabezpečit mu dostatek informací o následcích případné závislosti. Důraz se klade na působení rodiny, školy, zájmových sdružení a médií.
- sekundární (zaměřenou) prevenci – je cíleně zaměřená na ohrožené osoby, které již přišli do kontaktu s nějakou návykovou látkou. Snahou sekundární prevence je vrátit jedince do původního stavu a zamezit vzniku závislosti. Týká se hlavně osob, kteří s drogou experimentují a hrozí riziko, že nad drogou ztratí kontrolu. Realizace tohoto typu prevence spadá do působnosti psychologických, zdravotnických, sociálních a edukačních pracovníků.
- terciární (indikovanou) prevenci – představuje činnost zaměřenou na recidivu drogových závislostí u osob, které prošli léčbou. Cílem je předcházet zhoršování stavu a komplikacím. Tato prevence je poskytována odbornými pracovníky resocializačních zařízení.

Drogovou problematikou se zabývá i politika našeho státu (viz příloha č.1). Státní politika se v rámci drogové závislosti zaměřuje na několik oblastí:

- prevence – jejím úkolem je předcházet problému, vytvořit takové společenské klima, které by zamezilo vzniku drogové závislosti. Základem je, aby děti a mladiství smysluplně využívali volný čas a aby si vytvořili správný žebříček hodnot. Stát musí také podporovat rodinnou politiku, protože správně fungující rodinné zázemí vytváří podmínky pro formování osobnosti člověka, jeho názorů a postojů.
- péče o drogově závislé – týká se především těch, kteří mají snahu řešit svůj problém se závislostí, to znamená, že se chtějí léčit a vyléčit, případně těch, kterým byla léčba soudně nařízena. Smutnou skutečností však je, že u nás existuje jen málo léčeben. Kritická je

situace u nezletilých narkomanů. Ti jsou většinou umístováni do psychiatrických léčen, odkud se vracejí po velmi krátké době zpět do škol a do svých part. Jejich vnímání osobního problému je omezené, většinou umístění do léčebny berou jako formu trestu.

- V poslední době se zvyšuje pomoc závislým osobám na ulici, kdy je obcházejí dobrovolníci (streetworker) a nabízejí jim pomoc, případně jim vyměňují použité stříkačky.
- oblast represe – jedná se o zákonné normy, které řeší obchod s drogami, výrobu a zneužívání omamných látek.

Zvláštní důraz v systému preventivních aktivit je třeba věnovat drogové prevenci na školách a v rodině. Tato prevence musí být komplexní a systematická, se zaměřením hlavně na prevenci primární. Mnohé školy už zařadily své minimální preventivní programy do vyučovacího procesu, v rámci výuky se snaží u dětí a mladistvých formovat myšlenku zdravého životního stylu a rozvíjet schopnost žáků s drogami žít, ale nepodlehnout jim. Nezbytná je spolupráce s rodiči žáků a studentů, stejně tak s vybranými zařízeními, jako jsou zařízení zdravotnická, volnočasová, policie apod. Pokud je učitel nebo rodič postaven před problém, který není schopen řešit, např. sociálně patologické chování dětí, závislosti nebo výchovné problémy, je třeba požádat o spolupráci instituci nebo zařízení, které je pro nápravu uzpůsobeno. Sem patří pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče, ambulance odborného psychologa, poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, speciální poradenská centra pro drogové a jiné závislosti a další. Náprava drogové závislosti u dětí a mladistvých musí cílená a systematická, protože jde o závažný problém, který může nenapravitelně poškodit zdraví a osobnost jedince.

Z výsledků šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR vyplývá, že se v ČR v roce 2009 ambulantně léčilo asi 42 600 uživatelů návykových látek (viz následující tabulka).

Pacienti (podle psychoaktivní látky a pohlaví v ambulantních zařízeních)

Psychoaktivní látka	Muži	Ženy	Celkem
Alkohol	17.314	7.979	25.293
Tabák	1.038	570	1.608
Opiáty a opioidy (z toho heroin)	3.156 (2172)	1.429 (883)	4585 (3055)
Kanabinoidy	1.235	385	1.620
Sedativa a hypnotika	956	1.273	2.229
Kokain	52	21	73
Stimulanty (z toho metamfetamin)	2.914 (2.415)	1.189 (915)	4.103 (3.330)
Halucinogeny	159	18	177
Prchavá rozpouštědla	71	8	79
Kombinace drog	1.941	548	2.489
Jiné	223	133	356
Ilegální drogy celkem	10.707	5.004	15.711
Celkem	29.059	13.553	42.612

Zdroj: www.uzis.cz

Z uvedených skutečností je patrné, že drogová problematika patří k palčivým otázkám současné společnosti. Je třeba stále hledat cesty jak v oblasti prevence, tak v oblasti řešení následků zneužívání drog. Základ účinného preventivně-výchovného působení zůstává v koordinované a systematické spolupráci tří základních socializačních činitelů – rodiny, školy a společnosti.

5.6 Programy a zařízení pro drogově závislé

Snahou všech, kteří se podílejí na prevenci drogových závislostí, je snaha pomoci co největšímu počtu dětí a mladistvých odolat nabídce návykové látky a v každé situaci umět drogu odmítnout.

Podle Nešpora, Pernicové a Csémy (1999, s. 91-92) má efektivní program pro závislé splňovat tato kritéria:

- odpovídá věku
- je malý a interaktivní
- zahrnuje podstatnou část dětí a mladistvých
- bere do úvahy místní specifika
- využívá pozitivní modely
- zahrnuje legální i nelegální návykové látky
- zahrnuje i snížení dostupnosti návykových látek
- je soustavný a dlouhodobý
- je prezentovaný kvalifikovaně a důvěryhodně
- je komplexní
- počítá s komplikacemi a nabízí možnosti jejich zvládnutí
- dětem a mladistvým se zvýšeným rizikem se poskytuje pomoc cíleně s ohledem na jejich individuální potřeby
- spolupracuje s dalšími organizacemi a rodiči
- zahrnuje i relaxační techniky a zvládání stresu
- zahrnuje i včasnou pomoc pro problémy s návykovými látkami
- pokračuje dlouhodobě

Zařízení, určená pro toxikomany, mají různé požadavky a nároky na klienta. Největší míru dostupnosti má streetwork. Je dostupný všem závislým osobám na ulici, v jejich sociálním prostředí. Jedná se o terénní práci, která má na jedné straně pomoci uživatelům drog a na druhé straně ochránit společnost. V praxi tato práce zahrnuje výměnu a distribuci zdravotnického materiálu, jako jsou čisté stříkačky, dezinfekce, kondomy apod., dále streetworkeri poskytují informace o účincích drog, infekčních chorobách a dalších komplikacích užívání návykových látek. Součástí terénní práce je i poskytování testů na infekční choroby a možnost zdravotního ošetření v rozsahu, který jim podmínky na ulici umožňují.

Dalším zařízením pro drogově závislé jsou kontaktní centra neboli K-centra. Jsou určena pro klienty s minimální motivací k léčbě. Cílem jejich činnosti je zejména snižování zdravotních a sociálních rizik uživatelů drog. Součástí kontaktních center bývají krizové telefonní linky, kde je jim i anonymně poskytnuto základní poradenství.

Stacionáře pro drogově závislé nabízejí možnost ambulantní léčby pro motivované klienty a zároveň poskytují poradenství pro jejich rodinné příslušníky. Sem přicházejí hlavně

klienti, kteří jsou nějak motivováni k léčbě a nemají výrazné somatické nebo psychické problémy. Činnost stacionářů je zaměřena zejména na individuální nebo skupinovou psychoterapii.

Léčebny pro drogově závislé patří mezi zdravotnická zařízení, která se zaměřují na intenzivní léčbu. Většinou jsou součástí psychiatrických léčeben. Mezi klienty patří drogově závislí, kteří mají výrazné somatické, psychické nebo psychiatrické komplikace. V těchto zařízeních probíhá hlavně detoxikace organismu, mírnění abstinčních příznaků a léčba komplikací.

Na dlouhodobou léčbu závislostí se orientují terapeutické komunity. Pobyty v nich trvají od 8 měsíců do 2 let. Při léčbě se využívá psychoterapie, ergoterapie, režimová terapie, psychosociální výcvik a relaxace. Činnost terapeutických komunit je zaměřena i na spolupráci s rodinou drogově závislého.

Posledním zařízením jsou doléčovací centra, která poskytují následnou péči. Protože drogová závislost je v podstatě chronické onemocnění, je třeba, aby na léčbu navazovala následná péče, jejímž cílem je podpora a udržení abstinence a obnovení sociální integrace klienta.

Situaci v oblasti prevence a pomoci drogově závislým v Plzni dokládá následující tabulka.

Seznam všech cílů a opatření

Cíl 1: Udržet existující služby v závislosti na poptávce a možnostech Města a poskytovatelů	
Sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	
Opatření 1.1	Kontaktní centra (včetně sociálně zdravotních služeb a krizové pomoci) Aktuální stav: nedostatečná personální kapacita
Opatření 1.2	Služby následné péče Aktuální stav: nedostatečná personální kapacita
Opatření 1.3	Terénní programy Aktuální stav: nedostatečná personální kapacita (TCP)
Opatření 1.4	Terapeutické komunity Aktuální stav: nedostatek lůžek
Opatření 1.5	Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež Aktuální stav: nevyhovující prostory, nedostatečná personální kapacita
Opatření 1.6	Chráněné bydlení Aktuální stav: nedostatek lůžek
Nová opatření pro rok 2010	
Opatření 1.7	Sociální rehabilitace Aktuální stav: nedostatečná personální a technická kapacita, zájem

	o spolupráci Města při získávání zakázek
Opatření 1.8	Telefonická krizová pomoc Aktuální stav: ohrožení nepřetržitého provozu pro nedostatek peněz
Opatření 1.9	Odborné sociální poradenství - Drogové poradenství ve vazební věznici Aktuální stav: nedostatečná personální kapacita
Návazné služby	
Opatření 1.10	Primární prevence Aktuální stav: uspokojováno cca 30 % poptávky
Opatření 1.11	Mediační služby Aktuální stav: udržet
Cíl 2: Zajistit komplexní a návaznou síť služeb pro všechny kategorie osob ohrožených závislostí	
Sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	
Opatření 2.1	Zřízení koedukovaného chráněného bydlení pro osoby po absolvované léčbě závislosti (muži, ženy, matky s dětmi) Aktuální stav: nejsou zrekonstruovány prostory pro matky s dětmi
Opatření 2.2	Zřízení koedukované terapeutické komunity určené i pro matky s dětmi ohrožené drogovou závislostí Aktuální stav: neexistuje
Opatření 2.3	Rozšíření poradenských služeb pro klubovou scénu Aktuální stav: rozšířeno
Návazné služby a opatření	
Opatření 2.4	Zřízení ambulantního programu léčby a poradenství pro děti, mládež a rodiny uživatelů drog Aktuální stav: specializované pracoviště neexistuje, služba je částečně poskytována v rámci poradenství a terénních služeb, NNO nemají kapacitu na rozjezd nového programu
Opatření 2.5	Zajištění substituční léčby s psychosociálním programem Aktuální stav: chybí už jen prostory (v rekonstrukci)
Opatření 2.6	Podporované zaměstnávání a chráněná pracovní místa s možností rekvalifikace Aktuální stav: viz sociální rehabilitace
Nová opatření pro rok 2010	
Opatření 2.7	Informační kampaně o službách - připravován banner na portále Města, zveřejňování dalších informací o službách (zpravodaje, Radniční listy)

Zdroj: www.mpplzen.cz

6 Gamblerství jako společenský problém

Gamblerství neboli patologické hráčství se řadí mezi další závažné společenské problémy, se kterými se naše společnost potýká. Jeho nebezpečnost tkví v tom, že navzdory zákonným opatřením – zákon zakazuje provozování hazardní hry na výherních automatech osobám mladším 18 let - mu propadá stále větší množství mladistvých a dětí.

6.1 Charakteristika patologického hráčství

Hra jako taková je jednou z přirozených činností člověka. Provází ho celým životem, je nezbytná k duševní relaxaci. Hra plní funkci pohybovou, poznávací, emocionální, motivační, diagnostickou, ale i fantazijní, terapeutickou, sociální a pedagogickou.

Zlom nastává v okamžiku, kdy rozhodnutí o hře přestává záviset na svobodném rozhodnutí člověka, stává se neodbytným a nutkavým a v této chvíli se dá mluvit o začínající závislosti. Hra ztrácí většinu svých pozitivních funkcí a stává se nebezpečím pro osobnost jedince. U gamblera se zvyšuje tolerance na hru, neustále zvyšuje vklady, aby dosáhl určitého účinku, dochází ke ztrátě kontroly nad hrou a hra mu začíná narušovat sociální vztahy. Protože většina patologických hráčů nemá dostatek prostředků na financování své vášně, opatřují si je nelegálním způsobem, nejčastěji majetkovou trestnou činností.

6.2 Faktory vzniku závislosti

Podobně jako u drogových závislostí se u gamblerství na vzniku podílejí faktory bio-psycho-sociální povahy. Z následujících faktů vyplývá, že i u patologického hráčství jde o multifaktoriální jev, který může významným způsobem narušit osobnost člověka. Vzhledem k tomu, že u dětí a mladistvých je osobnost ještě ne zcela vyvinuta, patří mezi nejohroženější skupinu.

6.2.1 Biologické faktory

Biologické neboli somatické faktory jsou podobné jako u jiných závislostí. Svou roli tu hraje určitá genetická predispozice, která postihuje část naší populace. Co se týká pohlaví,

ohroženější skupinu tvoří muži. Medicínské studie poukazují na nedostatečnou funkci centra blaženosti v mozku, na vyšší hladiny hormonu noradrenalinu a naopak nedostatek hormonů štěstí – endorfinů.

„Chemie mozku není rozhodně jedinou příčinou. Mozky lidí se za posledních pár roků nezměnily, ale závislých hráčů přibýlo, protože se neobyčejně zvýšila dostupnost hazardních her.“ (Kraus, Hroncová, 2007, s. 156)

6.2.2 Psychologické faktory

Podle psychologů neexistuje vyhraněný typ osobnosti, typický pro vznik této závislosti. Existují ale osobnosti s vyššími predispozicemi, které zvyšují pravděpodobnost, že se člověk závislým stane. Nejvíce ohroženou skupinou jsou děti a mladiství, u kterých se teprve osobnost formuje, dále osoby emočně nestálé, psychicky labilní, jedinci, kteří mají nedisciplinované postoje k životu nebo nedostatečnou odolnost vůči zátěži a stresu.

