

PhDr. Jana SEVEROVÁ, CSc.,

SOCIÁLNÍ OTÁZKY SOUČASNOSTI.
(Pro bakalářské studium LF MU)

BRNO 2002

KAPITOLA I.

K historii sociálních problémů lidstva.

Ze statistiky UNICEF vyplývá, že denně na světě umírá okolo 40 000 dětí. Ročně jich zemře 14 milionů. Každý sen se nespočet dětí vystavuje nebezpečí násilí, každý den zůstává 60 milionů dětí zcela bezprizorných, 40 milionů dětí hladem, 20 milionů trpí podvýživou a 100 milionům je upřeno školní vzdělání. Pokud nezemrou, stávají se členy různých part, tlup a gangů a podílí se na závažné trestné činnosti, jako je např. prodej drog- tzv., crack children. Většina z nich je ozbrojena a bez skrupulí zabijí kohokoliv, a to ze zcela malicherných příčin. Každým rokem je u 350 milionů žen zjištěna chudokrevnost a půl milionu matek každým rokem umírá na porodní či poporodní komplikace.

Dlouhodobě existující chudoba, zvýšená a neregulovaná porodnost, válečné konflikty, hospodářská recese jsou jedněmi z mnoha zdrojů narůstajících sociálních problémů světa, které nejsou zatím v plném rozsahu úspěšně řešitelné.

Když budeme postupovat po časové ose zpět, dostaneme se na samotný počátek existence lidí a postupně i organizované lidské společnosti. Toto společenství obvykle nazýváme prvobytně pospolná společnost. Charakterizuje ji rodové zřízení, kočovný styl života lovců a sběračů. Tvrdé životní podmínky nutily první lidské obyvatele ke každodennímu boji o holý život a nebylo zde proto místo pro slabé a nemocné jedince. Ti většinou nepřežili první měsíce života a pokud se zranili či onemocněli jako dospělí také většinou nepřežili. Způsob života a neznalost léčby a pomoci to neumožňoval. Panovaly tak zákony přírodního výběru, které můžeme pozorovat v živočišné říši dodnes.

Postupem doby se lovci a sběrači začínají usazovat na trvalých místech a vznikají osady prvých zemědělců. Ve staveních typu zemnic či polozemnic se vytváří podmínky ke vzniku sídla více generační rodiny, která se stává výrobní jednotkou a zdrojem obživy pro své členy. Tento model přetrvává staletí a můžeme se s ním setkat v naší době v tzv. rodinných farmách, podnicích či ubytovacích zařízeních. Mění se životní podmínky umožnily přežít i lidem slabším, kteří se podle svých sil a schopností rovněž podíleli na společném rodinném díle. Klidnější styl života podněcuje vznik řemesel, obchodu a umění a začíná se tak dělbá lidí ne podle rodové příslušnosti, ale podle schopností a také podle majetku.

Otrokářství jako systém společenské organizace se týkalo nejen kultur mediteránních, ale celé Evropy, Asie, Afriky. Trhy s otroky se konaly i na našem území a např. pražský Ungelt je pozůstatkem takového tržiště. Otroci byli získáváni jako válečná kořist nebo se jednalo o členy společenství, kteří upadli do otroctví pro dluhy. Využívali se k těžkým pracím na poli, v řemesle či v domácnosti. Teprve postupem času a postupnou kultivací společnosti antického světa pozorujeme i specializaci otrockých sil a otroci zastávají role učitelů, vychovatelů, lékařů, kadeřníků a jiných jemných umění a řemesel, která vyžadovala značnou zručnost, ba i talent a vzdělanost (písaři). Jinak se otroci řadili k inventáři jako mluvící inventář vedle nemluvícího (dobytek) a neživého (domy, nábytek). Povinností vlastníka však bylo postarat se o své otroky i po stránce zdravotní (Řím). Tak dodnes můžeme v Římě vidět takové zařízení - nemocnici a starobinec - na Insule Tiberianě. Faktem však zůstává, že za zabití otroka nebyl pán zprvu vůbec, později jen mírně trestán pokutou.

Podobně bylo o chudé a nemocné postaráno i v jiných říších - Egypt, Mezopotamské říše - Sumer, Babylon, Mittan. Elam - kde byly takové útulky zřizovány zpravidla při chrámech hlavních bohů či božstev odpovědných za zdraví (Asklepia). Jsou známy i zákoníky Chamurappiho), které vymezovaly povinnosti a práva lékařů a také tresty za neúspěšné léčení. Úroveň lékařské péče byla pozoruhodně vysoká a četné léčebné zásahy vzbuzují dodnes obdiv (trepanace lebky, operace šedého zákalu apod.).

Zprávy o tom získáváme jednak z písemných památek, jednak výzkumem zachovalých těl zemřelých.

Opatření a úroveň péče o vlastní spoluobčany souvisela vždy s typem společenské organizace, s vedoucími myšlenkami a hodnotami společnosti. Příkladem mohou být antické státy Sparta a Atény. Ve Spartě vládla vojenská organizace a hlavní předností člověka byla tvrdost a fyzická zdatnost. Nemocní a nemohoucí se prostě shazovali se skály do propasti, stejně jako postižení nebo slabí novorozenci. V Aténách, které jsou dosud vzorem demokracie, se rozvinuly myšlenky humanismu, medicínská péče i systém péče o slabé, nemohoucí a starší spoluobčany. Nejznámějším dědictvím je např. Hippokratova lékařská přísaha nebo jeho typy temperamentu. A tak systém péče o lidi vedený myšlenkou souladu těla i ducha

se odrazil i v budovám léčebných středisek - Asklepií - kde byly nejen prostory pro léčbu těla, ale i rehabilitaci ducha - divadla, knihovny, stadióny, lázně (Epidauros, Priéné).

A nástupem křesťanství přichází myšlenky altruismu, soucitu, a aktivní pomoci potřebným. Tyto myšlenky inspirovaly některé lidi ke skutečnému sebeobětování a reálné pomoci vlastním poddaným (Eliška Přemyslovna, Zdislava z Lemberka). Další útulky vznikaly pak při klášterích a při obcích. Šlechta a později i bohaté měšťanstvo zpravidla dotovali taková zařízení jako výraz za hříchy (lupičství, násilí, lakota, bezuzdný život, přepych a sobectví). Křesťanství přálo legálním svazkům a nemanželské děti považovalo za "plod hříchu" a vinu svalovalo jednoznačně na ženu. Pro takové případy (zejména u bohatších vrstev) vznikaly při klášterích tzv. torna (první doložené v Turíně v r. 1150), což byla otočná korýtka, do nichž se vešlo novorozeně. Tak se mohla žena zbavit nežádoucího potomka tím, že ho svěřila Bohu. Úroveň péče o tyto děti a zejména špatné hygienické poměry znamenaly prakticky 100% úmrtnost dětí. Později svěřovaly dámy tyto děti pěstounům na venkově, ale ani tam nebyl jejich osud zrovna radostný. Většinou byly zdrojem příjmů, ale sloužily jako námezdná síla.

Lidé postižení smyslově, tělesně či duševně byli buď opatrováni v rodinách nebo chodili po žebrotě. Mnozí z nich sloužili k obveselení svých škodolibých spoluobčanů jako "obecní blázni". Mnoho z nich bylo obviněno z čarodějnictví a upáleno. Pouze na východě, zejména v Rusku byli tito "jurodiví" považováni za "navštívené Bohem" a jako takoví opatrováni se soucitem.

Významná změna v přístupu k postiženým nastala v době osvícenství, koncem 18. století. Myšlenky francouzských encyklopedistů nabývají na popularitě a probouzí zájem vzdělaných lidí o organizaci péče o nemohoucí spoluobčany. Nejvíce pozornosti bylo od počátku věnováno zejména vojákům Napoleonovy armády, kteří utrpěli různá zranění a byli invalidní (Invalidivna, Domov pro vysloužilce v Marseille). Během 19. století pokročilo poznání o hodný kus kupředu a Francie byla v této oblasti jednou z nejvíce pokrokových zemí. Také naše země nezůstala pozadu v péče o postižené lidi pozadu a má v ní důstojné místo i v rámci Evropy. Řada našich odborníků přispěla ke vzniku progresivních metod v péče o handicapované děti i dospělé. Podrobněji je uvedeme u jednotlivých kapitol.

V současnosti funguje u nás rozvíjející se systém státní i nestátní péče o postižené spoluobčany, vzniká řada nadací a uplatňují se velmi různorodé metody nápravy vývojových problémů i sociálních problémů zdravotně postižených.

Kapitola II.

Rodina ve společnosti.

Rodina má ve společnosti dvojí funkci. Jednak je to reprodukční jednotka, která reprodukuje vlastní druh biologicky, jednak je to základní stavební jednotka společnosti a svou roli plní zejména bezprostředním předáváním kulturních tradic daného společenství i lidstva obecně (způsoby stravování, hygieny, chování k ostatním apod.). V rámci této poslední funkce rodina

formuje své členy podle vlastních představ, které mohou, ale nemusí být plně ve shodě s představou vlastního společenství. Aby mohl člen rodiny vstoupit do společenských vztahů, dodává mu rodina základní vzor, program a orientaci.

Model rodiny s rodiči, dětmi a prarodiči je historicky velmi stabilní. Jakékoliv pokusy nahradit tento tradiční model péči společenských institucí selhaly a společnosti se vrátily opět k tradici. Proto jsou také modely náhradní péče vytvářeny tak, aby se co nejvíce tradičnímu modelu blížili (nejblíže je adopce a pěstounská péče).

Úloha dítěte v rodině je velmi významná a tento význam je formálně vyjádřen udělením křestního jména. Rodiče vnímají dítě jako jedinečnou bytost, vidí v něm pokračování sebe sama a při jeho výchově si zopakují vlastní dětství a touží napravit výchovné přehmaty svých rodičů. Tím, že mu zajistí stabilní prostředí a péči stabilních osob realizují svůj model rodičovství. Úspěšnost na tomto poli je zdrojem hrdosti a sebevědomí. Selhání vede k různým projevům nejistoty až zklamání (postižené dítě).

Pro dítě jsou rodiče zpočátku všemocnými bytostmi, uspokojujícími všechny jeho potřeby a zajišťující přívod informací, později se stávají pomocným Já, pak kritizovanými rivaly a nakonec důvěrnými a rovnocennými přáteli.