Dá se říci, že patologické hráčství svým způsobem patří k civilizačním chorobám, kterým je vystaven prakticky každý člověk v současné společnosti.

6.2.3 Sociální faktory

Jedním z nejvýznamnějších sociálních faktorů je bezesporu dostupnost různých forem hazardních her. K nejnebezpečnějším druhům patří výherní automaty. Přístup k nim mají často i děti a mladiství. Tyto automaty jsou nejčastěji umístěny v podnicích, kde se konzumuje alkohol, jako jsou různé herny, bary a restaurační zařízení, a právě konzumace alkoholu zvyšuje riziko patologického hraní.

Dalším sociálním faktorem je rodinné prostředí. Většinou se mladí gambleři rekrutují z patologických rodin, kde jsou nějakým způsobem narušené rodinné vztahy, vážné nedostatky ve výchově nebo emočně chladné prostředí. Rizikovou skupinu tvoří děti zanedbávané, děti z ekonomicky slabších rodin, které si myslí, že si hrou mohou zlepšit svoji finanční situaci a děti z rodin, kde se tato forma závislosti už objevila u jejich rodičů.

Významnou roli při vzniku gamblerství mají i vrstevníci. Většina patologických hráčů byla ke hře motivována právě přáteli a známými, často ve spojení s konzumací alkoholu, tabáku, případně marihuany.

6.3 Stádia patologického hráčství

Začínající nebo rozvinutá závislost na patologickém hráčství se dá také orientačně zjistit pomocí různých testů (viz příloha č. 2).

Podle Krause a Hroncové (2007) se v souvislosti s patologickým hráčstvím dráha hráče rozděluje do třech stádií:

- stádium výher – hra začíná nenápadně, nepřináší větší problémy. Časté jsou fantazie o velké výhře a neštěstím, které celý průběh urychluje, je skutečná výhra. Hráč touží vyhrát znovu, zvyšuje vklad a hraje častěji. Vzrůstá jeho sebevědomí a postupně nachází potěšení v hernách, kde tráví stále více času.
- stádium proher – zde se již většinou jedná o patologické hráčství. Postižený myslí už jen na hru, na to, jak si opatřit finanční prostředky ke hře, a s hrou nedokáže přestat. Své jednání skrývá před rodinou a známými, půjčuje si peníze a k druhým se začíná chovat bezohledně. Splácení dluhů neustále odkládá a půjčuje si větší a větší částky.
- stádium zoufalství – zde se závislý odcizuje rodině i přátelům, v rodině se objevují vážné potíže. V tomto stádiu se hráč začíná dopouštět závažnějších trestných činů jako jsou krádeže, podvody apod. Řada hráčů se hrouť, někteří propadají jiným závislostem (alkohol, drogy), jiní se pokusí o sebevraždu.

6.4 Prevence patologického hráčství

Zanedbávání preventivních opatření a nedůsledné uplatňování možných sankcí poškozuje mravní zrání dětí a mládeže a toto poškození má mnohem širší sociální důsledky, než duševní porucha chorobného hráčství.

Vzhledem k vyššímu výskytu příznaků patologického hráčství u mladistvých, je třeba zaměřit zvláštní pozornost na tuto věkovou kategorii, která je v současné době v největším ohrožení.

Podle Krause a Hroncové (2007) se prevence dělí na tři typy: primární, sekundární a terciární.

6.4.1 Primární prevence

Její úkolem je předcházet vzniku závislosti. Je zaměřená na celou populaci a má probíhat ve více rovinách:

- úroveň jednotlivce – zahrnuje opatrnost ve vztahu k hazardní hře. Jednotlivec by neměl hrát a měl by před hazardem varovat i své okolí.
- úroveň rodiny – zde jsou nejdůležitější takové hodnoty, jako důvěra, kvalitní mezilidské vztahy, pozitivní příklad rodičů, posilování zdravého sebevědomí dětí a mladistvých, vhodné volnočasové aktivity, dostatek informovanosti o hazardních hrách, spolupráce se školou nebo odborníky. Pokud se v rodině objeví náznaky gamblerství, je třeba je řešit co nejdříve a energicky.
- úroveň školy – je potřeba začlenit problematiku gamblerství, stejně jako jiných závislostí, do preventivních programů školy. Tuto úlohu většinou zastává koordinátor prevence, který spolupracuje s ostatními pedagogy. Prevence by měla být kontinuální a přizpůsobená různým věkovým kategoriím. Škola by měla vychovávat ke zdravému způsobu života, nabízet pozitivní alternativy trávení volného času dětí a mládeže, orientovat se na vytváření postojů a názorů, které žákům pomohou řešit problémy bez závislostí.
- úroveň sdělovacích prostředků – média by neměla propagovat hazardní hry, naopak by měla nabízet lepší možnosti trávení volného času. Ve sdělovacích prostředcích by se měly pravidelně objevovat debaty týkající se nebezpečí gamblerství.
- úroveň společnosti – účinnou prevencí zahrnuje snižování dostupnosti hazardních her. To je možné pomocí zákonů, pomocí omezení určitých druhů hazardních her a jejich důsledným dodržováním. Současně je nutná spolupráce různých složek společnosti – rodičů, školy, úřadů, zdravotnictví, médií, zájmových a sportovních organizací mládeže, poraden, policie aj. V ideálním případě jsou pak děti a dospívající koordinovaně ovlivňováni z mnoha stran.

6.4.2 Sekundární prevence

Tato prevence je zaměřená na jedince, kteří již s hazardní hrou experimentují, ale ještě se u nich nerozvinula závislost. Podstatou je včasné podchycení problému a zajištění odborné pomoci, aby k rozvoji závislosti nedošlo.

6.4.3 Terciární prevence

Terciární prevence je součástí resocializačního procesu u závislých, kteří si sami nedokážou pomoci, nebo kteří již prošli léčbou a chtějí se začlenit do normálního života.

Hlavním úkolem je zabránění recidivy. Do kompetence terciární prevence patří poradenství, krizová centra a linky telefonní pomoci. Ve všech typech pomoci jde o koordinaci zdravotnických a sociálních pracovníků. Jednotlivé formy služeb by měly tvořit vzájemně propojenou síť, aby pomoc byla co nejkomplexnější.

7 Sebevražda jako sociálně patologický jev

Na rozdíl od ostatních demografických procesů, kdy je úmrtí výsledkem dlouhodobého působení způsobu života, sociálních podmínek a zdravotního stavu, dochází k sebevraždě rozhodnutím člověka.

Pod pojmem sebevražda se rozumí dobrovolný úmysl jedince ukončit svůj život. S tím souvisí cílevědomě zaměřené jednání vedoucí ke smrti. Lidé individuálně reagují na různé podněty a stresové situace, jejichž charakter a intenzita může vést až k extrémní reakci člověka, k sebevraždě.

Sebevražedné jednání je ovlivněno věkem, protože v různých životních etapách se projevují různé krizové situace, které jedinec často nedokáže řešit jinak než ukončením svého života.

Podle Vágnerové (1999) jsou sebevraždy dětí vzácné, jejich četnost stoupá až po desátém věku života. Většinou jde o zkratkovitou reakci, o výraz strachu nebo o pokus uniknout trestu. Mezi rizikové faktory v tomto věku patří problémy ve škole, potíže v rodinných vztazích nebo nemožnost změnit prostředí, ve kterém jsou závažné nedostatky.

„V období adolescence člověk rozvíjí svou vlastní identitu, hledá její uspokojivý obsah. Aby toho dosáhl, musí se osamostatnit z dřívějších vazeb a na určitou dobu potlačit význam dosud jednoznačně platných hodnot. V této době se může snadno dostat do situace, kdy se cítí bezradný, neschopný najít přijatelný smysl vlastní existence. Často jde o důsledek neuspokojivých mezilidských vztahů a osobních problémů.“ (Vágnerová, 1999, s. 250)

Dospívající často volí dobrovolný odchod ze života z pocitu vlastního selhání, pokud se potká s nějakou závažnou životní situací a nedokáže ji adekvátně řešit. Některé sebevražedné pokusy jsou spíše jakýmsi voláním o pomoc, kdy jedinec trpí pocitem osamělosti, nedostatkem opory a určitou zranitelností.

Celosvětově sebevražednost stoupá a to právě hlavně mezi mladistvými a dospívajícími.

Podle Vágnerové (1999) se tendence k sebevraždě obvykle rozvíjí po určitou dobu, dá se vysledovat několik fází:

- člověk o sebevraždě mluví, tendence je na symbolické úrovni
- jedinec začíná vidět sebevraždu jako východisko, přemýšlí o způsobu
- uskutečnění sebevražedného úmyslu

Motivace sebevražedného jednání je často multifaktoriální, nejvýznamnější roli zde ovšem hraje psychický stav člověka. Sebevražedné jednání závisí také na pohlaví, na roční době, případně na somatických potížích.

7.1 Klasifikace sebevražd

V odborné literatuře je popsáno více typů sebevražedného jednání. Nejčastěji se podle Krause a Hroncové (2007) sebevraždy dělí na:

- dokonané – kdy jedinec zemřít chce, většinou si vybírá nějaké odlehlé místo a volí „jistý“ způsob usmrcení
- nedokonané – jedinec si smrt chce přivodit, ale nakonec od svého činu z nějakého důvodu upustí
- sebezabití – v tomto případě smrt nastala náhodou, může k tomu dojít např. pod vlivem drog nebo jiných návykových látek
- asistované sebevraždy – zde se jedná o euthanázii, kdy většinou nemocný chce zemřít s pomocí jiné osoby, nejčastěji lékaře

Podle Vágnerové (1999) je možné sebevraždy dělit na:

- bilanční sebevraždy – bývají výsledkem dlouhodobého negativního působení na člověka. Jedinec bilancuje svoji, často bezvýchodnou, situaci, např. nevléčitelnou chorobu a rozhodne se pro dobrovolný odchod ze života. Pro tento typ sebevraždy se rozhodne člověk, který ztratil smysl života. U dětí a mladistvých může být příčinou také dlouhodobé nevyhovující rodinné prostředí, např. s prvky zneužívání nebo násilí.
- impulzivní sebevraždy – tento typ vychází z okamžitého rozhodnutí jedince. Člověk neuvažuje o způsobu ani prostředku vedoucím ke smrti, jedná pod náhlým tlakem. Někdy jde o projev jakéhosi „volání o pomoc“, kdy člověk ve skutečnosti ani zemřít nechce, jen chce upozornit okolí na sebe a své problémy. Počet impulzivních sebevražd u dětí a mládeže narůstá např. v období vysvědčení. Většinou jde o strach z následku nebo o pocity zklamání.
- skupinové sebevraždy – jsou specifickou a nijak častou sebevraždou. Spíše jde o smrt členů různých sekt, kdy jsou tyto členové nějakým způsobem zmanipulováni, např. vidinou spasení.

Další možné dělení sebevražedného jednání je podle Krause a Hroncové (2007):

- demonstrační sebevražda – je typická pro mladé lidi. Jedinec zde není úplně rozhodnut zemřít, jen svým jednáním sleduje nějaký cíl. I zde jde většinou o „volání o pomoc“. Sebevrah si přeje, aby ho našli.
- úniková sebevražda – člověk se rozhodne odejít dobrovolně ze světa ze strachu před bolestí, před potrestáním, před smrtí nebo před budoucností. U dětí a mladistvých může být důvodem také únik z pro ně momentálně negativní a neřešitelné situace.

- autopunitivní sebevražda – má charakter sebepotrestání. Mohou být spojené s nějakou závažnou duševní poruchou (deprese, schizofrenie).

7.2 Příčiny sebevražd

Sebevraždu, dokonanou nebo nedokonanou, je třeba chápat jako výsledek působení více faktorů.

Příčiny mohou být:

- vnitřní – to znamená, že vycházejí z člověka samotného, jako je třeba narušená osobnost, poruchy intelektu, hormonální nerovnováha, psychopatie nebo i organické poškození centrálního nervového systému.
- vnější – sem patří faktory rodinného prostředí a výchovy, vliv pracovního prostředí a vliv vrstevníků.

Do rodinného prostředí a výchovy se řadí celková sociální úroveň rodiny, její vazby a interakce, ale i patologické jevy v rodině jako je alkoholismus nebo jiná závislost, domácí násilí, zneužívání dětí apod.

Pracovním prostředím u dětí a mládeže se rozumí škola. Nejčastější příčinou je zde zátěž ve škole, nedostatek schopnosti přizpůsobit se školnímu tempu nebo neúspěchy ve studiu.

Také vliv vrstevníků je nezanedbatelný. Tento faktor se vyskytuje hlavně v období puberty, kdy se dítě dostává do užšího kontaktu s opačným pohlavím. Vznikají různé zátěžové situace, na které nejsou mladí jedinci připraveni a s kterými si neví rady. Zde pak může rychle dojít ke zkratkovitému jednání a člověk si sáhne na život.

7.3 Prevence sebevražd

„Nejcennějším přínosem v oblasti prevence bylo zjištění, že u naprosté většiny lidí ohrožených sebevražděnými sklony nepřevládá snaha zemřít, ale touha žít a naděje na záchranu života. Společným znakem těchto zoufalých jedinců, trpících pocitem beznaděje, je jejich osamocení, respektive ztráta kontaktu s okolím, které by jim mohlo nějak pomoci.“
(Vágnerová, 1999, s. 253)

Prevence sebevražedného chování zahrnuje tři úrovně:

- primární prevence

Je všeobecná, zaměřená na ohroženou populaci, hlavně děti a mládež. Největší roli zde sehrává rodina a škola.

Z hlediska rodiny je nejdůležitější kvalitní rodinná výchova, zájem o děti, o jejich potřeby, důvěra a vytvoření kladných emocionálních vztahů mezi rodiči a dětmi.

Ve škole má nezastupitelné místo v preventivní péči koordinátor prevence. Důležitou součástí je i výchovná funkce školy, hlavně vytvoření pozitivního psychického klimatu založeného na důvěře mezi učiteli a žáky.

- sekundární prevence – je zaměřená na jedince v obtížných až rizikových životních situacích. Sem patří osoby, které mají problémy se sociálními vztahy, se závislostmi, potížemi ve škole nebo v rodině. Účinnou formou pomoci v takových případech jsou linky důvěry a různé typy poraden, např. pedagogicko-psychologická poradna.
- terciární prevence – je zaměřená na osoby, které se již o sebevraždu pokusily a přežily ji. Podstatou tohoto typu prevence je naučit jedince překonávat složité životní situace, zvyšovat odolnost vůči stresu, ovládat svoje chování a najít si nový smysl života. Terciární prevence patří do kompetence odborných lékařů – zejména psychiatrů a psychologů.

8 Prostituce jako sociálně patologický jev

Prostituce, nebo-li poskytování sexuálních služeb za úplatu, je jedním z nejstarších sociálních jevů, který porušuje normy sexuálního chování. Historie prostituce sahá hluboko do minulosti, ne vždy však byla považována za deviaci porušující společenské normy. Příkladem mohou být např. japonské gejši, které byly vysoce společensky uznávané.

Náš právní řád stanoví, že samotné provozování prostituce není trestné, trestné je pouze kuplířství a obchodování se ženami. Problémy ovšem přináší zejména v občanském soužití, kdy dochází k narušování veřejného pořádku a mravnosti a šíření pohlavních chorob.

8.1 Motivace k prostitučnímu chování

Motivace, které vedou k provozování prostituce, je možné rozdělit do trojího druhu. Protože většinou prostituci vykonávají ženy, zaměřím se ve své charakteristice hlavně na jejich motivaci.

Jedním z druhů motivace je vnější tlak. Jde o skutečnost, kdy je žena do provozování prostituce vmanipulována okolnostmi a prostředím. Sem se řadí např. dívky, které opustily dětský domov a nemají odpovídající zázemí. V prostředí dětského domova mají stanovený nějaký řád a po jeho opuštění vlastně neví, jak se mají žít a prostituce jim často připadá jako nejlepší a nejrychlejší možnost výdělku.

Další skupinu žen, které k prostituci přivedlo prostředí, jsou dívky ze sociálně patologických nebo sociálně slabých rodin. Takové mladé ženy často doma poznaly chudobu, hrubé zacházení, ponižování a násilí, a proto vstup do prostituce vnímají jako úlevu. Opouštějí svoji původní rodinu a žijí se jako prostitutky. Přes všechny nepříjemnosti, které jim takový způsob obživy přináší, např. ponižování, urážky, násilí, což jsou jevy, které poznaly i doma, se jim takový způsob života líbí. Nedisponují sice všemi penězi, které vydělají, ale mají většinou to, co potřebují – cigarety, pití, jídlo, módní oblečení. Jediné, co jim většinou chybí, je soukromí, protože jsou pod stálou kontrolou, ale to neměly ani doma.

Dalším typem motivace, vedoucí k prostituci, je motivace vlastní potřebou. Existuje typ žen, které inklinují k promiskuitnímu chování, a pro ty je prostituce nejen prací, ale i koníčkem. Faktem ale zůstává, že takových dívek není mnoho.

Poslední motivaci charakterizuje racionální úvaha. V podstatě jde o to, že některé ženy nemají možnost jiného vhodného výdělku nebo přivýdělku a dospějí k závěru, že prodejný

sex je také práce, při které se dají rychle vydělat peníze. K tomuto závěru docházejí hlavně mladé dívky – studentky, nebo ženy, které zůstaly samy s dětmi a nemohou je jinak uživit. Tento typ dívek a žen se přes den věnuje škole nebo dětem a v noci poskytuje sexuální služby. Je ovšem pravdou, že po uplynutí doby, kdy naléhavě potřebovaly rychle vydělat peníze, určité procento dívek a mladých žen upouští od svých původních cílů a zůstávají jako prostitutky. Peníze se totiž pro ně stávají prioritou, která je zajímavá a vydělávat je pracněji a pomaleji se jim nechce.

8.2 Druhy prostituce

Podle Krause a Hroncové (2007) je možné dělit prostituci z různých hledisek. Nejčastěji se prostituce dělí podle toho, kdo ji poskytuje: na ženskou, mužskou a dětskou. Samozřejmě nejnebezpečnější je v tomto případě prostituce dětská, protože děti si většinou tento typ „obživy“ samy nevybírají. Jsou k tomu nuceny, a nejhorší je, že často vlastní rodinou. Takové děti prostituce negativně ovlivní na celý život. Jejich celkový vývoj je narušen a stejně to bývá i s hodnotovým žebříčkem potřeb.

Ženská i mužská prostituce mívá dvě formy: heterosexuální a homosexuální. Zajímavostí je, že mužskou homosexuální prostituci často poskytují mladí heterosexuální muži a mladiství. Jejich motivací bývá vidina rychle vydělaných peněz, které potřebují ke svému životu.

Dalším kritériem dělení je prostituce podle prostředí, kde se poskytuje. Kraus a Hroncová (2007) uvádějí pět základních forem:

- **privátní prostituce** – týká se prostitutek a prostitutů, kteří mají malou a stálou klientelu. Často reprezentují klienta i ve společnosti, neposkytují jen sexuální služby, ale jsou placeni jako společníci.
- **hotelová prostituce** – úroveň prostituujících se odvíjí od úrovně hotelu. Služby zde poskytují lidé s dobrým vystupováním a se znalostí jazyků. Zde se většinou uplatňují studentky, které si přivydělávají ke studiu. Jejich klientelu tvoří ponejvíce cizinci.
- **bytová prostituce** – v tomto typu prostituce poskytují sexuální služby lidé přímo ve svých bytech. Sem se řadí i dětská prostituce, protože takto jsou často prodávány děti vlastními rodiči. Průvodním znakem bývá i majetková trestná činnost, např. uspání a okradení zákazníka.

- barová prostituce – sem se řadí poskytování služeb v různých klubech, barech a erotických podnicích. Zde jsou často prostitutky cizinky, které jsou k prostituci nuceny. Tato činnost bývá spojena s obchodováním se ženami, protože velká část prostituujících cizinek byla k nám zavlčena proti své vůli, nebo byly zlákané podvodem.
- pouliční prostituce – jde o nejhorší typ prostituce. Mimo jiné jsou zde problémy s nízkou věkovou hranicí dívek, s drogovou závislostí, se špatnými hygienickými podmínkami, se šířením pohlavních chorob a nechtěným těhotenstvím. Dívky pocházejí z patologických rodin, jsou mentálně nevypělé a mají nízkou intelektuální úroveň a stupeň vzdělání. Nejčastěji jde o nucenou prostituci spojenou se všemi negativními doprovodnými projevy, jako je bití, drogová závislost, ponižování, násilí, nucení k perverzním sexuálním praktikám.

8.3 Příčiny prostituce dětí a mladistvých

Vaníčková (2005) uvádí několik příčin prostituce dětí a mladistvých. Mezi nejrizikovější patří chudoba a osobní zkušenosti se sexuálním zneužitím v dětství.

Třebaže se naše společnost nepotýká s takovou ekonomickou chudobou jako země třetího světa, které jsou jakousi živnou půdou pro dětskou prostituci, i u nás je možné vysledovat regiony, kde se dětská prostituce vyskytuje ve vyšší míře. Jde hlavně o příhraniční lokality s Německem a Rakouskem. V těchto částech republiky je vyšší nezaměstnanost, vysoká migrace a vyšší výskyt sociálních rizikových faktorů. To vše nahrává rozvoji prostituce dětí a mládeže.

Na jedné straně některé sociálně a ekonomicky slabé rodiny samy nabízejí své děti jako objekty sexuálním turistům ze západních zemí, na straně druhé jsou to samy děti, které sexuální služby poskytují z vlastní vůle. Důvodem pro toto jejich chování je vlastní vnímání chudoby, snaha vyrovnat se vrstevníkům nebo drogová závislost.

„Dětská prostituce je multifaktoriální etiologie a druhým významným rizikovým faktorem je osobní zkušenost se sexuálním zneužitím v dětství. Ze zahraničních studií vyplývá, že 38 % komerčně zneužívaných žen bylo v dětství sexuálně zneužito a 65 % komerčně zneužitých žen má osobní zkušenost se sexuálním násilím před dovršením 25. roku života.“ (Vaníčková, 2005, s. 54)

Mezi další příčiny lze podle Vaníčkové (2005) zařadit nedostatečně naplňované základní potřeby dětí, které vedou k rozvoji psychické deprivace a emocionální traumatizaci.

Týká se to rodin, kde se vyskytovalo domácí násilí, tělesné nebo psychické týrání, nedostatek komunikace či absence otce.

Nezanedbatelnou příčinou je i nízké nebo nedokončené vzdělání. Vzhledem k tomu, že se sexuální výchova dlouho neobjevovala ve školních osnovách, a že toto téma bylo i rodiči tabuizováno, děti si informace o lidské sexualitě, o tom, co je správné a co ne, získávaly od starších kamarádů, kteří jim ovšem nemohli podat kompetentní výklad. Dnes jsou děti informacemi o sexu zahrnovány ze všech stran, ale jejich kvalita mnohdy brání jejich smysluplnému pochopení. „Stále platí psychologické pravidlo, že dítě má být informacemi vyzbrojováno přiměřeně věku a rozumovým schopnostem tak, aby dítě něco nového učilo, ale současně ho chránily před škodlivými vlivy.“ (Vaníčková, 2005, s. 57)

8.4 Následky prostituce

Není pochyb o tom, že jakákoliv prostituce, ať ženská, mužská nebo dětská, sebou nese různá zdravotní a sociální rizika. Nejzávažnější následky ovšem zanechává na dětech. Už samotná skutečnost, že někdo znevažuje dítě prostitucí, vypovídá o zkresleném pohledu na svět, na společenské hodnoty a na osobnost člověka. Dochází tak k pokřivenému sebepojetí dítěte, které s sebou nese závažné potíže, kterých se jedinec už nezbaví.

Mezi vážné následky prostituce patří zdravotní rizika. Jde např. o snížení reprodukčního zdraví, což v praxi znamená problémy jako neplodnost, nechtěné těhotenství, interrupce, narození nechtěných dětí, které často končí v lepším případě v kojeneckých ústavech.

Dalším zdravotním rizikem je přenos a šíření pohlavních chorob. Jedná se zejména o kapavku, syfilis a AIDS. Všechny tyto choroby jsou závažné a pokud se včas neodhalí, mohou způsobit další komplikace, v horším případě i smrt.

Závažným zdravotním rizikem je i rozvoj stresové nemoci u dětí, protože dlouhodobá prostituce je pro dítě velmi stresující. Je vlastně ohrožena jeho osobnost a sebehodnocení. Stresová nemoc se projevuje bolestmi hlavy, svalovým napětím krční páteře, kolísáním nálad, úzkostí, zvýšenou konzumací alkoholu, problémy se spánkem.

Vzhledem k tomu, že děti jsou většinou k sexuálním službám nuceny, stávají se velmi často i oběťmi násilí, které jim působí buď kuplíři, nebo klienti. „Téměř tři čtvrtiny dětí provozujících prostituci vypovídá o tělesném násilí: 62 % uvedlo, že bylo znásilněno a téměř všechny jsou vystaveny pasivní formě násilí, kterou je zanedbávání základních potřeb včetně

biologických, a tak se lze u dětských prostitutů a prostitutek setkat s malnutricí.“ (Vaníčková, 2005, s. 84)

Určité procento mladých prostituujících má také problémy s různými typy závislostí. Jde hlavně o mužskou homosexuální prostituci, kdy většina mladých prostitutů je závislá na alkoholu, drogách, případně na hracích automatech. Dá se říci, že v těchto případech je závislost jako následek prostitučního chování.

Co se týká sociálních následků, i ty bývají závažné. Mladým prostitutkám a prostitutům hrozí sociální izolace, mívají problémy v partnerském a sexuálním životě, objevuje se u nich sebevražedné chování. Také rozhodnutí o ukončení prostituce je u mladých lidí velmi těžké. Pokud si již zvykli na pravidelný vyšší příjem, nechce se jim znovu vracet do běžného společenského života a raději u prostituce zůstávají.

8.5 Prevence prostituce

Vzhledem k tomu, že dětská prostituce jako forma komerčního sexuálního zneužívání dětí je závažným společenským problémem, je třeba náležitou pozornost věnovat hlavně prevenci.

Nejpodstatnější roli by samozřejmě měli zaujímat rodiče a nejužší okolí dítěte. Rodičovská láska je totiž tou nejlepší prevencí. Důležitá je atmosféra v rodině, vzájemné vztahy, klidné prostředí, důvěra. Rodiče by měli s dítětem komunikovat, měli by mu věnovat péči, znát jeho kamarády a vědět, co jejich dítě dělá ve svém volném čase.

Děti jsou nejvíce zranitelnou sociální skupinou, a proto je třeba, aby se prevencí zabývala celá společnost. Práva dětí jsou garantována v Úmluvě o právech dítěte (1989), v Zákoně o rodině a v dalších právních dokumentech. Současně je třeba, aby o problematice dětské prostituce byla více informována široká veřejnost, ať už formou vzdělávání nebo formou mediální. Všechny tyto činnosti jsou součástí primární prevence.

Sekundární prevence je zaměřena na děti ohrožené, které jsou vedeny v registru sociálně-právní ochrany dětí, na rizikové rodiny, kde se již vyskytl nějaký patologický problém a na děti, které se nedostavují na pravidelné lékařské preventivní prohlídky.

Terciární prevence se zaměřuje na již prostituující děti, na zmírnění jejich traumatu a na jejich reintegraci a resocializaci. (Vaníčková, 2005)

9 Patologická rodina jako společenský problém

Rodina je primární společenská jednotka, jejíž členové jsou ve vzájemném příbuzenském vztahu, žijí spolu a hospodaří spolu. Zároveň plní různé společenské role. Za normálních okolností rodina funguje jako ochranné společenství, do kterého se rodí a vyrůstají zde děti. Vztah mezi dítětem a matkou je vztahem vzájemné závislosti. Matka poskytuje dítěti ochranu, otec byl vždy považován za živitele rodiny. V současnosti se tento model fungující rodiny mění v závislosti na změnách společnosti. Přibývá neúplných rodin, kdy osamělý rodič musí plnit funkci živitele rodiny a zároveň poskytovat dítěti ochranu a zabezpečovat jeho potřeby. Rozpad rodiny může mít negativní vliv na vývoj dítěte.

Rodina plní různé funkce, např. funkci biologicko-reprodukční, ekonomickou, citovou, sociální, zdravotní, domestikační, výchovnou. V případě, že rodina plní tyto funkce s obtížemi, mluví se o rodině dysfunkční. Jestliže neplní žádné funkce a rodina se rozpadá, jde o rodinu afunkční.

Jestliže se v rodině vyskytnou nějaké závažné problémy, jako je domácí násilí, týrání nebo závislosti, jedná se o rodinu patologickou.

9.1 Syndrom CAN (Child Abuse and Neglect)

Syndrom CAN neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je soubor nepříznivých příznaků působících na fyzický, psychický i sociální vývoj dítěte. Extrémní podobou těchto příznaků je smrt dítěte, jedná se o tzv. letální případy týrání.