Rodina je prostředím, které umožňuje komunikovat radosti i problémy, nabízí pomoc i podporu při vážných psychických i zdravotních krizích a také bezpečné zázemí pro vlastní členy. Rodina však může být i zdrojem stresu, jehož zdrojem jsou vztahy mezi členy rodiny a nutnost přizpůsobovat se ostatním - určité plány lze realizovat až po dohodě se zbytkem rodiny, některá přání se naplní až po určité době nebo vůbec ne, jednání je ovlivněno momentálním zdravotním i psychickým stavem apod.

Rodina dokáže své role plnit dobře jen tehdy, dokázali přijmout odpovědnost za vlastní členy, zejména za děti. Problém převzetí odpovědnosti je pak častým zdrojem krizí v rodině .

Historický vývoj rodiny:

1. PRAVĚK: Člověk dnešního typu se objevuje ve starší době kamenné. Z nálezů, které máme k dispozici, můžeme usuzovat, že žil ve skupinách, patrně rodových společenstvích. Svůj původ odvozovali od mytického předka (totemy). Linie rodu se odvozovala od matky (otec byl nejistý). Vedle matky existovali i muži - náčelníci, kteří vedli lov a bojové akce na obranu společenství. Matky měly svou důstojnost a byly spíše v roli ochránkyň ohně a primitivního šamanství. Kočovní způsob života vedl k malému počtu dětí (nebylo možné se starat naráz o několik bezmocných potomků) a členové společenství, kteří nemohli pokračovat v putování byli patrně ponechání sami sobě, či snadno zmírali.

Změna způsobu života přichází s mladší dobou kamennou, kdy se jednotlivé rody začaly usazovat, budovaly si primitivní osady a z lovců se mění ve sběrače a primitivní zemědělce, chovatele domácích zvířat a řemeslníky. Role v rodinách se začínají rozdělovat, děti přibývá a stávají se cenným zdrojem pracovní síly. Jednotlivé rodiny se také dělí podle majetku. Obchod má charakter směny hodnot (zboží za zboží), ale ve vyspělejších civilizacích se objevují již první typy platidel (hřivny).

STAROVĚK: V předklasické době byla společnost (např. kolem Středozemního moře) organizována do společenství rodů, v jejichž čele stál náčelník, jehož titul lze přeložit jako "král" a měl nejvyšší moc náboženskou a soudní . Ženy měly poměrně velkou volnost, účastnily se veřejného života, směly diskutovat o veřejných věcech. Systém společenské organizace byl patriarchální, tzn. že ženy např. stolovaly zvlášť, měly vyhrazenou určitou část domu a obě pohlaví měla oddělené role. Muži zajišťovali materiální blaho rodiny a podíleli se na obraně společenství. Ženy vykonávaly domácí práce a vychovávaly děti. Muži mohli mít konkubíny, mohli uznat levobočka za právoplatného dědice , pokud oficiální manželka neměla syna. Dítě bylo uznáno za legální, pokud je muž uznal (pozvedl novorozence do náruče).

Postupem doby přibývalo v rodinách i pomocných otrockých sil (váleční zajatci, dlužníci). Společnost se sdružuje do větších celků - polis - a role v rodině se dále diferencují. Žena se stahuje do pozadí, má omezená práva, neúčastní se veřejného života a muž se stává neomezeným vládcem domácnosti (např. rozhodoval, zde se dítě narodí či ne, mohl snadno zapudit nežádoucí manželku apod.). Tak byla stanoveno v kodexu Dvanácti desek, který v roce 450 př.n.l. zpracovali v republikánském Římě.

Tento model přetrvával až do doby předcházející císařství v Římě. V té době se rodinná pouta uvolňují, ubývá potomků, ženy samy rozhodují, zda budou děti mít či ne. Mohou organizovat vlastní společenský život, vzdělávají se a konkurují mužům i v obchodním podnikání a politickém vlivu. Snahy císaře Augusta a jeho ženy Livie o obnovu tzv. republikánských ctností byly neúspěšné. Společnost už byla vývojově jinde.

STŘEDOVĚK: Trvá vedoucí postavení muže a nastupuje monogamní model manželství spolu s nástupem křesťanství. Role ženy je podřízená, nesamostatná. Setkáváme se s necitelností k nenarozeným či novorozeným dětem. Porodnosti sice přibývá, ale dětská úmrtnost je obrovská. Potrat se stává hříchem stejně jako nemanželské dítě. Přesto se oba tyto jevy objevují často, jak o tom svědčí řada církevních ediktů týkajících se právě potratů a nezákonných potomků. Trvá praxe odkládání nežádoucích potomků v klášteřích (torna). Důvodem je buď chudoba, strach před následky a pronásledováním. Rodina je vysoce soudržná, buduje společně majetek, který se dědictvím dělí. O dědické podíly panují bouřlivé spory i boje. Dětství končí velmi záhy. Již osmileté děti jsou zapojovány do domácích a řemeslných prací popř. vysílány ke šlechtickým dvorům ke službě. U dětí z královských rodů i dříve. Takové dítě už nikdy nemuselo spatřit svou rodinu, zejména matku (vysoká úmrtnost při porodech) a nízký průměrný věk obecně (asi poloviční než je dnes). Sňatky byly výsledkem dohody a hlavní roli hrál majetek. U poddaných musel se sňatkem souhlasit majitel panství a platí *ius primae nocti*, který byl zrušen až po roce 1789 (Velká francouzská revoluce). V mnoha panstvích byly sňatky poddaných i zakázány.

Rodina je většinou třígenerační a pečuje o mnoho příbuzných, kteří se zároveň podílí na výrobě či službách. Tento model je typický pro venkovské prostředí. Ve městech se postupně vytváří, zejména v bohatších vrstvách, trend, že nová rodina se stěhuje do vlastního příbytku. V malých a odloučených obcích se často stávalo, že byla obec vzájemně tak propletená a spřízněná, že to vedlo k postupné degeneraci, stejně jako ve šlechtických rodinách (královských), kde bylo nedostatek vhodných nevěst a ženichů (Habsburci).

NOVOVĚK: Přináší zájem o vědění, umění a historii, zejména antickou. To přináší nový pohled na život, rozvíjení smyslu pro krásu a změnu ve vztazích mezi mužem a ženou, hlavně v kruzích vysoké šlechty a bohatého měšťanstva. Řada vznešených žen je vysoce vzdělaná, podílí se jako mecenášky na rozvoji věd a umění a také na hospodářském životě (jako vdovy samostatně pečují o rodový majetek, vedou obchody, nakladatelství apod.). Ranné revoluce pak posilují pozici měšťanstva a proměňuje i mocenské pozice. Nastupující romantismus (kol. r. 1800) přináší touhu po výběru partnera podle "srdce" ne podle majetku. Začínají se objevovat tzv. morganické sňatky.

19. STOLETÍ Novověká industrializace přenáší pracovní místa z rodinných podniků do továren a nese sebou zrušení nevolnictví a příliv obyvatel do měst. Začíná se vytvářet vrstva továrních dělníků, kteří žijí v bídě, na okrajích měst. Rovněž zemědělství se reorganizuje do větších celků a pomalu zanikají drobná hospodářství jako efektivní výrobní prostředek. Zůstávají jen jako forma obživy pro rodinu a drobný zisk. To přináší i změny v rodinné struktuře. Patriarchální model se rozpadá. Rodina do té doby otevřená a přehledná, zaměřená na ekonomické cíle se mění. Otec již není výhradním živitelem rodiny, protože v tovární výrobě naleznou uplatnění ženy i děti jako zdroj velmi levné pracovní síly. Také sňatky se uzavírají častěji na základě vzájemných sympatií, i když ekonomické hledisko ještě má svůj význam. Souhlas rodičů je nezbytný, ale občas se uzavírají sňatky i proti jejich vůli. Rodina

si udržela výchovnou funkci směrem k dětem a stává se více útočištěm svým členům než ekonomickou jednotkou.

Spolu s těmito změnami se objevují i tendence změnit postavení ženy a rozvíjí se různá emancipační hnutí (Francie, USA, Velká Británie). Zprvu jde o rovnoprávný přístup ke vzdělání a výdělku, posléze i o volební právo a nárok na vlastnictví majetku, rovnocenný přístup k politickým funkcím.

20. STOLETÍ: Současná industriální společnost je charakterizována následujícími jevy:

1. Tendencí odkládat sňatky a narození dětí na co nejpozdější dobu.
2. Tendencí stále více zakládat neformální svazek dvou lidí, bez legálního potvrzení. Tato nesezdaná spoluzítí jsou sice spokojenější, ale podstatně méně stabilní. V severských státech se vytváří legislativa na ochranu takto narozených dětí.
3. Zvyšuje se rozvodovost.
4. Klesá ochota lidí vstupovat do dalšího manželství po rozvodu a mít další děti.
5. Prodlužuje se doba, po kterou jsou děti na rodičích závislé a žijí s nimi (typičtější pro Evropu).

Tyto trendy se popisují již od 30. let a od této doby se cyklicky objevuje jejich nárůst a odliv. V sedmdesátých letech tyto jevy prudce vzrostly a tento stav stále trvá. Stále více rodin se rozvádí a nevídaně klesá porodnost. Příčiny se vidí ve stoupající ekonomické angažovanosti žen, jejich emancipaci a dostupnosti interrupcí. To však není jediný zdroj příčin tohoto stavu. Prognózy, které mluví o rodině jsou pesimistické a optimistické. Pesimistické hovoří o zániku rodiny, optimistické vidí její opětné znovuzrození a nárůst potřeby intimních vztahů. Také se hovoří o tom, že ženy zatouží být opět jiné než muži a klesne význam pronikání žen do některých “mužských” aktivit (fotbal, hokej, posilovny).

Všechny dosavadní modely, které se pokoušely nahradit rodinu ztroskotaly a to dává naději na uchování podoby klasické rodiny i nadále.

Proměny názorů a hodnotové orientace rodiny ve vývoji společnosti.