9.1.1 Týrání dítěte

Týrání je možné charakterizovat jako vědomé ubližování dítěti. Projevuje se násilným chováním dospělého jedince vůči dítěti. Nejsmutnější je na tom fakt, že nejčastěji zastoupenou skupinou týrajících jsou ti, kterým dítě věří a kteří by ho měli chránit – vlastní rodiče.

Týrání je možné rozdělit do tří forem – tělesné, psychické a sexuální. (Kraus, Hroncová, 2007)

Mezi nejrozšířenější způsoby fyzického týrání patří bití, a to rukou, vařečkou, gumovou hadicí nebo elektrickou šňůrou, dále pak kopání, pálení cigaretou, opaření vařící vodou,

kroucení a svazování končetin, trhání vlasů. Patří sem ale neposkytnutí jídla a pití, pobyt v chladném a tmavém prostoru, nezabezpečení základních potřeb.

Psychické týrání se projevuje různými urážkami, výhrůzkami, nadávkami, odmítáním lásky, nevšímavostí a nezájmem o dítě. Psychické týrání nezanechává na těle žádné stopy, ale psychická bolest dítěte je neměřitelná. Postupem času dochází u dítěte ke změnám v psychice – vznikají depresivní a úzkostné stavy, případně dlouhodobější psychické poruchy.

Závažné je i sexuální týrání. Zahrnuje formu aktivní, což v praxi znamená, že je dítě osaháváno, líbáno a znásilňováno, a formu pasivní, kdy jde o bezdotykové týrání. Sem patří dětská pornografie, videonahrávky, oplzlé telefonáty a v současné době i obtěžování dítěte přes internet. Také tato forma týrání zanechává na dítěti většinou celoživotní následky. Takový jedinec má v budoucnosti problémy s navazováním vztahů, v sexuálním životě i v psychické oblasti. Příčiny sexuálního týrání jsou různé. Může to být dlouhodobá absence sexu u dospělých, drogová nebo alkoholová intoxikace, mentální zaostalost, neschopnost najít si přiměřeného sexuálního partnera.

9.1.2 Zneužívání dítěte

Dítě může být zneužíváno několika způsoby. Asi nejčastějším typem je sexuální zneužívání. Většinou nejde o sexuální styk, ale o různou manipulaci s dítětem – hlazení, osahávání, obnažování se před dítětem, mazlení, orální sex. Také toto chování dospělého vůči dítěti na něm zanechá stopy do budoucna, podobně jako sexuální týrání.

Další možností, jak zneužít dítě, je zneužívání prací. Dítě je nuceno vykonávat práci, na kterou nestačí ani fyzicky, ani věkově. Tato forma se vyskytuje často u prostitutek, kdy žena přes den spí a dítě se musí postarat o sebe, o domácnost, případně ještě o mladší sourozence.

Třetí možnost se vyskytuje ponejvíce u romských rodin a jde o zneužívání k trestným činům. Dospělí si uvědomují, že dítě není trestně odpovědné a proto ho posílají krást, žebrat apod. Dítě se tak od dětství učí žít protiprávním způsobem života, osvojuje si ho a většinou v něm pokračuje i v dospělosti. V tomto případě je narušen morální vývoj dítěte.

9.1.3 Zanedbávání dítěte

Zanedbávání je chápáno jako nedostatek péče, který vede k vážnému poškození vývoje dítěte. Jedná se o nedostatek něčeho, strádání, které se po určité době projeví jako psychická deprivace. Zanedbávání se projevuje v různých podobách. (Kraus, Hroncová, 2007) Mezi ně se řadí:

- zanedbávání tělesné – nedostatečná a nepřiměřená výživa, chybějící osobní hygiena, nedostatek zdravotní péče, nepřiměřené oblečení apod.
- zanedbávání výchovy a vzdělávání – nezáměr o dítě, zanedbaná povinná školní docházka, nedostatečná výchova, nedostatek podnětů pro psychický rozvoj dítěte, nemožnost seberealizace.
- zanedbávání citové – chybějící projevy lásky, porozumění, pocitu jistoty, náklonnosti ze strany rodičů.

Zanedbávání s sebou nese další komplikace ve vývoji a rozvoji dítěte. To si neosvojuje základní hygienické návyky, špatně mluví, má nedostatečnou slovní zásobu, nerozvinutou citovou oblast, mívá problémy s navazováním vztahů s vrstevníky a celkově je opožděné.

9.1.4 Prevence syndromu CAN

Svět týraného dítěte je světem nekonečného pocitu psychického a tělesného ohrožení. Tento svět, plný bolesti, je ovšem jediný, který má. Proto nemá na výběr, přijímá ho jako určitou normu a na ni se většinou adaptuje.

Základním prostředkem proti syndromu CAN je prevence. Podle Dunovského (1995) se prevence dělí na primární a sekundární.

Primární prevence má být zaměřena na odborné pracovníky, kteří se touto problematikou zabývají, dále na celou společnost, kdy jde o odstranění nevšímavosti a lhostejnosti a nakonec na rodiče, stávající i budoucí.

Sekundární prevence je zaměřena na rizikové osoby, jako jsou nevyzrálé osobnosti, psychopati, psychotici, drogově závislí, alkoholici, příliš mladí rodiče, patologické rodiny, kde už se týrání dětí objevilo. Dále se sekundární prevence zaměřuje na rizikové situace. Sem patří např. partnerské a manželské neshody, alkoholová nebo drogová intoxikace, porozvodové tahanice o dítě atd.

Důležitou úlohu v oblasti prevence hraje krizová intervence. Dítě si může zdarma zavolat na Linku bezpečí, kde mu školení pracovníci poradí, co má dělat. Ve škole se může dítě obrátit na výchovného poradce, preventistu sociálně patologických jevů nebo na třídního učitele, případně osobu, které důvěřuje.

Závažnost problematiky syndromu CAN a nutnost prevence tohoto společenského jevu dokládá následující kazuistika. (Zdroj: MáTa)

S paní Janou N. jsem se seznámila během své asistentké stáže, kterou jsem vykonávala v pobytovém a resocializačním centru MáTa, spadající pod Fond ohrožených dětí v Plzni.

Paní Jana zde pobývala již několik měsíců, protože po rozvodu se musela z bytu bývalého manžela vystěhovat. Mladší, šestiletý, syn byl rozhodnutím soudu svěřen do její péče, starší, dvanáctiletý, do péče otce.

Otec syna za každou horší známku než dvojku trestal výpraskem. Tento trest ale většinou z neznámého důvodu odkládal až na neděli. Škola prý chlapce hodnotila velmi kladně, byl hodný, chytrý, snaživý a bez kázeňských přestupků, jen byl velký trémista – hlavně před zkoušením nebo písemkou. Z trémy a nervozity pak dělal zbytečné chyby, což se samozřejmě projevilo na jejich výsledku. Ve škole si ovšem chlapec na nepřiměřené tresty nikomu nestěžoval a ani ve škole si nikdo ničeho nepovšiml.

Jednou syn paní Jany ze strachu zatajil čtyřku z matematiky a jeho otec se to náhodně dozvěděl na třídní schůzce. Při návratu domů pak syna surově zbil. Podlitin si všimla paní Jana hned při víkendovém pobytu syna u ní, a protože se syn přiznal, k čemu u nich doma došlo a dochází již delší dobu, zašla s ním matka k lékaři a poté vše nahlásila na odboru sociálně-právní ochrany dětí. Chlapec byl ihned předběžným opatřením soudu svěřen do její péče a proti otci bylo zahájeno trestní stíhání. Ten se hájil tím, že chtěl jen dobro pro syna a chtěl z něj vychovat čestného člověka.

Syn paní Jany podstoupil psychologické vyšetření, na jehož základě se znalec z oboru vyjádřil, že chlapec trpí těžkou neurotickou poruchou osobnosti a zároveň potvrdil podezření na psychické týrání dítěte, ke kterému docházelo odkladem trestů na neděli. Dle vyjádření znalců bude porucha osobnosti s největší pravděpodobností přetrvávat i v dospělosti.

Otec byl uznán vinným z trestného činu týrání svěřené osoby a odsouzen k podmíněnému trestu odnětí svobody.

Paní Jana v současnosti již vyřešila svoji bytovou situaci a má obě děti svěřeny do své péče. Se starším synem dochází na psychoterapii a doufá, že syn bude zase úplně v pořádku.

9.2 Domácí násilí

Domácí násilí zahrnuje veškeré formy násilí, k nimž dochází mezi blízkými osobami – nejčastěji mezi partnery nebo bývalými partnery. Vyskytuje se ve všech socioekonomických vrstvách společnosti. Nejhůře se domácí násilí projevuje opět na dětech – ať už jsou sami v roli oběti nebo jako svědci. (viz příloha č. 3)

Podle Hronové (2008) není domácí násilí pácháno v afektu. Většinou se jedná o promyšlené činy, které mají za cíl získat moc a kontrolu nad partnerkou.

9.2.1 Formy domácího násilí

Formy domácího násilí jsou různé a často se vzájemně prolínají. Navíc mají vzrůstající tendenci a četnost.

Do základních forem patří:

- fyzické násilí – bití, facky, kopance, rány pěstí, ohrožování zbraní
- psychické násilí – nadávky, obviňování, ponižování, zesměšňování ve společnosti, odepírání spánku nebo stravy, vyhrožování únosem dětí
- sexuální zneužívání – znásilnění, donucení k sexuálním praktikám výhrůzkami
- sociální izolace – bránění v návštěvách rodiny a přátel, sledování telefonátů, pronásledování
- ekonomická kontrola – omezování přístupu k penězům, neposkytování peněz na domácnost, zákaz výkonu práce

9.2.2 Znaky domácího násilí

Domácí násilí většinou mívá mírný a nenápadný začátek a často nemusí být ani ženou rozpoznáno. Postupem času dochází ke stupňování agresivity a tím se zvětšuje nerovnost v postavení mezi mužem a ženou. Agresor má nad obětí moc, žena se cítí bezbranná a závislá na násilníkovi.

Spolu se širokou škálou obětí a agresorů je i mnoho znaků a podob konkrétních činů násilného jednání. Ale i přes tuto různorodost je možné uvést některé společné znaky domácího násilí:

- opakování a dlouhodobost – z jednoho útoku ještě většinou nelze rozpoznat domácí násilí, ale ve velké míře jde o začátek takového jednání. Existují dlouholeté vztahy, ve kterých se tato forma násilí objevuje, někdy téměř po celou dobu trvání partnerského vztahu.
- eskalace – to znamená, že od nepatrných začátků většinou psychického týrání (např. urážky), dochází ke stupňování výpadů proti oběti. Nejen po stránce psychické, ale i po stránce fyzické, někdy může jít až o ohrožení zdraví a života ženy. Zároveň dochází ke snižování lidské důstojnosti až na minimum.
- rozdělení rolí osoby ohrožené a osoby násilné – mezi domácí násilí nespádají vzájemná napadání, urážky případně rvačky, ale role násilníka a oběti se nemění a nestřídají.
- neveřejnost – domácí násilí probíhá bez společenské kontroly, někdy za tichého souhlasu netečného okolí. Tím se pak ovšem ztěžuje dokazování takového násilí a tudíž i soudní postizitelnost agresora.

Aby skutek byl hodnocen jako domácí násilí, musí být naplněny všechny čtyři výše uvedené společné znaky.

9.2.3 Dopad domácího násilí na děti

Podle dlouhodobých statistik jsou děti svědky domácího násilí až v 90 %. Tyto děti jsou ovlivněny již samotným svědectvím násilí – násilné vzorce chování si přenášejí do dalšího života a moc, která je při násilí uplatňována, berou jako prostředek vzájemné komunikace. (Hronová, 2008)

Každé dítě reaguje na stres a násilí v rodině jinak. Ale téměř každé reaguje změnou svého chování. Děti, které byly aktivní, veselé a komunikativní, se náhle stávají zamlklými, bojácnými. Naopak děti, které byly samotářské a tiché, často reagují výbušně a nepřiměřeně.

Změny v chování může vyzpozorovat i učitel ve škole. Děti působí vyčerpaně, jsou nesoustředěné, zhoršují se v prospěchu. Více se straní kolektivu a tato jejich změna chování může být i příčinou pro rozvoj šikany. U menších dětí může dojít k regresi, což je návrat k vývojově nižšímu období.

Děti a dospívající, kteří jsou v rodině vystaveni násilí, vykazují tzv. nespecifické a specifické symptomy. (Hronová, 2008)

Mezi nespecifické symptomy patří např. bolesti břicha, bolesti hlavy, únavnost, ospalost, úzkost, strach, poruchy příjmu potravy, útky z domova, opoždění psychomotorického vývoje, nízké sebevědomí, nejistota.

Do specifických symptomů se řadí různé modřiny a oděrky, strach z fyzického kontaktu, zakrývání zranění oděvem, neadekvátní vysvětlení vzniku poranění.

Vzhledem ke všem těmto následkům je třeba na děti žijící v rodině s domácím násilím pohlížet nejen jako na svědky, ale i oběti týrání. V praxi se hovoří o tzv. institucionálním týrání, což znamená, že práva agresorů jsou často stavěna nad práva dětí. Příkladem může být situace, kdy je dítěti po rozvodu rodičů stanoven styk s otcem – agresorem, ze kterého má dítě pochopitelný strach.

9.2.4 Kazuistiky

Během své asistentské stáže jsem pobývala v pobytovém a resocializačním centru MáTa, kde jsem byla svědkem různých lidských osudů. Dva z nich, týkají se domácího násilí, zde předkládám.

Příběh paní Soni

První ženou, která dala souhlas, abych mohla nahlédnout do její dokumentace a otevřela mi tak své soukromí, byla paní Soňa. Byla to velmi příjemná třiadvacetiletá matka tří dětí. Nejstarší dcera je už plnoletá a má svoji vlastní rodinu. Mladší synové bydleli v době mé stáže se svojí maminkou v pobytovém centru MáTa. Staršímu Lubošovi bylo 10 let a mladší Honzík byl osmiletý.

Příběh paní Soni začal jako tisíce jiných příběhů. Ve svých 20 letech se zamilovala do o tři roky staršího muže Luboše, brzy nato otěhotněla a vzali se. Nějakou dobu po svatbě bydleli u Lubošových rodičů, zde si paní Soňa brzy všimla agresivního chování svého tchána vůči tchyni. Lubošův otec se choval násilně hlavně po požití alkoholu. K ženě se choval majetnický, násilně, bil ji a ponižoval i před snachou. Soňa se o tom s tchyní pokoušela několikrát promluvit, ale ta se bála a veškerou nabízenou pomoc odmítala. V té době už Soňa tušila, že toto společné bydlení nebude nic dobrého pro malé dítě, které se mělo brzy narodit. Situace se nečekaně vyřešila, když Sonina matka zemřela a ona po ní zdědila nevelký domek. Mladí manželé se odstěhovali a tím začalo Sonino trápení.

Do odstěhování probíhalo soužití Soni a Luboše celkem poklidně, probíhaly jen drobné hádky, oba rodiče se těšili na miminko. Po narození dcery se ale situace změnila. Soňa jako mladá matka měla spoustu práce s dítětem, nebyl nikdo, kdo by jí s péčí o ně pomohl, a tak se samozřejmě tolik pozornosti nedostávalo na Luboše. Ten to začal řešit tak, že raději než doma pobýval v hospodě s kamarády, a když se v noci vracel opilý domů, dožadoval se „manželských povinností“. Na ty ale Soňa neměla ani chuť ani náladu, protože se cítila vyčerpaná po celodenní péči o dceru. Manžel jí její odtazítost začal vyčítat, postupně se přidávala neopodstatněná žárlivost a necelé dva roky po svatbě padla první rána. Druhý den se Luboš za svoje chování omlouval, litoval ho, ale brzy se napadení opakovalo. Časem se jeho agrese stupňovala, přidalo se i téměř pravidelné znásilňování. Soňa se o problému snažila promluvit s tchyní, ale ta jí poradit nedokázala. Mladá žena sice uvažovala, že od muže odejde, ale vzhledem k tomu, že dům byl její, nevěděla, kam by se s dcerou odstěhovala. Navíc byla bez finančních prostředků a zcela ekonomicky na manželovi závislá.

Situace se nezměnila, ani když Soňa po mateřské dovolené nastoupila zpět do práce. Naopak útoků začalo přibývat. Luboš měl obavy, aby se Soňa v práci nesvěřila nějaké kolegyni, začal ji více kontrolovat, vyhrožovat a vydírat jejich společnou dcerou. Přibývalo také trestů za nesplněné úkoly, jako včas nevyžehlené prádlo, studenou večeři apod. Agresivita fyzických útoků se stupňovala, Soňa se podobně jako jiné ženy musela vymlouvat na pády ze schodů, uklouznutí a vlastní nešikovnost.

Na výchově dcery se Luboš nikterak nepodílel, pouze vyžadoval, aby byl doma klid. Když nebyl, vylil si vztek na ženě. Dceru jeho agresivní chování naštěstí minulo.

Ve dvaatřiceti letech Soňa otěhotněla podruhé a o dva roky potřetí. Situace se ani těhotenstvím nezměnila, byla napadána i ve vysokém stupni těhotenství. Naštěstí oba porody dopadly dobře a oba chlapci se narodili zdraví. Situace v rodině se ale stávala stále kritičtější. Psychické násilí se objevovalo denně a fyzické hlavně po požití alkoholu. Což prý bývalo také téměř denně.

Zlom v Sonině životě nastal, když se domácí násilí obrátilo i proti dvěma mladším dětem. Starší dceru násilnické chování jejího otce minulo, v 19 letech se vdala a odešla ze společného domu. A tehdy se Soňa rozhodla svoji situaci řešit. Třebaže dům patří jí, odešla z něj se svými syny a nějaký čas bydlela u kamarádek a kolegyně. Manžel jí i tak na dálku vyhrožoval, neposílal žádné peníze na syny a vyhrožoval všem třem fyzickou likvidací.

V této situaci se Soňa obrátila na Pobytové a resocializační centrum MáTa, a protože splňovala všechny podmínky pro přijetí, začala zde se svými syny bydlet. Soňa se se svojí klíčovou pracovnící dohodla na individuálním plánu, podala žádost o rozvod, podstoupila skupinovou psychoterapii a snažila se začít zase žít jako normální žena a matka. Hodně jí pomáhala i její dcera, se kterou byla v pravidelném kontaktu. Centrum se snažilo pomoci Soně i po právní stránce, ohledně vystěhování jejího manžela z domu, kam by se ona chtěla po rozvodu vrátit.

Vztah mezi oběma syny a otcem se řešil za pomoci sociálně právní ochrany dětí, obě děti získala soudní cestou Soňa do své péče. Otec má právo je jednou za 14 dní navštěvovat, ale jen za přítomnosti některé sociální pracovníce. Štěstím pro oba kluky bylo, že o ně otec nejevnil zájem, a tak je tady možnost, že časem na bolesti těla i duše zapomenou a budou zase žít jako jejich vrstevníci.

Na jejich matce se bohužel dlouholeté domácí násilí hodně podepsalo, ale i tak už pohlížela do budoucnosti optimističtěji. Hlavně s ohledem na své děti.

Příběh paní Zdeny

Druhé ženě z centra, která se se mnou podělila o svůj osud, byla paní Zdena. Bylo jí 25 let, byla 5 let vdaná a měla roční dcerku Zuzanku. Její příběh je podobný tomu prvnímu, s tím rozdílem, že Zdena se svoji situaci rozhodla řešit dříve, než paní Soňa.

Zdena od raného dětství vyrůstala v dětském domově, na rodiče se nepamatovala, ani po plnoletosti ji nekontaktovali. Vyučila se kuchařkou a po opuštění dětského domova si našla zaměstnání s ubytovnou. V práci se seznámila se svým mužem, pracoval tam jako číšník.

Sama Zdena o něm říkala, že to byl typ dokonalého muže. Byl o deset let starší, velmi galantní, pozorný, milý, stále usměvavý. To vše ale jen na veřejnosti a v počátku jejich vztahu. Když spolu nějakou dobu chodili, navrhl jí sňatek, aby se tak vyřešila její bytová situace. Samotné Zdeně se už na ubytovně nelíbilo, chtěla mít svoji domácnost a své soukromí, a tak se svatbou souhlasila. Jejich vztah se i po svatbě jevil ideální, všichni jí takového muže záviděli.

Když otěhotněla, měla zdravotní potíže související s těhotenstvím, a tak musela zůstat doma s diagnózou rizikové těhotenství. A tím začalo její trápení. Manžel jí začal vyčítat, že je líná, že nechce přispívat do rodinného rozpočtu, že ho dítětem jen využívá. Od psychického týrání brzy přešel k fyzickým útokům. Zdena jeho nálady omlouvala, dávala vinu sobě, že je neschopná být "normálně" těhotná, jako jiné ženy, že nezvládá domácnost apod. Věřila, že narozením dítěte se situace uklidní a vše se vrátí k normálu.

Ale ani po porodu, který byl dost komplikovaný, se nic nezměnilo. Její muž byl na veřejnosti vzorný manžel a odpovědný otec a doma tyran, který ji hrubě urážel, bil a slovně napadal i jejich dcerku. Ta z toho naštěstí ještě neměla rozum. A právě strach o dítě přiměl Zdenu jednat. Rozhodla se muže opustit, v tajnosti sbalila nejnnutnější a kontaktovala Linku bezpečí. Tam jí doporučili centrum MáTa a ona se zde i s dítětem ubytovala.

Vzhledem k bezúhonnosti jejího manžela na veřejnosti bylo dokazování domácího násilí velmi těžké, ale i tak už se podnikly právní kroky, které směřovaly k vyřízení celé situace soudní cestou. Zdena podala návrh na rozvod, zažádala o svěření dcery do své péče a zdejší sociální pracovnice jí pomáhaly i s hledáním nového bydlení. Plány do budoucna měla Zdena velké, chtěla si dodělat maturitu, najít hodného muže a mít ještě aspoň dvě děti. Vzhledem k tomu, že domácí násilí u ní netrvalo tak dlouho, má snad ještě naději na normální rodinný život. Její psychická újma totiž nebyla tak velká, ale i tak docházela na skupinovou psychoterapii, kde dodávala sílu i jiným ženám.

Většina případů domácího násilí zůstává neohlášena a tudíž neodhalena. Ženy se často obávají o své bezpečí, o zdraví a životy svých dětí, mají strach z negativních reakcí okolí, zvláště v případě, kdy agresor je ve společnosti oblíben a uznáván. Téměř všechny týrané ženy se domnívají, že si za svoji situaci mohou samy, že násilí vyprovokovaly svým chováním a jednáním. Typickým znakem je omlouvání násilnickových činů, snaha ho ochránit nebo s ním mít soucit. Největší nebezpečí většinou ženám hrozí, když se rozhodnou agresora opustit. Ten má strach z veřejného prozrazení a tak někdy takové rozhodnutí ženy končí tragicky.

10 Sociálně patologické jevy ve školním prostředí

Škola je prostředí, které se významnou měrou podílí na výchově a socializaci dětí a mládeže. Ale i tak se v tomto prostředí mohou vyskytnout nežádoucí jevy, které narušují výchovné působení a mohou nepříznivě ovlivnit vývoj dítěte. Mezi nejčastější patologické jevy ve škole se řadí šikana, záškoláctví a krádeže.

10.1 Šikana

Šikana patří do kategorie agresivního chování. V současnosti se s ní lze setkat i u dětí mladšího školního věku a stává se celosvětovým problémem. Na rozvoji tohoto patologického chování se velkou měrou podílí i společenské klima.

„Jeden nebo více žáků úmyslně, většinou opakovaně týrá a zotročuje spolužáka či spolužáky a používá k tomu agresi a manipulaci.“ (Kolář, 1997, s. 20)

Většina projevů šikany naplňuje skutkovou podstatu trestných činů. Při posuzování toho, co je a co není šikana, je třeba mít na zřeteli především to, jak projevy takového chování působí na toho, komu jsou určeny, tedy na oběť šikany.

Důležitým znakem šikany je nepoměr sil mezi agresorem a obětí. K tomu, aby se mohlo mluvit o šikaně, musí existovat agresor, oběť a prostředí, ve kterém se šikana uskutečňuje.

Šikana je velice závažný, společensky nebezpečný jev, ohrožující oběť fyzicky i psychicky. To jsou hlavní důvody, proč se šikana nesmí přehlížet nebo zlehčovat. Šikanování je třeba brát jako poruchu vztahů, protože vzniká tam, kde ve skupině existují nezdravé vztahy, kde je silná diference na silné a slabé.

10.1.1 Stádia vývoje šikany

První stádium – ostrakismus. Jedná se o etapu vzniku počátků šikany. Jedinci, kteří se něčím ve třídě odlišují, např. jsou oblíbení u učitelů, mají lepší prospěch nebo jsou nějak handicapováni, se stávají terčem různých legráček, pošťuchování, intrik a pomluv. Pomalu, ale jistě se začíná objevovat převážně psychická forma násilí. Dítě začíná přijímat postavení utlačovaného a nedokáže se účinně bránit. Tento první stupeň je velice těžko pozorovatelný. Rodiče se většinou o takových projevech začínající šikany nedozví, mohou si však všimnout změny chování svého dítěte.

Druhé stádium – je charakteristické tím, že psychický nátlak přerůstá ve fyzickou agresi. Agresor v této etapě poznává, jak chutná moc nad slabším jedincem, přináší mu to uspokojení. Nereaguje-li v tomto stádiu pozitivní jádro skupiny, třídy, neexistují-li kamarádské vztahy, záporný vztah k násilí a pozitivní morální vlastnosti, dochází k prolomení posledních zábran a šikana se rozjíždí ve větším rozsahu.

Třetí stádium – je prakticky rozhodující. Vytváří se jádro agresorů, přidávají se další jedinci a jejich cílem budou stále ti nejslabší, nejnižší postavení. Šikana se stává systematickou.

Čtvrté stádium – působení agresorů je tak silné, že jejich normy přejímá celá skupina. Klást odpor se v této fázi již nedá. I mírní a ukáznění žáci se začínají projevovat krutě a prožívají uspokojení z bolesti a strachu slabšího spolužáka. Dělají to proto, aby se i oni nestali tím týraným.

Páté stádium – v této fázi se ztrácejí jakékoliv zbytky lidskosti. Přijímá se ideologie násilí, není zde místo pro soucit a úplně chybí pocit viny. Oběť v tomto stádiu utíká do nemoci, má velkou absenci, vyhýbá se škole a někdy skončí psychickým kolapsem nebo pokusem o sebevraždu.

10.1.2 Příčiny šikany

Příčiny šikanování jsou různé. Nejčastěji se jedná o duševní prázdnotu a chybějící mravní hodnoty agresora. Jako další motivy Kolář (1997) uvádí:

- motiv upoutání pozornosti
- motiv zabíjení nudy
- motiv Mengeleho
- motiv žárlivosti
- motiv vykonat něco velké

10.1.3 Důsledky šikany

Následky šikanování se projevují dlouhodobě a objevují se jak u oběti, tak u agresora. U obětí je to např. nepozornost ve vyučování, nízká schopnost koncentrace, psychosomatická onemocnění, záškoláctví, deprese, úzkostné stavy, pocity méněcennosti.

Naproti tomu u agresora se násilí stává prostředkem získání převahy. Děle agresor za svoje činy přestává brát odpovědnost, nemá soucit s obětí, neumí se kontrolovat, jednájí impulzivně. Zároveň také nejsou schopni předvídat následky svého patologického chování.

10.1.4 Prevence šikany

Stejně jako u všech patologických jevů je snazší jim předcházet než je řešit. I zde se prevence dělí na primární, sekundární a terciární.

Primární prevence se orientuje na děti a mládež, které se ještě se šikanováním neselekaly a jejím cílem je formování morálních hodnot a zdravého životního stylu.

V sekundární prevenci se uplatňuje cílevědomá práce s agresivními dětmi a mládeží, zobrazuje se tu snaha změnit jejich vadné postoje a názory.

Terciární prevence představuje komplexní péči o vážně narušené děti. Zde je už třeba spolupráce odborníků, jako jsou sociální pracovníci, psychologové, pedagogové.

10.2 Záškoláctví

Dalším negativním společenským jevem, který je rozšířen mezi dětmi a mladistvými, je záškoláctví. Závažnější je tento jev u dětí školou povinných, protože základní školní docházka je ze zákona povinná.

Záškoláctví znamená, že se dítě nebo mladistvý vědomě vyhýbá docházce do školy, bez omluvy se nezúčastňuje vyučování. Většinou se to děje bez vědomí rodičů, ale jsou i rodiny, které své děti do školy neposílají úmyslně.

Podle Krause a Hroncové (2007) se příčiny záškoláctví dělí na vnější a vnitřní. Vnější příčiny jsou ovlivněné závadným rodinným prostředím, dále pak školním klimatem a v neposlední řadě vrstevníky.

U rodinného prostředí jde hlavně o nesprávnou výchovu, nevhodné vzory chování a jednání, uplatňování nepřiměřených trestů, případně další patologie, vyskytující se v rodině.