Tato oblast života rodiny se zkoumá velmi obtížně. Jednou z možností je rozbor knih, které se zabývaly a zabývají rodinnou výchovou a vztahy mezi jejími členy. V nich se zpravidla odráží dobové názory průměrných občanů a snahy průkopníků vzdělání a výchovy své doby. Takový rozbor názorů pro České země provedl prof. Langmeier, když prostudoval 91 knižních pramenů. Autory takových příruček, které se hojněji začínají vydávat v 18. a 19. století byli převážně duchovní, po 1. světové válce zpravidla lékaři a pedagogové a po padesátých letech vedou psychologové.

Minulá století viděla v rodičích jednoznačné autority a nadřazené děti. Děti jsou povinny bezvýhradnou poslušností. Tento model přetrvává v některých tradičnějších společenstvích různého náboženského zaměření. V minulých staletích se rodičům vykalo a i rodiče mezi sebou si vykali. Dětem se netrpěla “změkčilost” a “poživačnost” (hra, delší spánek, mlsání). Rodiče měli být laskaví, ale v popředí stálo plnění povinností a v tom měli být nesmlouvaví. Německé příručky jsou v tomto smyslu ještě striktnější než české. Postupně se objevuje apel na rozumnost a uvědomělost dítěte, které má uznat autoritu rodičů a ti jsou vždy příkladem svým dětem. Koncem 19. století se poukazuje na rozdílnost dítěte a dospělého a odlišnost potřeb dětí. Ideálem se stává rozumnost a uměřenost. Odmítá se despotie i přehnaná láska. V období mezi oběma válkami převažuje zdravotnické hledisko. Výchovným ideálem se stává pořádek, pravidelnost a klid. Dítě se má vychovávat podle režimu, mimo režim není nutné uspokojovat jeho potřeby. Když křičí, nechat je. Povolováním by se dospělo k vývoji “rozmazlenec a tyran”. Návyky se režimem vytváří snadno a důslednost vede k samozřejmé poslušnosti. Vývoj probíhá vlastním tempem, proto je příliš mnoho podnětů nežádoucích.

V padesátých letech se začíná zdůrazňovat mateřská a rodičovská láska. Rodiče mají být laskaví, navázat s dítětem dobrý vztah a podněcovat jeho zvědavost. Mají dítě udržovat v kladném emocionálním ladění. Zdůrazňuje se urychlování vývoje, takže se hygienické návyky cvičí příliš časně a matky se předhánějí ve výkonech svých dětí. Rozvíjí se kolektivní formy výchovy dětí.

V šedesátých letech pronikly do Evropy liberální ideály z USA a děti si mohlo dělat, co chtělo, kojilo kdy dítě zakřičelo a vůbec se potlačoval režim. Vedlo to k extrémní nadvládě dětí a k rozvoji analfabetismu (děti si volily ve škole předměty, takže se odmítaly učit číst, psát a počítat). Dochází k žalobám dětí na své rodiče, jakmile je tito omezují v nerozumných požadavcích - rodiče se bojí dětí Tento "systém" kritizoval B Spock, který mu připisoval nárůst zločinnosti a úpadek morálních hodnot v této době.

V současnosti pozorujeme návrat k určitému režimu, i když volnějším, snaže o rozvíjení potencionálních schopností a osobnosti dítěte, apeluje se na emoční atmosféru a omezení násilí v programech pro děti.

Kromě těchto obecných trendů má každá rodina své vlastní tradice a hodnoty, které jsou zakotveny v nepsaných rodinných kodexech. Ty jsou využívány zejména v krizových situacích, kdy musí rodina čelit novým nebo nezvyklým podmínkám (emigrace), pronásledování (pobělohorská doba, válka, fašismus, stalinismus), krizím v rámci rodiny jako takové (rozvod, nemoc, smrt). Hodnoty rodiny se objevují v instrukcích členům v takových situacích či během výchovy, ve skladbě zájmů a způsobu života uvnitř rodiny. Proto jsou tak obtížně zjistitelné, protože navenek se často prezentují hodnoty oficiální.

Rodinná síť a koncepce sociální reality.

Většina z nás považuje za rodinu úplnou skupinu, složenou z otce, matky a dětí, popř. dalších členů. Ve skutečnosti tvoří takové úplné rodiny asi třetinu všech rodin a asi pětinu všech domácností. Většinou se jedná o rodiny různě neúplné, doplněné či o osamělé jednotlivce (matka, děti a prarodiče, osamělá matka s babičkou, osamělá matka, matka, děti a druh, otec a družka apod.).

Sociální síť rodiny však není omezena jen na vlastní rodinu. Spadají do ní i širší rodinné a společenské vztahy (tety., strýcové, bratrance, sestřenice, přátelé). Významná rozhodnutí rodiny se uzavírají vždy s ohledem i na tuto sociální síť. Uvedený systém vazeb funguje zejména v těžkých a krizových situacích rodiny a prognosticky nadějně, je-li systém vazeb dostatečně široký (nemoc, postižené dítě, rozvod). Zužování sítě je příznakem izolovanosti rodiny a je to v krizových situacích prognosticky negativní znak.

Rodina si vytváří své vazby na základě představ o sociální realitě. Ty tvoří tzv. paradigmata (Reiss), což jsou nevyslovené, ale nezpochybňované předpoklady, které vysvětlují mimorodinné společenské prostředí.

Reiss rozlišil 3 dimenze paradigmat:

1. **KONFIGURACE** vyjadřují nakolik rodina pojímá své prostředí jako předvídatelné, přehledné a strukturované, nakolik je rodina schopna v tomto prostředí objevovat pravidelnosti, které osvětlují podstatné události.
2. **KOORDINACE** vyjadřují parametr určující sebepojetí rodiny a její prestiž v sociálním okolí (jak nás vnímají ostatní).
3. **UZAVŘENOST** udává rovnováhu mezi otevřeností rodiny k přijímání nových tradic a zkušeností a uchováváním tradic rodiny.

Představa rodiny o prostředí, ve kterém žije je také dána tzv. mapou, což je komplex zásad, podle nichž se rodina zapojuje do místní komunity (kam lze jít a kam ne, s kým se hodí stýkat a kdo je nežádoucí, kde je nebezpečeno, kde je vhodné být viděn a kde to vhodné není apod.). Podle mapy se rodina orientuje a jedná.

Kapitola III.

Rodina, její vývoj a zvláštní rodinné konstelace.

1. Výběr partnera :

Při volbě partnera hraje roli celá řada očekávání, která mohou být vyjádřena v konkrétní podobě v jeho ideálu. Muži kladou vždy důraz na vzhled a mládí partnerky, ženy očekávají, že muž bude starší a bude schopen rodinu ekonomicky zajistit. Tyto představy vychází z prapůvodního přání po trvalé a prosperující rodině. Již odedávna dávala mladá žena záruku hojného potomstva a proto i naděje na zachování rodu. Starší muž pak zaučoval životní zkušenost a majetek umožňující pohodlný život bez zbytečného utrpení.

Je známo, že se berou obvykle lidé, kteří se podobají svými sociálními i psychickými charakteristikami. Sňatky splňující hledisko relativní homogenosti, např. sociálního původu, náboženství či rasy jsou statisticky úspěšnější. Z psychologických charakteristik sehrávají nejdůležitější roli duševní zdraví, síla osobnosti, pesimismus/optimismus, liberalismus/konzervativismus, extraverte/introverze, síla sexuálního pudu, přitažlivost pro jiné lidi apod. Role, které v rodinném systému partneri zaujmou by měly být naopak doplňující se, aby manželství nebyla významně konfliktní.

Kromě těchto vědomých očekávání, vstupují lidé do manželství i s očekáváními neuvědomovanými, ke kterým patří identifikace /odmítnutí rodičovského vzoru, připodobnění partnera jiné významné osobě apod. Pokud partner takové očekávání naplňuje, může být vzájemný vztah obou zúčastněných uspokojivý.

V naší kulturní oblasti je nezbytným předpokladem budoucího svazku *zamilovanost*, tedy zvláštní stav vědomí, v němž jsme partnerem fascinováni, idealizujeme si ho. Tento stav se podobá hypnóze, protože vzniká zvláštní typ vztahu - raport - vyladění na stejnou vlnu. Dochází k naprostému zúžení vědomí, v němž vnímáme jen to co si přejeme a nejsme schopni se odtrhnout od subjektu svého zájmu, nevidíme a neslyšíme nic jiného a nejsme schopni racionálně uvažovat o subjektu své zamilovanosti. Tento stav mizí u mužů rychleji než u žen a je nahrazen skutečnou láskou. Stav zamilovanost byl povýšen nad lásku v pokleslé literatuře a u žen histrionského typu osobnosti.

Některá očekávání budoucích i stávajících partnerů navzájem se mohou stát zdrojem rozčarování až konfliktů, pokud nedojde k jejich včasnému uvědomění a kompromisnímu naplňování. Jsou to:

Ženy:

- Posedět a popovídat - očekávají, že muž bude naslouchat jejich starostem, popř. se jí bude svěřovat se svými problémy.
- Duševní porozumění - očekávají, že budou s mužem sdílet své nejnítěrnější pocity a obavy bez zlehčování, svěřovat si navzájem své pěkné zážitky, popř., vést s mužem dialog o "filozofických" tématech.
- Vycítit, co žena potřebuje - žena očekává, že muž vycítí její potřeby sám a ocení vše, co dělá pro rodinu a pro něj, a to i v oblasti sexuální.
- Vyjadřovat lásku celým svým životem - očekává trvalé důkazy o tom, že je milována.

Muži:

- Uvařeno, uklizeno - očekávají vytvoření příjemného domova, který uspokojí jejich základní potřeby.
- Neobtěžovat problémy - očekává se minimální zatěžování problémy domácnosti a dětí, jejichž řešení je úkolem ženy.

- Sex kdykoliv se mi zachce - chce být pánem, nepočítá s odmítnutím a s nutností ženu vyladňovat.
- Obdiv stále - očekává, že žena bude celý život obdivovat jeho výkon v zaměstnání i vše co dělá pro rodinu.