Školní klima ovlivňuje vznik záškoláctví nevhodným pedagogickým působením, např. nedostatečnou motivací, nespravedlivým hodnocením, nerespektováním individuálních potřeb žáků, výskytem šikany.

Vrstevnická skupina může být příčinou záškoláctví v případě, že nahrazuje dítěti potřeby, které se mu nedostávají jinde, to znamená doma a ve škole. Jde např. o potřebu uznání, pochopení a přátelství.

Vnitřní příčiny se vztahují k osobnosti žáka, jsou ovlivněné labilitou nervové soustavy, psychosociální nezralostí, nedostatečnou adaptibilitou, emocionální labilitou.

Při řešení záškoláctví je třeba součinnosti rodiny, školy a případně odborné pomoci, jakou může být pedagogicko-psychologická poradna. (viz příloha č. 4)

10.3 Krádeže

Ke školnímu prostředí patří také další patologický jev a tím jsou krádeže ve školním prostředí. Jedná se o zcizení cizího majetku bez vědomí majitele.

Motivace ke krádeži mohou být různé, např. nedostatečné sebeovládání v případě, že se dítěti věc líbí, nebo, a to je daleko závažnější, je dítě ke krádeži vybízeno jinými osobami, jako jsou rodiče, spolužáci, kamarádi z party.

V případě zcizení věci vyšší finanční hodnoty může krádež už naplňovat podstatu trestného činu a podle toho je také šetřena a řešena.

11. Prevence a terapie sociálně patologických jevů

Otázka prevence a terapie sociálně patologických jevů je v současné době velmi naléhavá vzhledem k množícímu se výskytu těchto jevů. Předcházení negativním jevům je výhodnější než zákroky proti již vzniklým defektům. U všech sociálně patologických jevů se dá prevence rozdělit do tří základních forem – na primární, sekundární a terciární.

Primární prevence spočívá v posilování odolnosti a obranyschopnosti jedinců tak, aby negativní jevy vůbec nevznikaly.

Sekundární prevence je zaměřena na potencionálně ohrožené jedince nebo skupiny, cílem je jejich vyhledávání a snaha omezit výskyt patologických jevů.

Terciární prevence představuje minimalizaci již vzniklých problémů.

Preventivní působení musí být komplexní a musí mít podporu v celkové sociálně morální atmosféře společnosti. To je v současnosti nejsložitější problém, protože lhostejný, pasivní a nevíšmavý přístup veřejnosti vytváří problematický rámec pro preventivní působení.

Celá problematika souvisí se zdravým životním stylem, kdy každé narušení zdravého způsobu života představuje jisté riziko vzniku sociální deviace. Utváření životního způsobu je zcela individuální záležitost, která souvisí s výchovou k uvědomování si odpovědnosti za své jednání, k ovládnutí svého chování a sebevýchově.

V problematice terapie se dá říci, že každé přetváření návyků, stereotypů a modelů chování je složitější proces, než vlastní utváření, výchova čili prevence. Terapie zahrnuje reedukaci a resocializaci.

Reedukace neboli převýchova znamená změnu jedince v oblasti chování, které by nevybočovalo ze zažitých a společností uznávaných norem. K realizaci se využívá metod pedagogicko-psychologických, sociálně-terapeutických a právních. Převýchovou je míněno blokování a odstraňování určitých nežádoucích projevů a zároveň vytváření nových modelů jednání a chování.

Resocializace je chápána jako zpětná socializace, nebo-li snaha vrátit a začlenit člověka zpět do společnosti.

V obou uvedených procesech platí nezbytnost individuálního přístupu na základě znalosti osobnosti jedince a znalosti prostředí, z kterého pochází. Mohou se ovšem vyskytnout různé komplikace jednak na straně vychovávaného (nepřipouští si své chyby, odmítá spolupracovat), jednak na straně terapeuta (předsudky).

Mezi pracovníky v oblasti sociální prevence patří mimo jiné sociální asistent a kurátor pro mládež. Sociální asistent je pracovník pověřených úřadů, který pracuje s dětmi

a mladistvými v jejich přirozeném prostředí. V praxi se jedná vyhledávací a doprovodnou nízkoprahovou nabídku sociální pomoci – streetwork.

Kurátor pro mládež je orientovaný na práci s dětmi do 15 let, které se dopustily trestného činu, s mladistvými, u nichž bylo zahájeno trestní stíhání a s dětmi a mladistvými se závažnými výchovnými problémy dlouhodobého rázu.

Co se týká služeb v sociální práci, zahrnují sociální poradenství, socioterapii, krizovou pomoc a kontaktní práci.

Sociální poradenství poskytuje dostatek informací o možnostech a způsobech řešení obtížné sociální situace. Patří sem informace z oblasti práva, sociální pomoci a zabezpečení, a z oblasti konkrétních sociálních služeb.

Socioterapie je soubor opatření, která slouží k příznivému ovlivnění stavu situace. Zároveň směřuje k sociální rehabilitaci a integraci.

Krizová pomoc neboli intervence je okamžitá pomoc lidem, kteří se ocitly v krizové situaci, kterou nejsou schopni řešit vlastními silami a prostředky. Patří sem např. krizová lůžka.

Kontaktní práce vytváří podmínky pro navázání kontaktu a konkrétní kontaktní práci s jednotlivci a skupinami osob, které nechtějí nebo nemohou vyhledat institucionální pomoc.

V oblasti sociální prevence je třeba také zmínit specializovaná pracoviště, poskytující pomoc dětem a mladistvým v případech obtížné sociální situace nebo v případech sociálně patologických jevů. Patří sem nízkoprahová zařízení, poskytující služby lidem ohroženým negativními jevy, dále krizová lůžka, která poskytnou okamžitou pomoc v případech osob bez střechy nad hlavou. Domy na půli cesty jsou zařízení, určená pro mladé dospělé, kteří ukončili pobyt v zařízeních ochranné výchovy a nemají zajištěné bydlení.

Domovy pro matky s dětmi poskytují sociální, pedagogickou a socioterapeutickou pomoc při řešení jejich problémů.

Sociálně patologické jevy se vyskytují v každé společnosti a jejím prvořadým úkolem je tyto jevy adekvátně a cíleně řešit, protože jejich rozmach by mohl znamenat destrukci celé společnosti.

11.1 Charakteristika pobytového a resocializačního centra

Svoji asistentkou stáž jsem vykonávala v Azylovém domě pro matky s dětmi v tísní, konkrétně v pobytovém a resocializačním centru MáTa. Jde o organizaci spadající pod Fond ohrožených dětí v Plzni

Fond ohrožených dětí je občanské sdružení na pomoc týraným, zneužívaným, zanedbávaným a opuštěným nebo jinak sociálně znevýhodněným dětem s působností na celém území České republiky. Má pověření k výkonu sociálně – právní ochrany dětí. Mezi jeho zařízení patří azylové domy a rodinná zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc Klokánek.

Mezi základní činnosti poskytované služby patří výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutická činnost, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů, při obstarávání osobních záležitostí, pomoc při zajišťování chodu domácnosti. Služba se zaměřuje na ochranu dětí ohrožených týráním, zanedbáváním, zneužíváním (Syndrom CAN). Další působnost služby je zaměřena na vyhledávání a včasné odhalení případů ohrožených dětí s cílem sanovat rodinné prostředí tak, aby v něm děti mohly zůstat. Není-li to možné, jsou děti umisťovány do zařízení FOD.

Pobytové a resocializační centrum MáTa poskytuje v Plzni pobytovou sociální službu – azylový dům pro matky s dětmi v tísní. Posláním tohoto centra je poskytovat pomoc s přechodným ubytováním nezletilým dětem s jejich zákonným zástupcem, těhotným ženám starším 18 – ti let a zletilým dívkám opouštějícím ústavní výchovu. Všichni tito klienti se ocitají v nepříznivé sociální situaci, nejčastěji bytové krizi, která ovšem bývá spojena s dalšími problémy, jako jsou domácí násilí, rozvod, ztráta příjmu apod. Tito lidé se svojí tíživou sociální situací ztrácejí možnost normálního sociálního fungování a potřebují pomoc, tzv. sociální oporu.

Sociální fungování lze charakterizovat jako proces, který se uskutečňuje v rámci sociálních interakcí mezi nároky prostředí a jedincem, který v tomto prostředí žije. Problém v oblasti sociálního fungování nastává tam, kde je porušena rovnováha mezi nároky prostředí a schopnostmi člověka tyto nároky zvládat. Tuto rovnováhu mohou narušit různé faktory, např. domácí násilí, špatné rodinné vztahy, nechtěné těhotenství, ztráta příjmu, zdravotní stav, invalidita, narození postiženého dítěte apod. Potom záleží na individualitě každého člověka, jestli se s danou situací dokáže vyrovnat, nebo potřebuje pomoc okolí. Sociální fungování je podmíněno naplněním lidských potřeb. Mezi tyto potřeby patří potřeby fyziologické (jídlo,

přístřeší, bezpečí, péče o zdraví, ochrana), potřeby psychologické (pocit zvládnání situací, sebedůvěra, sebeúcta, osobní identita), sociální potřeby (pocit sounáležitosti, sdílení společenství, uznání), duchovní potřeby (víra v něco, morální přesvědčení o správnosti jednání, prožívání krásného, kulturní identita, přesvědčení o smysluplnosti života). Tato charakteristika sociálního fungování poukazuje na určitou dynamičnost sociální interakce mezi člověkem a nároky jeho prostředí. V případě neschopnosti nebo nemožnosti člověka adekvátně reagovat na změnu sociální situace, je třeba, aby nastoupila pomoc zvnějšku – sociální opora.

Sociální opora je pomoc poskytovaná člověku druhými lidmi, jde o činnost, která člověku v tísní zátěžovou situaci ulehčuje. Může se mluvit i o tzv. sociální síti, což je skupina lidí, se kterými je jedinec v sociálním kontaktu o od kterých je možno očekávat pomoc. Touto skupinou mohou být nejbližší rodina, přátelé, kamarádi, spolupracovníci, nebo lidé pracující v sociální oblasti – sociální pracovníci. Jestliže člověk nemá správné sociální kontakty, hrozí mu sociální izolace.

Sociální opora může mít více podob. Jedná se o oporu instrumentální, kdy je pomoc poskytována ve formě nějakých prostředků (finance, dary, ubytování), nebo oporu informační (poskytnutí základního nebo speciálního poradenství), dále o oporu emocionální nebo hodnotící.

U sociální opory se také rozlišují její různá pojetí. Jde např. o pojetí sociální opory jako uspokojování sociálních potřeb – hlavně potřeba komunikace, přátelského vztahu, určitého sociálního připoutání, porovnávání sebe s druhými lidmi, potřeba kooperace, zajištění sociálního bezpečí proti agresivitě druhých, potřeba sociální integrace a v neposlední řadě potřeba lásky. Další pojetí sociální opory je pojetí jako nárazníku. Jde o efekt nárazníkového vlivu, tzn. Tlumit negativně doléhající působení stresoru. Dá se to zvládat ovlivněním kognitivní sféry, posílením sebeúcty, volbou snadnější strategie a snižováním negativního působení stresoru na fyziologické dění.

Sociální pomoc ale může mít i negativní stránku – jde o nadměrnou pomoc, která může být klientovi nepříjemná, může vyvolávat pocity bezmocnosti a nadměrnou závislost, nebo může být tato pomoc poskytována v nevhodné formě. To vše může mít u klienta negativní dopad na jeho osobnost a může vést ke vzniku nedůvěry v okolí, případně prohloubení sociální izolace.

MáTa patří mimo jiné mezi resocializační zařízení, proto zde uvedu krátkou charakteristiku pojmu resocializace. Resocializace znamená opětovou socializaci u člověka, který tímto procesem již prošel a z nějakého důvodu byl tento proces narušen nebo přerušeno.

Průběh resocializace závisí na schopnosti adaptace dané osoby na sociální změnu, na jeho ochotě měnit hodnotovou orientaci, na jeho postojové otevřenosti, na schopnosti přijímat nové sociální role a nové vzorce chování. Nezanedbatelným faktorem při resocializaci je také míra odlišnosti nového sociálního prostředí, jeho nabízené možnosti pomoci a jeho otevřenost vůči novému jedinci. Důležitou roli hraje také možnost získávání nových informací, možnost navázání nových sociálních kontaktů a emocionální vazby na dřívější prostředí.

Specifickým případem resocializace je reedukace, což je převýchova osob s poruchami chování. U takových klientů se usiluje o změny v chování tak, aby se mohli vrátit do normálního života. K tomu se používá komplexní systém pedagogicko – psychologických metod a sociální terapeutiky. Cílem resocializace a reedukace je dosáhnout u klientů takové míry samostatnosti a subjektivní spokojenosti, aby mohli vést normální život.

Nyní se pokusím charakterizovat centrum MáTa tak, jak jsem měla možnost ho poznat během své stáže. Jak jsem psala již výše, klientelou centra jsou hlavně ženy s dětmi, které se ocitly v nepříznivých sociálních situacích. Hlavní činnost centra je tedy zaměřena na pomoc těmto ženám a jejich dětem. Cíle a poslání centra se dají shrnout do několika bodů:

- Poskytnutí základního sociálního poradenství a pomoc při orientaci ve vzniklé situaci. Většinou žen je třeba zajistit bezpečí a zázemí na nezbytně nutnou dobu, kterou potřebují k řešení své situace. Sociální pracovníci zde poskytují základní informace ohledně pobytu v centru, ženy jsou ubytovány v přidělených buňkách nebo bytech a mají povinnost dodržovat Ubytovací řád. Každé klientce je individuálně přidělen tzv. klíčový pracovník, který jí napomáhá řešit její svízelnou sociální situaci.
- Poskytnutí pomoci při prosazování práv a zájmů klientek. Zde se většinou jedná o zprostředkování pomoci dalších odborníků jako je lékař, psycholog a právník. Klientky mají nárok na odbornou bezplatnou pomoc specialistů, kteří buď do centra docházejí nebo jsou ženám k dispozici na specializovaných pracovištích, jejichž seznam je v centru. Ženy nejvíce využívají pomoc psychologa, protože většinou do centra přicházejí ve špatném fyzickém stavu. Psychologická pomoc může být individuální nebo skupinová. Některé klientky zpočátku mají potíže mluvit o svém ponižování a dalších útrapách před ostatními, ale postupem času přistupují i na skupinovou terapii. Výhodou této terapie je, že se mohou podělit o své negativní prožitky s ostatními a naopak vyslechnou příběhy jiných žen, což je pro ně zpravidla přínosem, protože vidí, že se v této situaci ocitají i jiné ženy. Psycholog je během sezení také učí asertivitě, aby byly schopny znovu nalézt ztracenou sebedůvěru a sebeúctu. Ženy, které se staly oběťmi domácího násilí, svalují vinu na sebe, proto i zde je potřebná pomoc psychologa, aby si uvědomily, že nebyly týrány pro své

vlastnosti nebo schopnosti, ale že vina je vždy na straně vadné osobnosti agresora. K tomu se používají různé modelové situace.

- Podpora rozvoje a získávání nových schopností a dovedností klientek. Zde je snaha posílit samostatnost a soběstačnost žen tak, aby se dokázaly postarat o své děti, vrátit se do běžného života a vést další život zcela samostatně. Pro klientky jsou zajišťovány různé kurzy týkající se péče o domácnost a výchovy dětí, a to s ohledem na potřeby stávajících klientek. Tato služba je využívána hlavně mladými maminkami, nebo mladými těhotnými ženami, které s mateřstvím a vedením domácnosti ještě nemají zkušenosti. V době mé stáže zde byly i těhotné ženy, které se právě díky těhotenství ocitly bez přístřeší, bez rodiny a bez partnera a centrum pro ně bylo záchrannou sociální sítí. Tyto ženy se sem dostávají většinou bez prostředků, bez základních informací a jsou vděčné za každou poskytnutou pomoc. I co se týká materiální pomoci, např. dětská vybavička, není vždy snadné takové ženě pomoci. Centrum je proto vděčné za každý sponzorský dar, ať již finanční nebo věcný.
- Vytváření podmínek pro obnovení a upevnění kontaktu s vlastní rodinou. V centru je klientkám k dispozici návštěvní místnost, kde se mohou setkávat s rodinnými příslušníky a přáteli, návštěvy na buňkách a bytech jsou ovšem zakázány. Jde o bezpečnostní opatření, protože spousta klientek je zde právě z důvodu domácího násilí. Ale na druhou stranu je vhodné pokusit se navázat kontakty se svojí původní rodinou, která často nemá o situaci ženy ani ponětí. Dost často to jsou právě rodiče žen, kteří se nakonec zapojí do tzv. individuálního plánování, což je jedna z dalších možností pomoci. I pro ženy samotné je kontakt s blízkými přínosem, hlavně po stránce psychické.
- Získání vlastního vhodného bydlení mimo síť azylových domů. Tento cíl je dosti obtížný, protože klientky mají většinou i finanční potíže, a tak získat bydlení odpovídající finančním možnostem klientek není jednoduché. V těchto případech pomáhá klíčový pracovník své klientce, někdy se situace řeší i změnou práce, když je možné získat s novou prací i ubytování. Jindy se bytová situace vyřeší právě díky původní rodině, která ženě a dětem poskytne bydlení.
- Poskytnutí bezpečí. Zde jsem se setkala s novým pojmem a to je utajený pobyt. V podstatě jde o to, že žena není v bezpečí před svým násilnickým partnerem ani v pobytovém centru, takže je nutné zajistit jí a jejím dětem pobyt jinde – utajeně. V praxi to znamená, že ani žena, ale ani zdejší sociální pracovnice neví, do péče kterého sociálního zařízení bude tato klientka předána. Většinou je jí zakoupena jízdenka do Prahy, kde už na ni čeká jiný sociální pracovník a ten zařídí vše potřebné. Podle informací

sociálních pracovníků ve zdejšímu centru ale ne všechny klientky vydrží psychický tlak, protože vlastně musí přerušit veškeré kontakty s rodiči, přáteli a kolegy, a po čase třeba kontaktují některé blízké osoby a tím se celá transakce stává zbytečnou. Jak mi také bylo sděleno, jednou tento psychický tlak nevydržela dcerka týrané ženy a zavolala otci, že se jí po něm stýská a také mu pověděla, kde s matkou jsou a výsledkem bylo znovu napadení ženy, která poté skončila v nemocnici.

- Sociální depistáž. Tato činnost se provádí proto, že ne každý člověk je schopen vyhledat poradenská místa ve svém okolí. Proto zdejší sociální pracovníci provádějí sociální depistáž. Je to vyhledávání sociálně, kulturně a zdravotně znevýhodněných jedinců v rizikovém prostředí. Depistáž se provádí formou místního šetření, nejčastěji na základě upozornění na problémovou situaci. V rámci dalšího šetření se pak získávají informace a podklady pro další sociální práci, eliminaci rizik, případně pro azylový pobyt v centru. V této činnosti mají své nezastupitelné místo lékaři, ať už praktičtí nebo pediatri, kteří jsou často jako první v kontaktu s klienty. Poté upozorní příslušné úřady a i dále spolupracují s centrem.
- Sociální rehabilitace. Jedná se o soubor specifických činností, které směřují k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti klientek centra. Tato rehabilitace je velmi důležitá hlavně pro oběti domácího násilí, které do centra přicházejí psychicky zlomené, někdy i s podlomeným zdravím. Jejich sebedůvěra a sebeúcta je silně poškozena, nevěří si, jsou často závislé na agresorovi. V centru proto dochází k posilování návyků a nácvičce běžných výkonů a pro samostatný život nezbytných činností, které si ženy zase musí osvojit. Při tom se alternativním způsobem využívá zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí klientek.
- Ubytování na krizový pokoj. Tato služba centra je poskytována klientkám, které se ocitly v mimořádně tíživé životní situaci a nemají v danou chvíli jinou možnost ubytování. Jde o případy domácího násilí, náhlého vyhoštění z bytu, ohrožení života. Tyto klientky mohou být na dobu až 5 dnů ubytovány na krizový pokoj. O ubytování rozhodne přítomná sociální pracovníce, nebo pracovníce, která má službu na telefonu. Tato pomoc neprobíhá standardně, protože situace většinou vyžaduje okamžité řešení – např. když v noci přijde žena s dětmi a žádá o ubytování, protože je opilý manžel ohrožoval na životě. Celý krizový případ se později řeší a rozhoduje se o následném ubytování na nezbytně dlouhou dobu.

Během své asistentké stáže jsem měla také možnost poznat sociální práci s klientkami po praktické stránce. Se souhlasem některých klientek jsem mohla nahlédnout do jejich spisů,

mohla jsem se zúčastnit některých jejích sezení s klíčovými pracovníky a mohla si tak udělat představu, jak taková práce probíhá v praxi.

Důležitým faktorem při sociální práci je navázání kontaktu s klientkou. Ženy často přicházejí do centra psychicky zlomené, s malým sebevědomím a s nedůvěrou ke všemu okolnímu. Na pracovníci je, aby tuto nedůvěru dokázala překonat a dala ženě najevo, že nemusí mít strach se svěřit, že snahou celého personálu je jí pomoci.

Základem navazování a vytvoření vztahu důvěry je rozhovor. Jde o komunikační metodu, kdy se získávají informace. Rozhovor může být řízený nebo volný. Při řízeném rozhovoru aktivitu přebírá sociální pracovníce, vyptává se a klientka odpovídá. Používá se např. metoda trychtýře, při které pracovníce směřuje své otázky od obecných informací k těm, které přímo souvisejí s krizovou situací klientky. Při volném rozhovoru má hlavní aktivitu klientka, která vypráví a pracovníce pokládá pouze doplňující otázky. Zde se dá použít např. metoda doprovázení, kdy pracovníce naslouchá a pouhým příkyvováním dává najevo svůj zájem a svoji účast. Umění naslouchat je nejdůležitějším předpokladem pro navázání vhodného vztahu s klientkou. Pro rozhovor je důležité prostředí, které by mělo být klidné, bez rušivých faktorů, dále je důležitá otevřenost a celková osobnost sociální pracovníce.

U každé klientky se při přijetí provádí tzv. sociální anamnéza. Vychází hlavně z rozhovoru a poskytuje sociální pracovníci informace, ze kterých se dělá úsudek o problému a z kterých se vychází při řešení tíživé situace. Při sociální anamnéze se musí ctít klientčino soukromí a brát ohledy na její současný psychický stav. Při rozhovoru se zjišťují následující informace:

- struktura rodiny – složení rodiny, osobní data, adresy
- ekonomické poměry – zaměstnání, pracovní schopnost, fakta o výdělcích, měsíční výdaje, nepravidelné platby (koníčky, mimořádné výdaje), půjčky, splátky, vyživovací povinnost
- údaje o zdravotním stavu – rodinné dispozice k onemocněním, obtížné porody, nemocnost dětí, úrazy, chronická onemocnění, psychické problémy
- bytové poměry – poloha bytu, vybavenost bytu, zařízení
- výchovné poměry – výchova dětí v rodině, odměny a tresty, spolupráce se školou, reakce dětí na problémy rodičů, vztahy mezi členy rodiny, vztahy se širší rodinou, role matky a otce v rodině, jejich vztah k dětem, vztahy mezi manželi navzájem, vztahy rodiny a jiných sociálních skupin (přátelské skupiny, pracovní, sousedské)
- současná tíživá sociální situace – vznik, příčiny vzniku, délka trvání, možnosti nápravy situace, patologické sociální vlivy, postoj všech zúčastněných k celé situaci, kladné a záporné stránky zúčastněných osob

Z informací, které se zjistily v sociální anamnéze, sociální pracovnice stanovuje tzv. sociální diagnózu a vytváří plán opatření, které by měly klientce pomoci daný problém vyřešit. V praxi to znamená, že se situace posuzuje z různých hledisek, neřídka pracovnice vše konzultuje s ostatními kolegyněmi. K tomu by měla mít klientčin souhlas. Při hodnocení sociálních problémů se někdy vyžadují i odborné posudky a zprávy od lékařů, psychologů, psychiatrů apod.

Při navrhování řešení a vytváření plánu sociální terapie se musí zvážit reálné možnosti klientky, např. v oblasti ekonomické, psychické, zdravotní, bytové apod. V centru se provádí metoda individuálního plánování. Tento plán slouží k vyřešení aktuální životní situace klientky. Sociální pracovnice spolu s klientkou vypracuje individuální plán, který zahrnuje konkrétní kroky, které je třeba podniknout a zařídit, aby se situace stala pro ženu řešitelnou. Protože je kladen důraz na spoluúčast klientky při vypracovávání individuálního plánu, žena si sama stanovuje úkoly, které je schopna zvládnout bez pomoci a úkoly, se kterými potřebuje poradit od sociálních pracovnic. Dosahování stanovených cílů je sledováno a zaznamenáváno s klíčovým pracovníkem, který byl ženě přidělen na začátku jejího pobytu a který s ní pracuje po celou dobu. Tak má klíčový pracovník celistvý přehled o celém případě a může hodnotit jeho posun. Pokud se řešení situace zúčastňuje i některá jiná sociální pracovnice, je vždy povinna spolupracovat i s klíčovým pracovníkem. Zásadním úkolem klíčového pracovníka je pomoci klientce vyjádřit podobu současné situace, zjistit její představy o naprosto dokonalé změně krizové situace a na základě těchto představ a klientčiných možnostech formulovat reálné cíle, kterých by mělo být vzájemnou spoluprací dosaženo. Každé tři měsíce probíhá revize individuálního plánování, kdy se vyhodnocuje jeho kvalita. Při ukončení pobytu ženy v centru je individuální plánování ukončeno.

Mezi sociálně pedagogické metody používané v centru patří:

- socioterapie – jde o soubor opatření sloužících k příznivému ovlivnění stavu a sociální situace, směřuje k sociální rehabilitaci a integraci. Součástí socioterapie je psychosociální trénink vedoucí ke zvyšování sociálních kompetencí, samostatnému řešení dané situace a odpovědnosti za svůj život.
- aktivační metody s výchovným kontextem – tyto metody vedou k rozšíření vědomostí a dovedností, k vytvoření žádoucích návyků zdravého životního stylu, k řešení běžných životních situací vlastními silami.
- pomoc v prosazování práv a zájmů – tato metoda zahrnuje doprovod klientek na úřady, sociálně právní pomoc, pomoc s úředními listinami, korespondencí, pomoc při shánění bydlení a zaměstnání.

- psychoterapeutické metody – mají za cíl působit na potíže klientek psychologickými prostředky. Obsahují hlavně činnosti vedoucí k odstranění psychologických problémů, nastartování změny životních stereotypů, sebepoznání, porozumění vztahu mezi osobní minulostí a současností, posílení důvěry ve vlastní schopnosti, uvědomění si vlastní hodnoty, stanovení individuálních hranic.
- asertivita – je to komunikační metoda, jde o zdravé prosazení sama sebe.

Protože veškeré služby poskytované v centru MáTa jsou služby intervenční, chtěla bych se zde ještě zmínit o účelu sociální intervence. Účelem tedy je:

- úprava mezilidských vztahů – v partnerských vztazích, ve vlastní rodině, v širší rodině
- získání náhledu na vlastní situaci – objektivita, nahlédnutí do vlastní situace z jiného úhlu pohledu
- vyjasnění komunikace – s okolím, se společností
- osvojení si nových návyků a způsobů jednání – asertivní chování
- zvládnutí krizové situace – samostatně, s pomocí sociálních pracovníků, se svojí rodinou, prevence recidivy

Na závěr této charakteristiky bych se ještě chtěla zmínit o provozu pobytového centra MáTa. Maximální kapacita centra je 39 lůžek a 15 přistýlek včetně dětských postýlek. Počet lůžek v bytových jednotkách je možné přizpůsobit počtu dětí, ovšem jen v rámci zachování důstojného bydlení. Cena ubytování je od 1950 Kč do 3550 Kč, je závislá na ekonomických poměrech klientky. V centru je zajištěna také bezbariérovost pro postižené klientky nebo jejich postižené děti.

Klientky v centru mají samozřejmě svoje práva a také povinnosti. Stručně je zde shrnu. Mezi práva klientek patří poskytnutí ubytování na dobu max. 1 roku, právo na soukromí a ochranu jejich dat, vytvoření podmínek pro zajištění úklidu, praní a žehlení osobního prádla, pomoc při vyřizování běžných záležitostí vyplývajících z individuálních plánů, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou, podporu při aktivitách pomáhajících sociálnímu začlenění, využívání společných prostor centra, využívání zahrady, právo na úschovu finanční hotovosti a cenných předmětů, právo na stížnost a její řešení.

Mezi povinnosti klientek patří: zajištění řádné péče o nezletilé děti, dohlížet na řádnou školní docházku svých dětí, nést zodpovědnost za poškození vybavení centra, pravidelná účast na komunitách a individuálním plánování, aktivní přístup k řešení své složité sociální situace, dodržování interních pravidel centra, zdržet se aktivit vedoucích k vzájemným neshodám, dodržovat zásady slušného chování, splatit závazky vůči centru a při ukončení pobytu předat bytové prostory v pořádku.