2. Sňatek:

Je ritualizovaným zahájením společného života a trvalého soužití partnerů. Svatební obřad je dodnes odrazem magických praktik, které měly zajistit trvalost, plodnost a stabilitu soužití při zachování partnerských rolí. Celý obřad je, zejména v postmoderní společnosti, značně zjednodušen, mnohé zvyky jsou zapomenuty, jen některé přetrvávají např. na venkově (vykupování nevěsty, rozloučení se svobodou). Není také nutný souhlas rodičů, není pravidlem obřad zasnoubení, často se ani svatební obřad předem neoznamuje, je jen civilní a přítomni jsou pouze snoubenci a svědci. V poslední době jsme však svědky návratu k větším svatbám i církevním. Stále je však nutné, aby rodiče podporovali novomanžele i materiálně. Jednou z možností jsou svatební dary, které se však mohou stát předmětem soutěže mezi oběma rodinami. Doporučuje se také uzavření manželské smlouvy, která definuje majetkové poměry obou snoubenců a správu majetku během manželství, event. jeho dělení v případě rozvodu. Koncepce svatby vždy vyjadřuje hodnotovou orientaci rodin a jejich tradice. Pokud je koncepce obou stran výrazně liší (nákladná vs. civilní svatba), může to být zdrojem trvalých a vleklých konfliktů i pozdějším problémů v soužití novomanželů.

3. Období těsně po sňatku:

V tomto období nastanou všední dny a projeví se, do jaké míry jsou oba snoubenci identifikováni se svou původní rodinou. Zpravidla se muž identifikuje se svým otcem a žena s matkou. Identifikační proces je jednoduchý, pokud je vzor milující člověk a zároveň přirozená autorita. Identifikace není nikdy úplná, vždy jsou přítomny kritické prvky a nepřebírá se chování v úplnosti, jen hlavní a podstatné rysy. Problémy nastávají, když buď chybí vhodný vzor k napodobení, protože není přítomen (osamělá matka se synem), vzor je nevhodný (otec alkoholik, agresivní, matka lehkomyšlná, chladná). Přesto se může stát, že i nevhodný vzor je přijat a stane se vzorem k identifikaci chlapci nebo dívce. Kromě toho si každý odnáší z rodiny různé vzorce chování i způsoby řešení problémů, styl komunikace se členy rodiny a s cizími lidmi apod. Dalším zdrojem vlivů jsou sourozenci a také pořadí, ve kterém se novomanžel (ka) narodí. Nejstarší dítě má většinou sklony k dominanci a k zaujímání rodičovských postojů k mladším sourozencům, druhý v pořadí má sklon soutěžit se starším sourozencem, nejmladší je zpravidla ochraňován a rozmazlován. Nelze však říci, že by identifikace a pořadí mezi sourozenci bylo osudovým předznamenáním. K tomu přistupuje osobní životní zkušenost a zrání každého jedince.

Rodinné vztahy se formují i pod vlivem rodinných tradic legend. Nositelky tradic jsou zpravidla ženy, které pietně uchovávají různé rodinné památky. Jsou to např. fotografie, porcelán, obrazy, knihy, šperky, výšivky, nábytek apod. Ne vše se však prezentuje navenek. Věci, které slouží rodině ke cti a zvyšují její prestiž se hrdě ukazují, jiné se skrývají ("kostlivec ve skříni"). Rodinné legendy se týkají slavných i méně slavných předků a slouží jako kladný či záporný vzor hodný/nehodný následování. Legenda má vždy určitý etický náboj a může být zdrojem hrdosti či studu rodiny. V legendách je obsažena zkušenost se zvládnutím krizových situací rodiny (nemoc, smrt, ostuda, ztráta majetku).

4. Rodina s předškolním dítětem:

Narození dítěte znamená pro manželství významnou změnu. Vztah rodičů k dítěti vzniká již před narozením a také očekávané dítě je ovlivňováno celkovou atmosférou rodiny, pohodou či nepohodou matky během gravidity.

Rodiče si většinou přejí jako prvního chlapce. Ti jsou po porodu popisováni jako větší, silnější a pozornější. Děvčátka jsou popisována jako menší, hezčí a roztomilejší. Rodiče většinou věnují více pozornosti dítěti stejného pohlaví. Matky poskytují dětem více verbálních podnětů, otcové více dotykových.

Narozením dítěte pozbydou rodiče výjimečnosti a intimity svého vztahu. Matka se po porodu orientuje převážně na dítě, je zvýšeně citlivá k jeho potřebám a snížene citlivá na vše ostatní. Dítě se potřebuje na svět adaptovat a matka je zdrojem vši příjemnosti a ochranou před problémy. Pozorností věnovanou dítěti se může otec cítit ohrožen, zejména tehdy, když považuje péči o sebe se strany ženy za její první povinnost. Matka naopak očekává od otce podporu a pomoc, takže žádá mnoho a může za to málo věnovat. Otec by se měl a většinou se vyrovná se menší pozorností k sobě, protože cítí, že je dočasný a dítě ji skutečně potřebuje k zajištění bezproblémového vývoje. Sdílený zájem o zdárný vývoj dítěte a radost z každého pokroku, může manželství stmelit a přispět k jeho prohlubující se harmonii.

Narození druhého dítěte klade na matku ještě větší nároky, i když má již řadu zkušeností. Péče o děti snáší obtížněji ženy s vyšším stupněm vzdělání, protože mají pocit degradace na úroveň "služky" a ztráty odbornosti. Muž stojí před problémem ekonomicky rodinu zajistit a zároveň vynahradiť matce dlouhodobou izolovanost od společnosti. Pro dítě je příchod sourozence rovněž obtížným problémem, protože prvorozenec se musí naučit dělit se nejen o prostor, hračky a jídlo, ale zejména o rodičovskou pozornost.

Období narození dětí obvykle spadá i do údobí prvních manželských krizí (třetí a pátý rok).

Rodina prochází zátěžovou situací a zároveň se ztrácí romantika novomanželského života, začínají se projevovat reálný pohled na partnera. Ostřeji vystupují slabiny a zlozvyky, začínají více vadit. Sem spadá také první vrchol rozvodovosti.

Pomoc prarodičů je vítána, ale někdy může být problematická. Pokud jsou prarodiče rozumní a nesnaží se "mladé" znovu vychovávat a ovládnout je, pak je jejich pomoc málo konfliktní. Jde o to, aby nová rodina touto pomocí neztratila soudržnost a autonomii.

5. Rodina se školáky a dospívajícími dětmi:

Vstup dítěte mezi vrstevníky znamená významnou mimo rodinnou sociální zkušenost. Zde se ukáže, jak rodina dítě na tento významný krok v jeho životě připravila. Většina rodina prožívá vstup dítěte do školy velmi intenzívně. Na postoji rodiny ke škole významně závisí i vztah dítěte ke škole. Na něm se však podílí i jiné zdroje prožívání. Pokud je rodina zaměřena na prospěch a úspěch ve škole, může nutit dítě k nepřiměřeným výkonům, což následně vede k jeho přetěžování a může podnítit i neurózu (vedle školy ještě sport či cizí jazyk, popř. hudební nástroj). Pokud oba rodiče nejsou v této otázce jednotní, může školní problematiky vést i ke konfliktům mezi nimi.

Přílišné zaměření na školu může omezovat i společenské kontakty rodiny, zejména matky (příprava na vyučování), což bývá rovněž častým zdrojem manželských konfliktů.

Čím více dítě dospívá, tím větší tenze s tím může souviset. Pubertální výstřednosti, drzost a kritičnost dětí, které se tak staví na vlastní nohy je pro mnohé rodiče nepřijatelná, protože cítí, že na své děti již nemají tak velký vliv jako do té doby měli. Nárůst vlivu vrstevníků a častý kontakt s může být rodiči rovněž obtížně snášen. Přesto se zdá, že tyto běžné situace nenarušují významně rodinný život a v řadě rodin proběhne tato vývojová fáze bez větších nápadností.

Zdrojem konfliktů a rozvodů v této fázi manželství jsou spíše mimomanželské vztahy, které plynou z pocitů omrzelosti a nudy soužití s jedním partnerem (zejména v sexu) nebo profesní kariéra, která jednoho z manželů vzdaluje od rodiny.

6. Rodina opuštěná dětmi, tzv. “prázdné hnízdo”:

Jakmile děti dospějí, nevyžadují již zdaleka tolik pozornosti a péče se strany rodičů. To mají najednou mnohem více času na sebe a často začnou intenzivně budovat vlastní kariéru či rozvíjet koníčky, na které neměli do této doby čas. Manželé nyní opět žijí sami spolu (tedy mají-li děti vlastní byt) a učí se vlastně znovu spolu žít. V této fázi se může manželství rozpadnout proto, že se zvýrazní negativní stránky osobnosti jednoho či obou partnerů a nejsou již tolerovány. Dalším zdrojem problémů je tzv. syndrom zavírajících se dveří. Je to pocit, že život ubíhá, aniž jsme jej užili a je tedy nezbytné se vrhnout do jeho víru. Muži se seznamují s mnohem mladšími partnerkami a opouští své “staré a nepřitažlivé” manželky, aby si dokázali svou (uvádající) mužnost. Ženy mohou rovněž navázat nový vztah nebo odejít od muže, protože “nechápou, jak s ním mohly celý život vydržet”.

Muži mají kratší průměrnou délku života (až o 5 let), a proto generaci starých lidí tvoří převážně osamělé ženy - vdovy. Neúcta ke stáří, která se v posledních letech ještě zvýraznila, znamená nebezpečí osamělosti a ztráty životního smyslu. Dokud staří lidé mohou mladším nějak pomáhat či být užiteční, není jejich opuštěnost tak nápadná. Jakmile však pomoc potřebují sami, je problém ji zajistit. I to je výrazem ageismu a hovoří se v této souvislosti o infantokracii (M.Kundera).

7. Bezdětná rodina:

Každý, kdo uzavře manželství očekává, že dříve či později přijdou děti. Pokud se tak nestane v prvních pěti letech je důvod k obavám. Tuto situaci nesou ženy mnohem hůře než muži, protože žena vlastně zklamala ve své archaické funkci matky. K nervozitě a napětí manželů přispívají pak členové širší rodiny i přátelé, kteří otázkami typu: “Tak co, kdy se rozhoupete?”, “Kdy konečně něco budete mít?”, “Na co ještě čekáte?”. Důsledkem tohoto společenského tlaku je až křečovitá snaha otěhotnět. Ženy i muži se podrobují vyšetření, ženy pak četným i velmi nepříjemným zákrokům. Pokud se zjistí, že neplodný je muž, znamená to krizi muže, který má pocit, že není dostatečně potentní a může trpět pocitem méněcennosti. Při tom neplodnost na straně muže je až v 1/5 případů. I ženy mohou upadat do nejrůznějších neurotických problémů vlivem opakovaných neúspěchů otěhotnět. Cestou může být umělé oplodnění, “dítě ze zkumavky nebo některá z forem náhradní rodinné péče - adopce nebo pěstounská péče.