Poskytované služby jsou ryze individuální a prosazuje se partnerský přístup. To znamená, že je respektována jedinečnost každého člověka, jeho specifické potřeby, možnosti a že je podporována jeho aktivita a zodpovědnost za své jednání a rozhodování. Zdejší služby jsou založeny na respektování důstojnosti a autonomie obou zúčastněných stran: pracovník – pracovník, pracovník – klientka, klientka – klientka. V centru pracují vysoce kvalifikovaní pracovníci, kteří si průběžně zvyšují své odborné znalosti a dovednosti v rámci školení, seminářů, kurzů a samostudiem. Důležitou stránkou je také podpora přirozené vztahové sítě klientek a jejich začlenění do společnosti. S tím také souvisí flexibilita poskytovaných služeb, kdy dochází k pružné reakci na potřeby klientek, protože každý případ má zde svoji určitou specifickou specifičnost. A proto nelze řešit jednotlivé případy stejně. Samozřejmostí je v centru ochrana osobních údajů klientek a nestrannost a nediskriminace. To znamená, že služby jsou poskytovány všem stejně bez rozdílu věku, sexuální orientace, náboženského vyznání a příslušnosti k národnostní nebo rasové menšině.

Všechny vyjmenované principy pracovníci dodržují při své práci s klientkami. Dále se také řídí etickým kodexem pracovníka Pobytového a resocializačního centra MáTa.

Závěr

Různé negativní jevy provázejí člověka již od samého počátku vývoje. S měnícím se společenským klimatem se mění i tyto jevy. V současné konzumní společnosti se množí sociálně patologické jevy, postihující stále nižší věkové kategorie, které by mohly do budoucna negativně ovlivnit příští generace.

Cílem mé práce bylo poukázat na delikventní chování a kriminalitu dětí a mládeže. Popsala jsem řadu sociálních faktorů, které působí na rozvoj poruch chování mladé generace.

Ukazuji na vliv rodiny, která ovlivňuje charakter rozvoje osobnosti. Vzhledem k tomu, že v současnosti přibývá patologických rodin, kde se vyskytuje násilí, týrání nebo závislosti, dá se předpokládat, že patologické chování a jednání mladé generace bude narůstat. Dnešní rodina má na své děti málo času, chybí zde také mezigenerační vztahy a celkově lepší komunikace.

Pozornost jsem věnovala i dalšímu prostředí, kde děti a mládež tráví velkou část času, a tím je škola. Ovšem tam, kde z nějakého důvodu selhává rodinná výchova, tam ani vliv školského zařízení na překonání problému nestačí. Naopak, i do škol se začínají dostávat negativní jevy, které také mohou nenapravitelně poškodit vývoj dítěte.

Ve své práci jsem se zabývala i otázkou drogových závislostí, což se jeví jako velký problém současnosti. Nejenom, že drogy narušují fyzický i psychický stav mládeže, ale zatěžují celou společnost, protože rostoucí závislosti si vyžadují pružnější řešení situace, a na to nejsou finanční prostředky.

Vzhledem k tomu, že současná uspěchaná doba nedává mnoho možností pro upevnování sociálních vazeb v rodině, velká část dětí a mladistvých se uchyluje do skupiny vrstevníků a tak se může dostat do situace, kdy začne porušovat společenské nebo právní normy. A odtud je už jen malý krůček ke skutečné kriminalitě.

Jak jsem již psala v úvodu, zabývala jsem se ve své práci také prevencí sociálně patologických jevů. Platí pravidlo, že je lepší problémům předcházet než je řešit. A v oblasti patologických jevů to platí dvojnásob. Záleží na každém z nás, jak se k této problematice postaví.

Seznam literatury:

- BEDNÁŘOVÁ,Z.,PELECH,L.: *Slabikář sociální práce na ulici*. Brno: Doplněk, 2003.
ISBN 80-7239-148-8
- DUNOVSKÝ,J.,DYTRYCH,Z.,MATĚJČEK,Z.: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*.
Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5
- ELLIOTT,M.: *Jak ochránit své dítě*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-034-0
- HRČKA,M.: *Sociální deviace*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001
ISBN 80-85850-68-0
- JEDLIČKA,R.,KLÍMA,P.,KOŤA,J.,NĚMEC,J.,PILÁŘ,J.: *Děti a mládež v obtížných
životních situacích*. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0
- KOLÁŘ,M.: *Skrytý svět šikanování ve školách*. Praha: Portál, 1997.
ISBN 80-7178-123-1
- KOMENDA,J.: *Sociální deviace*. Olomouc: UP, 1999. ISBN 80-244-0019-7
- KRAUS,B.,HRONCOVÁ,J.: *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007.
ISBN 978-80-7041-896-3
- MATOUŠEK,O.,KODYMOVÁ,P.,KOLÁČKOVÁ,J.: *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál,
2005. ISBN 80-7367-002-X
- MATOUŠEK,O.,KROFTOVÁ,A.: *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 1998.
ISBN 80-7178-226-2
- NAVRÁTIL,P.: *Romové v české společnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-741-8
- NEŠPOR,K.,PERNICOVÁ,H.: *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. Praha: Portál, 1999.
ISBN 80-7178-299-8
- NETÍK,K.: *K osobnosti kriminálního toxikomana*. Praha: PCP, 1991.
ISBN 80-85121-25-5
- NOVOTNÝ,I.: *Drogová závislost*. Bratislava: Metodické centrum města Bratislavy, 1995.
ISBN 80-7164-081-6
- SMUTKOVÁ,L.: *Sociální práce s rodinou*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007.
ISBN 978-80-7041-069-1
- VÁGNEROVÁ,M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské
psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9
- VANÍČKOVÁ,E.: *Dětská prostituce*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1138-9
- URBAN,E.: *Toxikomanie*. Praha: Avicenum,1973. ISBN 0-8261-1349-4

Příloha č. 1: Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018

NÁRODNÍ STRATEGIE PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2010-2018

Účel:

Zabezpečit ochranu jednotlivců a společnosti před zdravotními, sociálními, ekonomickými riziky škod, které může užívání drog přinášet a zajistit bezpečnost jednotlivců, společnosti a majetku před dopady v podobě trestné činnosti spojené s distribucí a užíváním drog.

Primární prevence

Snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi

Podstata prevence spočívá především v realizaci specifických preventivních aktivit (s prokázanou efektivitou). Intervence v oblasti specifické prevence jsou zaměřeny zejména na dosažení následujících změn:

- motivace k životnímu stylu bez drog,
- motivace k návratu k životnímu stylu bez drog, pokud k experimentálnímu či příležitostnému užívání drog dochází,
- posunutí zahájení experimentování s drogami (užívání drog) do vyššího věku,
- snížení míry užívání drog, pokud k experimentálnímu či příležitostnému užívání drog dochází,
- snížení rizik spojených s užíváním drog, pokud k experimentálnímu či příležitostnému užívání drog dochází.

Léčba a sociální začleňování

Snížit míru problémového a intenzivního užívání drog

Intervence realizované v oblasti léčby a sociálního začleňování jsou zaměřeny zejména na dosažení následujících změn:

- návrat k životnímu stylu bez drog u osob užívajících pravidelně a dlouhodobě návykové látky či u osob závislých na návykových látkách,
- zlepšení celkového zdraví uživatelů drog a závislých na návykových látkách včetně jejich psychiatrické a somatické komorbidity,
- zlepšení sociálního statutu a míry sociálního začlenění uživatelů drog a závislých na návykových látkách,
- snížení rizik negativních zdravotních a sociálních důsledků u uživatelů drog a závislých na návykových látkách.

Snižování rizik

Snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost

Intervence v oblasti snižování rizik (harm reduction) jsou zaměřeny na snižování nepříznivých zdravotních a sociálních důsledků užívání drog pro společnost a samotné uživatele, kteří drogy aktuálně užívají:

- snížení rizik negativních zdravotních (somatických a psychických) důsledků u uživatelů drog a závislých na návykových látkách; zejména se jedná o výskyt předávkování, infekčních nemocí a další somatické a psychiatrické komorbidity,
- snížení rizik negativních sociálních důsledků u uživatelů drog a závislých na návykových látkách; zejména se jedná o nezaměstnanost, problémy v rodinném a sociálním životě a/nebo páchaní trestní činnosti.
- snížení míry užívání drog a motivace k návratu k životnímu stylu bez drog u uživatelů drog a závislých na návykových látkách.

Snižování dostupnosti drog

Snížit dostupnost drog. zejména pro mladé lidi

Intervence v oblasti vymáhání práva, které jsou postaveny zejména na efektivnějším využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů jsou zaměřeny na:

- omezení dostupnosti legálních a nelegálních drog, zejména pro děti a mládež,
- regulace a kontrola trhu s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a prekursory drog,
- potírání trestné činnosti spojené s neautorizovanou výrobou, distribucí a jiným nakládáním s drogami, zejména její organizované a mezinárodní formy,
- ochrana zdraví a bezpečnosti osob a společnosti a ochrana majetku před trestnou činností spojenou s výrobou a distribucí drog a před jejími důsledky tak, aby škody utrpěné jednotlivci a společností byly co nejnižší.

Koordinace a financování – Koordinace a racionalizace zdrojů jsou organizačními aktivitami veřejné správy, které zahrnují mechanismy zabezpečující koordinaci a efektivní rozložení odpovědnosti mezi orgány

státní správy a jiné instituce, stejně jako optimalizaci zdrojů s cílem zamezit jejich překrývání ve sféře drogové problematiky. Aktivity obsažené v této oblasti proto budou směřovat ke zkvalitnění koordinace a financování.

Monitoring, výzkum, evaluace – Aktivity budou směřovány k získání validních, včasných a srovnatelných dat o rozsahu a dopadech užívání drog jako základního předpokladu pro přijímání kvalifikovaných rozhodnutí

(politických na národní a místní úrovni i rozhodnutí individuálních). Evaluační metody budou využívány pro zhodnocení účinnosti přijatých opatření jako podkladu pro racionální

rozhodování o alokaci zdrojů. Informace o drogovém problému a o účinnosti opatření k jeho řešení budou poskytovány nositelům rozhodovacích pravomocí a odborné i laické veřejnosti.

Mezinárodní spolupráce – Zapojení do mezinárodní spolupráce je definováno v rovině globálního vnímání drogového problému; na jedné straně určuje optimalizaci zapojení ČR do mezinárodních a evropských záležitostí v drogové problematice a podílení se na vytváření mezinárodního rámce protidrogové politiky, na straně druhé umožňuje ČR stavět na mezinárodních zkušenostech.

Příloha č.2: Trpíte závislostí?

1. Ztratil jste někdy čas určený k práci kvůli hazardní hře?
2. Učinila hra Váš život doma nešťastný?
3. Poškodila hra Vaši pověst?
4. Hrál jste někdy proto, abyste získal peníze, jimiž byste zaplatil dluhy nebo vyřešil finanční problémy?
5. Cítíte po hře výčitky svědomí?
6. Zmenšilo hraní Vaši ctižádost a výkonnost?
7. Když prohrajete, máte pocit, že se musíte co nejdříve vrátit a vyhrát, co jste prohrál?
8. Když vyhrajete, máte silnou touhu se ke hře vrátit a vyhrát ještě víc?
9. Hrajete často tak dlouho, dokud neprohrajete poslední peníze?
10. Půjčil jste si někdy peníze, abyste financoval hru?
11. Prodal jste někdy něco, abyste financoval hru?
12. Nechce se Vám používat peníze ze hry pro normální účely?
13. Způsobila hra to, že se nestaráte o prospěch rodiny?
14. Hrál jste někdy déle, než jste měl původně v úmyslu?
15. Hrál jste někdy, abyste unikl starostem a trápením?
16. Spáchal jste někdy nebo jste někdy uvažoval o spáchání nezákonného činu, abyste financoval hru?
17. Působí Vám hra potíže se spaním?
18. Vedou hádky, nespokojenost nebo zklamání k tomu, že ve Vás vzniká touha hrát?
19. Když se na Vás usměje štěstí, cítíte touhu to oslavit,
20. Uvažoval jste někdy o sebezničení kvůli hazardní hře?

Většina patologických hráčů odpoví v tomto testu kladně nejméně na šest z těchto otázek.

Zdroj: www.anonymgambler.czweb.org

Příloha č. 3: Statistika ROSA: Děti, svědci domácího násilí

Ve vztazích našich klientek v roce 2008 žilo 252 dětí. Z nich 245 dětí (97 % dětí) bylo svědky domácího násilí namířeného na jejich matky. Děti se stávají svědky nejen psychického násilí (zesměšňování, shazování, ponižování, vulgárních nadávek, výhrůžek), ale i fyzických útoků na své matky (fackování, kopání, bití, topení, znásilnění, škrcení) .

Všechny z těchto dětí (97 % %) jsou svědky psychického násilí -nadávek, ponižování a dalších forem psychického násilí, některé z nich zažily fyzický útok na svou matku . Počet dětí, které jsou svědky domácího násilí se zvýšil o 2 procenta. Vysoký podíl dětí, které jsou svědky násilí doma může být jednak dán tím, že do centra ROSA přicházejí problémy s násilím otevřít dlouhodobé oběti násilí . Stejně tak v závislosti na sociálně ekonomických podmínkách v ČR a zejména v Praze je dané, že rodina žije na „malém prostoru“ a násilí nelze neslyšet a nevidět – většina obyvatel bydlí v bytech a nikoli rozlehlých rodinných domech.

Příloha č. 4: Zápis z výchovné komise

Zápis z výchovné komise k řešení neomluvené nepřítomnosti žáka

Jméno žáka /žákyně:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Škola – třída - ročník:	

Účastníci jednání: zákonní zástupci žáka

třídní učitel
výchovný poradce
vedení školy
kurátor sociálně-právní ochrany dětí
školní metodik protidrogové prevence
zástupce rady školy
ostatní

Předmět jednání:

Výchovná opatření:

Zapsal/a/:

S uvedenými skutečnostmi zákonní zástupci souhlasí a zavazují se řídit závěry tohoto jednání.

Datum:

Podpis zákonných zástupců:

Razítko školy:

Podpis ředitele / ředitelky školy:

Zdroj: SOŠ prof. Švejcara, Plzeň

Souhlas k půjčování diplomové práce

Souhlasím s tím, aby moje diplomová práce byla půjčována ke studijním účelům. Žádám, aby citace byly uváděny způsobem užívaným ve vědeckých pracích a aby se vypůjčovatelé řádně zapsali do přiloženého seznamu.

V Plzni dne 22. 6. 2010

.....
Podpis

Pořadové číslo	Jméno čtenáře	č. ISIC karty	Bydliště	Datum