Adopce je přijetí dítěte do rodiny a noví rodiče dítěte jsou po soudním rozhodnutí zapsáni do rodného listu jako vlastní rodiče. Děti svěřované do adopce musí být právně volné (rodina se nezajímá nebo podepíše souhlas s adopcí) a zdravé tělesně i duševně.

Pěstounská péče je forma náhradní rodinné péče, kde rodiče přijímají dítě, které není zcela právně volné nebo má nějaký zdravotní problém a jsou zapsáni do rodného listu vedle vlastních rodičů. Tato forma péče je dotována sociálním příspěvkem.

8. Rozvádějící se manželství:

Stoupající rozvodovost je celosvětovým problémem. Je to jeden z výrazů krize současné rodiny. Rozvod má několik stránek: ekonomickou, právní, rodičovskou, psychickou a sociální. Rozvod je tak výrazným traumatem, že vyrovnávání se s ním trvá 3-5 let. Až 1/3 žen a 1/5 mužů se s rozvodem nevyrovná ani po 6 letech. Všichni účastníci rozvodu něco ztrácejí.. Přesto lze rozvody jen obtížně ovlivnit, protože většina lidí považuje výběr partnera a rozchod s ním za zcela soukromou záležitost a nevyhledává poradu odborníků v Manželských poradnách. Na zvyšujícím se počtu rozvodů se podílí i společenské změny (nezaměstnanost, manžel - podnikatel, žena vydělává více než muž, workoholismus) a zrychlující se vývoj, protože každá generace v posledních 50 letech přinesla jiný model rolí v rodině.

Setkáme-li se s lidmi, kteří právě rozvod prožívají, můžeme mít dojem, že nejsou zcela duševně normální. Rozhodnutí k rozvodu většinou předchází i několik let krizí, hádek a rozchodů, smířování a pokusů o soužití, které oba partnery zcela vyčerpá. Není proto divu že

reagují jinak, než obvykle. Největším traumatem je rozvodové řízení samotné, kde dříve se milující lidé plánují jak, partneru co nejvíce ublížit, křičí na sebe hrubosti a napadají se i fyzicky. Jen vyjímečně se najdou manželé, kteří se rozejdou důstojně a bez trapností. Po rozvodu však může nastat několik situací, které svědčí o nevyrovnanosti jednoho s partnerů (zpravidla ženy) a rozvodem:

1. Systém s jedním kompasem: Matka využívá dítěte jako kompasu, který ji orientuje v porozvodových problémech. Dítě (zejména chlapec) je matce oporou a nahrazuje muže v rodině. Může sloužit i jako argument proti novým vztahům matky s muži. Pro dítě je to obtížná a často jeho věku nepřiměřená role.
2. Bezmocný rodič: Matka, která se nesmíří s rozvodem se snaží otce dítěte získat zpět předstíráním neschopnosti vyřešit některé, i banální, výchovné nesnáze. Opakovaně otci volá o pomoc a důsledkem je neúplný rozchod, žena žije v iluzi pokračujícího vztahu.
3. Nerovný závod: Rodič, který nemá dítě v péči předstírá vzorného otce/matku. Dítě je nejisté a neví, jak se zachovat. Některé děti tohoto chování zneužívají a rodiče vydírají, jiné se snaží přesvědčit rodiče, jemuž byly svěřeny, aby se k původnímu partneru vrátil, jiné jsou zmatené. Časté jsou pak neurotické či psychosomatické potíže dítěte.
4. Soutěž v bezmoci: Oba rodiče zanedbávají péči o děti tak, že to musí řešit státní orgány. Jeden z rodičů může předstírat, že je pečlivější, i když to není pravda. Takoví rodiče mohou podněcovat u dětí asociální či delinkventní chování (toxikomanie, krádeže, vydírání).

Pomoc lidem v rozvodové situaci je velmi obtížná, ale nezbytná. Existuje řada odborných poraden, které se jí zabývají, ale ne všichni odbornou pomoc vyhledají.

Kapitola IV.

Rodina v těžké životní situaci.

Každé i banální onemocnění či úraz vyvolá v rodině nutnost změny organizaci života. Narození postiženého dítěte, těžké či chronické onemocnění, těžký úraz dítěte i dospělého člena rodiny může způsobit úplný rozvrat v rodině. Je to dáno tím, že se s touto situací musí vyrovnat nejen rodina, ale i postižený člověk, který očekává od zraněné rodiny podporu. Reakce na sdělení jakékoliv nepříznivé skutečnosti prochází v čase určitým vývojem, během něhož se rodina i její postižený člen se situací vyrovnají a jsou schopni ji akceptovat. Tento vývoj lze charakterizovat etapami, jimiž adaptace prochází. Jednotlivé fáze ve skutečnosti probíhají napřeskáčku nebo naráz, lidé se vracejí do fází předchozích. Z didaktických důvodů jsou však uvedeny tak, jak jsou po sobě:

- **Šok** (rána, úder)- rodina nebo pacient se cítí skutečně, jako jej něco uhodilo, lidé jsou vykojení, pociťují zmatek, ochromení.
- **Popření** je fází, v níž postižení vyjadřují nedůvěru faktu nemoci či úrazu, “nevzpomenou si” na informaci, kterou dostali, popírají, že by jejich dítě, oni sami byli nemocní či postižení. Hledají se zázračné prostředky (léčitelé, kameny). Jde o ochranný proces proti zhroucení.
- **Zlost, úzkost, deprese** - v této fázi se hledá vina v okolí, nejčastěji ve zdravotnickém personálu, který se kriticky pozoruje, kontroluje a opakovaně je předmětem stížností. Podrážděnost rodičů či pacienta vychází z pocitů úzkosti a deprese. Je nezbytné nechat tyto pocity odreagovat a pak odezní.
- **Stadium rovnováhy** nastupuje po snížení hladiny úzkosti a deprese a rodina či pacient se začínají smířovat s nevyhnutelným faktem. Vzrůstá aktivita a ochota podílet se na léčbě a péči o pacienta či o sebe. Zvyšuje se zájem o léčebný postup.

- **Stadium reorganizace** – rodina či pacient jsou s faktem postižení či nemoci smířeni, přistupuje se k reorganizaci rodinného života ve smyslu vzájemné podpory a spolupráce při péči o nemocného či postiženého člena rodiny. Překonání krize zpravidla rodinu stmelí a posílí vzájemné vztahy. Mění se i celková hodnotová orientace rodiny.

Pokud rodina či pacient zůstane někde v půli cesty adaptace, může přetrvávat popírání (pacientu se nedostává adekvátní léčby či pomoci) nebo zlosti (opakovaně se vyhledávají různí lékaři a léčitelé a kritizují se). Optimální adaptace znamená dosažení stadia rovnováhy či reorganizace.

Podobné fáze pozorujeme i u umírajících a jejich rodin. Zde přistupují ještě *fáze smíření a oplakávání*. Poslední fáze může trvat od několika týdnů po několik let a vyjadřuje smutek po zemřelém.

Na přijetí faktu nemoci či postižení člena rodiny se podílí celá řada faktorů:

1) *Typ nemoci a postižení*: Špatně působí celkové těžké postižení, zejména spojené s mentální retardací, špatná prognóza onemocnění, nápadný vzhled nebo deformace v obličeji a na ruce, dlouhodobá nejistota, zda dítě po narození přežije. Není-li postižení nápadné (chronické nemoci), může komplikovat situaci neschopnost rodičů porozumět dítěti (smyslové vady, MR), jeho potřebám a projevům. Pokud má nemoc či porucha nepředvídatelný průběh (epilepsie), má rodina často sklon vyhýbat se rizikovým situacím a dítě omezuje v přirozeném vývoji.

2) *Etiologie nemoci či postižení*: Pokud je příčina onemocnění či postižení jasná, je to dobré i pro rodinu a pacienta samotného. Pokud tomu tak není, členové rodiny mají tendenci hledat příčiny ve svém okolí a může docházet ke konfliktům, které pramení z úzkosti a pocitů nejistoty. Největší problémy způsobuje nemoc či postižení, jeho příčinám se dalo zabránit (havárie, úraz, infekce).

3) *Individuální charakteristiky dítěte*: Jde o charakteristiky chování – dráždivé nebo klidné, dobře spí nebo má obrácený režim spánku a bdění, dobře jí nebo má problémy s příjmem potravy apod. Důležitý je i věk, ve kterém k postižení došlo – od narození, v dospívání, v dospělosti.

4) *Individuální charakteristiky rodičů*: Zejména jejich zkušenost s řešením obtížných situací, vlastní sociální a emocionální zralost osobnosti

5) *Organizace rodinného života*: Je důležité, zda se jedná o manželství nebo o osamělou matku s dítětem nebo o osamělého člověka, způsob a množství sociální opory v širší rodině či okruhu přátel.

6) *Občanské prostředí*: Přístupnost a vstřícnost státních orgánů a organizací pomáhajících pacientu či rodině s postiženým členem. Charakter této pomoci (byrokratický vs. pomáhající). Snažit se dostat takového člověka či rodinu z izolace, ke které mají tendenci.

7) *Důležitá životní období*:

- počátky lokomoce – dítě se nepostaví na nohy nebo začne chodit se značným zpožděním, popř. schopnost chůze ztrácí,

- vstup do školy – nemůže do školy nastoupit či vyžaduje zvláštní či pomocnou školu nebo specializované internátní zařízení,

- dospívání – problémy s kontaktem s vrstevníky bez postižení, navazování heterosexuálních vztahů vs. pocity izolace, méněcennosti,

- dosažení dospělosti – zvýšená závislost na rodině či pomocných, omezené možnosti získat profesionální uplatnění.

V situaci, kdy rodina situaci nezvládne nebo jen nedokonale se mohou objevit maladaptivní způsoby zacházení s postiženým nebo nemocným jedincem:

a) *Hyperprotektivní styl* se příliš zaměřuje na člověka, přehnaně o něj pečuje a nedovolí mu jakoukoliv samostatnost v sebeobsluze a rozhodování. Tento styl vychovává závislého a nesoběstačného jedince.

b) Odmítání se objevuje u pacientů s nápadným či těžkým postižením, kdy se např. matka po porodu zhroutlí a nevytvoří se přirozený citový vztah k dítěti. Odmítá zpravidla jeden z rodičů a druhého se snaží přimět k témuž postoji. Pacienti jsou často umístováni v ústavních zařízeních s argumentem “že vyžadují specializovanou péči”.

c) Přetrvávající vztek je postoj, který vyplyne při hledání viny za postižení či nemoc. Vede často ke konfliktům a rozpadu manželství. Odmítnutý partner si pak vybíjí svůj vztek na postiženém jedinci - týrání.

U dítěte vyvolává onemocnění či postižení rovněž mnoho problémů, které se však liší podle věku dítěte:

KOJENCI - při onemocnění či nezbytném pobytu v nemocnici se může objevit separační úzkost (od 7-8 měsíců do 3 let), která ve spojení se samotou a strachem z cizích lidí vyústí v anaklitickou depresi. Projevuje se zpočátku pláčem a křikem, pak apatií a nakonec vyhledáním náhradní vazby např. na sestru. V současnosti velmi vzácné, protože v nemocnicích pobývají s dětmi matky.

BATOLE - tytéž problémy. Přistupuje ještě nutnost omezení pohybu, což je pro batole velmi nepříjemné. Nezbytné je nahradit hrou.

PŘEDŠKOLNÍ VĚK - Snadno vznikají různé strachy až fobie (patologický strach např. ze tmy). Dítě také může pojmout své onemocnění či postižení jako trest za imaginární vinu (zlobil jsme tak jsem nemocen).

MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK - zde nejnáze vznikají pocity méněcennosti s neschopnosti fyzicky se vyrovnat vrstevníkům (důležitý aspekt pro přijetí do skupiny).

DOSPÍVÁNÍ - chybí kontakt s vrstevníky, omezení možnosti osamostatňování. Reagují buď hypochondrií nebo přehnaným “užíváním života” a nedbáním předpisů léčby. Problémy se objevují i v heterosexuálních vazbách a profesionální orientaci.

Problémy s nemocí, postižením a omezením života někdy rodiče nebo pacienti sami nedokážou zvládnout a vyžadují proto odbornou pomoc. U dětí je to herní terapeut, který jim vysvětluje různé procedury a zbavuje je tak úzkosti z neznámého. Psychické problémy a poruchy adaptace pak řeší psycholog.

PROBLEMATIKA SMRTI A UMÍRÁNÍ.

Do brány smrti lze vstoupit tisícem dveří.

Problematika smrti a umírání vzbuzuje v každém z nás mrazení z něčeho tajemného a neznámého, co vzbuzuje strach. Je to zcela běžný pocit. Smrt a umírání totiž souvisí s pocity nejistoty o tom, co bude poté, až nebudeme moci ovlivnit svůj další osud. Strach ze smrti je starý jako lidstvo samo a nezbavilo se ho ani různými typy víry.

Umírání znamená postupné a nenávratné selhávání důležitých životních (vitálních) funkcí orgánů a tkání. Může proběhnout rychle (ictus, infarkt myocardu, úraz, autohavárie, sebevražda, vražda) nebo může probíhat pomalu se střídáním fází zlepšení a zhoršení stavu, které doprovází střídání deprese s nadějí. Začíná tam a tehdy, když vejde v odborné i laické povědomí, že smrt je v limitovaném čase pravděpodobná.

Sociální smrt člověk může umírat v okamžiku, kdy je vyvázan z důležitých sociálních vazeb (důchodci, staří lidé, osamělí lidé).

Modely umírání: Člověk může umírat doma nebo v nemocnici či jiném cizím prostředí.

Umírání doma bylo obvyklé v minulosti a existovaly kolem smrti určité rituály spojené s loučením se s umírajícím - poslední pomazání, rodina se shromáždila u lože umírajícího, prosby o odpuštění vin a křivd se strany umírajícího nebo jeho blízkých spod. V nemocnici - často sám v izolované místnosti nebo za plentou bez přítomnosti blízkých (ještě nedávno). Dnes - trend ritualizace umírání v nemocnici což snižuje napětí, umožňuje přiměřené chování a účinnou pomoc. Napomáhají např. Hospice (MUDr. Svatošová, Červený Kostelec) jsou zařízení pro

důstojné umírání.

Cíl: Nikdo by neměl umírat sám - přítomnost blízkých.

Pozornost upíráme k fázi post finem (péče o tělo zemřelého, pohřební rituály, péče o pozůstalé, rizikové skupiny - rodiče s jedním dítětem a pod.

Proces umírání můžeme rozdělit do tří fází:

1. **Pre finem** - znamená, že nemoc má špatnou prognózu. V této době pozorujeme touhu člověka po pravdě o jeho stavu, po vyrovnání se s dosavadním životem. Dvojitá reakce - boj vs. vzdá se.

2. **In finem** - jedná se o terminální stadium. Rituály spojené s umíráním usnadňují vyrovnání se s tímto faktem. Jedná se zejména o možnost soukromí, přítomnost blízkých a zajištění důstojnosti. Rozdíl mezi umíráním doma a v instituci.

3. **Post finem** - týká se pozůstalých. Organizace pohřebních obřadů. Faktor času. Specifická problematika transplantace.

Euthanázie - tzv. dobrá smrt - asistovaná sebevražda. Eticky nepřijatelná, i když v některých zemích trpěná (doktor smrt).

Terminálně nemocný pacient prochází následujícími fázemi, které se shodují do jisté míry s fázemi zvládnání těžké životní situace:

1. **ŠOK** - dostavuje se po odhalení faktu, že nemoc nebo úraz je velmi závažného stupně.

2. **POPŘENÍ** - pacient odmítne věřit diagnóze a může se obracet na jiné lékaře a léčitele s cílem vyvrátit šokující skutečnost.

3. **HNĚV** - pacient útočí na okolí, kritizuje všechny a všechno. Nezbytné nechat odeznít.

4. **DEPRESE** - pacient ještě ne zcela uvěří nepříznivé diagnóze a je nešťasten.

5. **SMLOUVÁNÍ** - pacient přijme skutečnost vážnosti svého stavu, ale snaží se smrt oddálit vnitřním přesvědčováním, že se objeví určitá naděje.

6. **VYROVNÁNÍ** - pacient umírá smířen se životem.

I rodinní příslušníci se musí vyrovnat s faktem, že jejich blízký se blíží konci svého života a lze u nich rovněž vyzorovat určité fáze, jimiž tento proces probíhá:

1. **STADIUM ŠOKU** - charakterizuje je intenzivní emoční reakce rodiny na sdělení, že jejich nejbližší/ dítě je ohrožen/o na životě. Pozorujeme úzkost, strach, deprese, které doprovází zejména poruchy spánku a příjmu potravy (nechutenství, zvracení, průjmy).

2. **STADIUM POPŘENÍ SMRTI** - rodiče nechtějí uvěřit, že by jejich dítě mohlo zemřít, argumentují často tím, že dítě bylo v horším stavu a přesto se vyléčilo.

3. **STADIUM POCITU VINY** - rodiče se obviňují, že nedostatečně chránili dítě a tím došlo ke zhoršení stavu, mají pocit, že něco zanedbali. Pocity sebeobviňování mohou sahát daleko do minulosti a jsou zpravidla iracionální povahy (byla jsem moc veselá).

4. **STADIUM POPŘENÍ POCITU VINY** - rodiče se ujišťují, že skutečně udělali vše, co bylo v jejich silách (např. matka se vzdala zaměstnání).

5. **STADIUM POCITU MARNOSTI** - rodiče propadají depresi, že veškerá péče byla marná a nakonec všechny snahy končí smrtí. Prožívá se pocit zmaru veškerého díla, prožitky depersonalizace, myšlení se stává iracionální a zdravotní personál všech stupňů odbornosti je obviňován z marnosti všeho snažení.

6. **STADIUM SMÍŘENÍ** - dominuje přání, aby dítě netrpělo. Rodiče jsou již skutečně fyzicky i psychicky zcela vyčerpaní a proto si přejí, aby smrt přišla co nejrychleji.

7. **STADIUM OPLAKÁVÁNÍ** - delší období následující po skonu dítěte. Trvá různě dlouho, dítě se postupně idealizuje a jeho obraz setrvává v paměti rodiny.

Ze sociálního hlediska je situace umírání poznamenána ztrátou. Je nezbytné v ní respektovat zejména umírajícího, jeho přání a potřeby. Je nezbytné jej ujistit, že smrt nebolí a pak bude jen odpočívat a že udělal vše co mohl v životě a že zanechává po sobě nesmazatelnou stopu.

Musíme jej ujistit, že bude dále žít v našich vzpomínkách a dáme mu prostor pro sdělování vlastních pocitů deprese a smutku. Umírající často také žádá ujištění, že zvládneme jeho odchod

a nebudeme příliš smutní. Sám pacient rozlišuje koho u sebe chce mít a koho ne. Týká se to nejen personálu, ale i nejbližších. Důležité je zajistit důstojnost umírání - soukromí, klid, provázení.

Rodině můžeme pomoci tím, že ji dobře poznáme, a to zejména:

- její způsob života, hodnotovou orientaci
- filozofický názor (věřící, nevěřící)
- zkušenosti s obtížnými situacemi a vyrovnání se nimi
- rodinou sociální sítí.

Pomoc rodině můžeme nabídnout, ale ne vždy ji rodina žádá. Záleží také na to, kdo ji nabízí, zda mu rodina důvěřuje. Pak je mnohem důležitější “být s nimi” než využívání specifických metod. Stačí jen držet je za ruku, nechat vyplakat na rameni, opakovat několik neformálních slov. Často je nezbytné je ujistit, že skutečně udělali vše, co bylo v jejich silách.

Fakt, že se rodina může se zesnulým dítěte rozloučit má životní význam. Pokud to není možné, pak se později můžeme setkat s neurotickými pocity viny a iracionální úzkostí, které již vyžadují specifickou psychoterapii.

Vývoj pojmu smrti u dětí:

Zdravé dítě se zajímá o smrt cca od 4 let jako o každý jiný jev ze svého okolí. Jestliže se na ni zeptá, rodina zpravidla odpovídá vyhýbavě, aby nezaclonila jasný čas dětství. Ve skutečnosti chrání rodiče sami sebe před tímto tématem, protože jim chybí vlastní reflexe a vyrovnání se smrtí. Dětské otázky na smrt vzbuzují strach a pocit bezmoci. To je pro rodiče, kteří jsou zvyklí mít vždy převahu, velmi obtížné. Pokud někdo v rodině zemře, pak to dítě pozoruje, ale často zůstává na svůj smutek samo. Dospělí se totiž překotně snaží, aby se “nic” nedovědělo. Odmítají také účast dítěte na pohřbu. V dítěti to podněcuje vznik různých, často zdánlivě iracionálních, představ, které mohou vést k rozvoji pocitů viny za smrt blízké osoby, protože na i/něj nebylo hodné. Cítí se pak vinný i za smutek rodičů. Jedná se v podstatě o neznámou situaci a reakci na neznámé. Výsledkem je, že smrt nepatří do života.

Probíhá v souladu s vývojovými zákonitostmi pro jednotlivá věková stadia.

0 - 2 projevuje se separační úzkostí.

3 - 6 chápe se smrt jako něco vzdáleného, co se může přihodit. Spojuje se spánkem, což souvisí s častým obratem “a teď už klidně spí”. Není pojímána jako něco stálého, člověk, který umřel se může vrátit. Začíná zájem o mrtvá zvířata a hřbitovy. Vyjadřuje osamělost, bolest, strach z hospitalizace, z nemocnice.

od 6 smrt pojatá jako pohádková bytost (v pohádkách často jako stará žena či muž nebo kostra s kosou). Začíná uvědomění její nevratnosti a objevují se první záblesky možnosti vlastní smrti.

od 7 uvědomují si rozpad těla, ale nedokáží ještě zobecnit (mrtvé zvíře v lese).

od 8 smrt je spojena s napínavými příběhy, smrt nic není - souvisí s TV seriály. Začíná se objevovat víra v nesmrtelnost. Ještě nedokáže svůj strach zformulovat, často jakoby zlobí, mění chování.

od 10 chápou rozdíl mezi vzpomínkou a fantazií a již plně chápou, že se smrt může týkat i jich samých. Přesto mají tendenci připisovat ji hodně starým lidem a vidět její možnost v dalekém časovém horizontu z hlediska vnímání času v počátku puberty. Musíme si uvědomit, že pro desetileté je i 20 let pojímáno jako vysoký věk. Objevuje se strach ze smrti. Začne být schopno o smrti hovořit.

Pubescence a adolescence začíná se filozofovat o otázkách života a smrti, diskutují se problémy naplnění života, možnosti posmrtného života či reinkarnace.

Po 20 Dostávají se do roviny přijetí faktu smrti a zabývají se spíše otázkou “ co po mě zůstane”, mohu nějak smrti zabránit.

Schopnost vyjádření obav:

Dítě do 5 let se zpravidla cítí osamělé, něco ho bolí, má strach z nemocnice a léčby. Neví, proč je mu smutno a tuší, že se něco děje, čemu nerozumí. Může být uzavřené nebo podrážděné až agresivní - podstata úzkost, deprese.

Dítě od 6 do 10 let ještě neumí své obavy zformulovat, upozorní nás opět změna v chování.

Od 10-11 let se již objevuje schopnost vyjádřit i verbálně svůj strach a ptát se na smrt, hovořit o ní.

Jak hovořit s dítětem:

Ujistit je že nebude samo ve smrti, ani po smrti. Ujistíme, že smrt nebolí, je to naopak konec všemu utrpení a bolesti, je to odpočinek.

Není to úplně zmizení ze světa. Vždy zůstávají vzpomínky (fotografie, hračky). Tato ztráta je na obou stranách (dětské i rodinné).

Ujistíme umírajícího, že se svým životem udělal vše, co mohl a zanechal nesmazatelnou stopu.

Ujistiti, že pláč a smutek je naprosto v pořádku, může si to dovolit.

Může být také úplně tucho a to je rovněž v pořádku.

Je vhodné jen naslouchat, držet ta ruku (dítě někdy vypoví celý svůj život), nechat je, potřebuje sdělovat.

Důležité je rozloučení umírajícího a s umírajícím - vyslovení díky za jeho dosavadní bytí, vděčnosti a díky za vše. Někdy umírající očekává ujištění, že jeho odchod zvládneme.

“Umírající nás učí žít”.

Rodičům:

Zjistit, co si myslí o smrti, jakou mají zkušenost se smrtí, jakou mají víru či názory. Jak zvládli předcházející těžké životní situace.

Co jim pomáhá při zvládání - vyslechnout, nenabízet hned radu.

Utrpení zasahuje:

- nemocné tělo
- okolí - rodinu, přátele, vrstevníky,
- budoucnost - co bude dál, může se vyjádřit opakovanými otázkami na Dg. a léčbu.

Kapitola V.

Násilí v rodině a společnosti.

Násilí je takové jednání, které druhému působí bolest nebo jej poškodí. Přesto, že je násilí přirozenou součástí života lidstva (boj o přežití), je jeho nárůst a především nesmyslnost v poslední době překvapující. Násilí ve společnosti můžeme pozorovat v různých částech světa (války, rasové násilí, terorismus, narkomafie). Násilí v rodině charakterizuje tělesné i psychické týrání, hrubé zanedbávání a sexuální zneužívání.

šikana, týrání a zneužívání nejsou nic nového. O jejich přítomnosti ve společnosti máme zprávy v kronikách a literatuře různých období. Svě vypovídají i soudní protokoly a protokoly z vojenských a výchovných kruhů. Nejznámějším literárním zpracováním tohoto tématu jsou knihy: R.Musil: Zmatky chovance Toerleho a R.Kipling: Stopka a spol.

První vědecké studie vyšly ve Skandinávii, a to v roce 1969. Dan Olweiss (Norsko)

Aggression in the schools vydal tuto knihu v roce 1978.

V roce 1982 se poprvé objevily zprávy o třech suicidálních případech z důvodu šikany ve škole a ve skandinávských zemích začala kampaň proti tomuto společensky negativnímu jevu. Objevily se příručky pro učitele i rodiče, videokazety. Během 2 let se podařilo snížit šikanu na polovinu.

Od konce 80. let řeší problém šikany a týrání v USA, Velké Británii, Australii, Japonsku, Holandsku, Kanadě a dalších zemích.

S násilím se dnes setkávají všichni členové společnosti a problémem se stává zejména pocit nejistoty a ohrožení, napětí a pocity bezvýchodnosti. Šíření “kultu násilí” napomáhají i nevhodné TV pořady podřadné provenience se scénami, které by za normálních okolností vedly k vážným zdravotním následkům či smrti, ale zde vypadají jakoby se nic nestalo (hlavní svalovec se otřepe a pokračuje v akci). Také názory preferující odvahu, průraznost a energičnost v podstatě maskují filozofii bezohlednosti a lhostejnosti k utrpení ostatních jde-li o vlastní prospěch. Vliv těchto škodlivých vlivů se projevuje v přezírání slušnosti, morálky a vzájemné úcty.

DOMÁCÍ NÁSILÍ:

Existuje ubližování skryté, páchané za zdmi domů a bytů, a to asi bolí nejvíce. V domácím prostředí se nic takového neočekává, jsme zde zranitelnější a také bezmocnější. Proto také oběti dlouho mlčí a stopy po fyzickém násilí zakrývají. Máme strach z toho, co by následovalo po návštěvě Policie, lékaře. Toto téma se teprve začíná více diskutovat, dlouho bylo tabu. Odborníci jej teprve mapují, hledají jeho definici. Jaksi se tuší, že jsou děti týrající své staré rodiče, manželé manželky a naopak, rodiče děti. Tato problematika je provázena řadou mýtů:

1. Předpokládán se, že obětí násilí je žena, puťka, která si o agresi přímo říká. Průzkum však ukázal, že násilím trpí ženy středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané, které jsou v zaměstnání úspěšné. Pouze doma je paralyzuje agresivita partnera, které nejsou schopny čelit.
2. Samotného útočníka si lidé představují jako hrubce a nevzdělance. Ve skutečnosti není typický tyran. Může to být úspěšný podnikatel, slušně vypadající úředník, učitel, lékař apod. Pachatel je spíše člověkem dvojí tváře (Pan Jekyll a pan Hyde). Na veřejnosti laskavý, kultivovaný. Doma střídá občasnou laskavost s brutalitou.

Oběti vydrží násilné zacházení v průměru 6 let, ale pomoc vyhledávají až poté, co jim jde doslova o život.

O oběti domácího násilí se stará především nadace Bílý kruh bezpečí.

V obecné představě je rodina prostředím, ve kterém je dítě milováno a přijímáno. Otec a matka jsou osoby, které je chrání, poskytují mu vše co potřebuje. Přesto jsou rodiny, kde je dítě zanedbáváno a týráno.

Formy týrání a zneužívání dětí:

Mohou být aktivní (bití, pálení, štípání, nadávání, sexuální zneužívání) a pasivní (nevšímavost, zanedbávání).

Fyzické násilí: se projevuje zpravidla ubližením na těle, které je důsledkem nepřiměřené tvrdosti trestu. Vedle toho se často setkáváme i s hrubostí v zacházení s dítětem, které je zpravidla charakteristikou chování rodiče - hrubce i v jiných sociálních situacích. Projevuje se nadáváním, strkáním a smýkáním s dítětem. Také zanedbávání péče o dítě spadá do této kategorie. Dítě je špinavé, nedostatečně odívané a krmené, často trpí různými parazity a obtížným hmyzem, nemá vytvořeny hygienické návyky (pomočuje se).

Psychické násilí: se projevuje především zesměšňováním, podceňováním, a neustálým zdůrazňováním nedostatků dítěte. Vedle toho se může projevit i jako forma citového vydírání dítěte rodičem, kdy pod maskou laskavosti se dítěti připisuje vina za “utrpení” dospělého a požaduje se po dítěti jednání, které jeho údajnou vinu smaže (zarmoutil jsme, protože jsi místo se mnou šel za kamarády). Týráním může být i vlastnický postoj rodičů k dítěti, kterému nedovolí se samostatně projevit.

Specifickou formou psychického zanedbávání je nedostatečná emoční a sociální stimulace, která je typičtější pro ústavní podmínky, ale vyskytuje se i v rodinách (podsvětí vs. velmi

bohatí). Důsledkem je psychická deprivace, která postihuje osobnost dítěte, zejména jeho emocionální a sociální zrání. Existují tři typy deprivované osobnosti dítěte:

1. Sociálně hyperaktivní - dítě přebíhá od jednoho dospělého ke druhému, chvíli se pomazlí a zase odbíhá. Emoce jsou povrchní, krátkodobé a přelétavé. Starší děti a dospělí jsou typičtí špatným vztahem k vrstevníkům a neschopností uzavřít trvalý citový vztah.
2. Sociálně provokativní - dítě na sebe upozorňuje jakýmkoliv i nežádoucím chováním podle přesvědčení "lepší facka než nezám". Přetrvávají u nich až do dospělosti sklony k destruktivnímu a agresivnímu chování a zároveň zůstávají infantilní, nezralí.
3. Útlumový typ se nijak nápadně neprojevuje, většinou je pasivní, tzv. hodné dítě. Nedostatek citových a sociálních vazeb si nahrazuje zvýšenou konzumací potravy, takže bývá často obézní. Může však konzumovat i hlínu, výkaly a odpadky.

Sexuální zneužívání může být bezdotykové (ukazování erotických fotografií, promítání filmů nebo videoher se sexuální tematikou) a dotykové (osahávání, líbání, koitus). Stejně jako týrání, i sexuální zneužívání má familiární původ a hrozí nebezpečí transgeneračního přenosu. Objektem zneužívání bývá zpravidla heterosexuální objekt - nejstarší dcera, atraktivního vzhledu se špatným a odcizeným vztahem k matce. Matka bývá slabá, nerozhodná a otcové dominantní a zastrášující. Může však být i homosexuálně zaměřeno. Důsledkem může být trvalá porucha v oblasti sexuálního chování, a to:

- sexuální promiskuita - střídání sexuálních partnerů bez citového vztahu,
- frigidita, vaginismus - neschopnost sexuálního vztahu,
- strach z mužů, celibát.

Následkem může být také posttraumatická porucha s projevy panické hrůzy, hluboké úzkosti a deprese nebo přehnané projevy erotiky v dětských hrách.

Důsledky fyzického a psychického týrání mohou být akutní a pozdní. Akutní - jde o prožívání dítěte v situacích týrání, jeho úzkost, strach, bolest, pocity křivdy, beznaděje a zavržení. Pocity viny vycházejí z přesvědčení že týrající chování rodičů vychází z jeho provinění, které se ovšem zcela imaginární. Dítě často ví, že se děje něco nesprávného, ale neodvažuje se s tím komukoliv svěřit, neboť se bojí následků popř. pro pocit vlastní viny nechce rodičům ublížit.

Pozdní následky se projeví v pokřiveném sebeobrazu a vedou k sebepodceňování, úzkostem a ustrašenosti, vzniká pokřivený obraz o společenských normách chování a vztazích. Pocity viny pevně zakotví v dětské povaze a stane se buď trvale submisivním nebo altruistickým (neztotožní se s chováním rodiče) nebo bude týrat i vlastní potomky (rodič se stane jeho vzorem), což je nejnebezpečnějším důsledkem týrání. Hovoříme tedy o transgeneračním přenosu týrání.

Příčiny týrání:

Příčiny týrajícího chování mohou vycházet z rodičů nebo z dítěte.

Rodiče: Zdrojem problémů může být jejich osobnost, vzájemný vztah manželů, okolnosti početí a narození dítěte, vlastní zkušenosti s týráním a prostředím. V osobnosti rodičů mohou být zakotveny patologické charakterové prvky nebo mohou mít některou z poruch osobnosti (citový chlad, extrémní staženost, hrubost či předvádění se). Občas může být zdrojem týrání dětí i duševní nemoc doprovázená halucinacemi či bludy. Sklony k hrubému a zanedbávacímu chování mají i alkoholici a narkomani, delinkventi a násilníci.

Nespokojenost v partnerství, zejména je-li dítě nevlastní se může projevit týrajícím chováním jako výrazem vzteku partnera na jeho rodiče.

Je-li dítě nechtěné či je partner donucen k sňatku s gravidní partnerkou, o kterou příliš nestojí, může to být též zdroj zanedbávání dítěte.

Nejčastější příčinou je však vlastní zkušenost s týráním z dětství.

Dítě: Je bezmocným a slabším článkem týrání a zneužívání. Častými oběťmi bývají děti postižené tělesně, smyslově, duševně - MR nebo s kombinovanými vadami (nejsou sto naplnit představy rodičů, náročná péče), děti s poruchami chování (Hyperkinetická poruchy chování a pozornosti) nebo děti v náhradní rodinné péči, které nenaplnily představu osvojitelů či pěstounů.

SPOLEČNOST.

Násilí ve společnosti se objevuje nejdříve ve škole, pak v zaměstnání, při vojenské prezenční službě, v bydlišti, ve věznicích a jinde mez lidmi. Hovoříme nejčastěji o šikaně. Příčiny i formy se velmi podobají, jen s věkem nabývají na variabilitě.

Škola znamená pro dítě důležitou sociální zkušeností. Školní prostředí může sloužit jako kompenzační zkušenost pro děti, které jsou doma podceňovány nebo zanedbávány nebo naopak rozmazlovány a přeceňovány. Dětský kolektiv svou dravostí a až krutou upřímností může znamenat pozitivní i negativní šok pro dítě. To se zde se stává členem kolektivu, dostává se do konkurenčního prostředí a záleží na řadě okolností, jak v něm uspěje nebo zklame. Podle stupně úspěšnosti se pak formuje sebehodnocení žáka a utváří se postoj k pracovní činnosti. Zároveň se učí novým sociálním dovednostem, které může využívat po celý život. Školní prostředí je významným, ba uzlovým pro další život člověka. Proto pozitivní i negativní zkušenosti ze školy mohou poznamenat člověka na celý život. Násilí ve škole. stejně jako v rodině je rovněž výsledkem vztahu, na jehož jedné straně stojí týrající subjekt a na straně druhém jeho oběť. Násilí nemusí vždy vycházet jen od vrstevníků, ale jeho zdrojem může být i dospělý - učitel, vychovatel.

Učitel: Násilí se strany učitele je stejně sociálně podivné jako násilí se strany rodičů.

Obecně se očekává, že učitel je člověk, který má rád děti. Zdrojem násilí může být jeho osobnost a hlavní zásady školního řádu.

Šikanující učitel může být buď autoritativní nebo nejistý, slabý, postrádající autoritu.

Autoritativní učitel nemusí být vždy negativním prvkem. Je-li přísný, ale spravedlivý, má-li přiměřené požadavky v rámci osnov a schopností žáků a při tom "všem měří stejným metrem", neznamená přímé nebezpečí. Potenciálně může být ohrožující u dětí s nějakou formou poruchy školních dovedností (dyslexie, dysgrafie), pokud je rigidní a neuznává existenci takových problémů. Pokud je však autoritativní přístup spojen s arogancí a zbytečnou a nespravedlivou tvrdostí jen k některým žákům, můžeme hovořit o šikaně.

Autoritativně se může projevat i učitel, který se ve skutečnosti nejistý slaboch, postrádající přirozenou autoritu. Jde pak o nevhodnou kompenzaci pocitů nejistoty. Motivem arogance může být i pocit moci, jímž se někteří učitelé nechají oslnit. Přetížené a neurotické pedagožky jsou často nespravedlivé a mají své oblíbence a neoblíbence, kterým připisují veškeré prohřešky proti školnímu řádu a kázni ve třídě. I to je způsob nespravedlnosti v přístupu k žáku.

Formy násilí ve škole jsou následující:

1. *Ponižování* je chování, které pokořuje, očerňuje a snižuje žákovu sebedůvěru cestou slovního napadání ve formě ironie, posměchu, vyzvedávání žakových slabostí apod.
2. *Diskriminace* je charakterizována chováním, které je zaměřeno vůči určitému jedinci nebo skupině jedinců pro jejich vzhled, pohlaví, rasu, socioekonomickou úroveň aj.
3. *Dominance* je chování, které ostře určuje pravidla styku, kontroluje, omezuje nebo potlačuje schopnosti dítěte, jeho sebedůvěru a samostatné myšlení.
4. *Destabilizace* je chování, jímž učitel zastrahuje dítě, pěstuje v něm úzkost a napětí.

5. *Distance* je chladné chování, které se vyznačuje odmítáním a nedostatkem sociální podpory, izolujícím přístupem, pěstováním nejistoty, lhostejnosti a nepozornosti k emocionálním potřebám žáků.
6. *Diverzní chování* je takové, kterým učitel rozrušuje a negativně ovlivňuje atmosféru třídy, např. preferencí určitých žáků.

Učitelé často pronásledují žáky, kteří jsou zvláštní svým vzhledem, nedostatkem motivace ke školní práci, tzv. šprti, donašeči, žalobníci, děti tzv. obtížných rodičů (často se zajímají o dítě a žádají vysvětlení nebo se vůbec nezajímají), děti s různými handicapy, zejména děti neklidné, s tiky, mimovolnými pohyby apod.

Žáci: Agresivita se strany spolužáků do značné míry závisí na celkové konstelaci sociální skupiny - třídy a na její atmosféře. Jedním z důležitých faktorů je postavení žáka ve skupině (přijímán vs. lhostejný až odmítáný). Protože dítě stráví ve škole s jednou třídou zpravidla 9 let a není snadné z ní odejít, význam této sociální skupiny několikanásobně vzrůstá. Pokud není dítě v příznivé pozici, zasahuje to jeho prožívání i formování osobnosti významným způsobem.

Atmosféra třídy může být násilí nakloněna, když vedoucí pozici zaujmou žáci s agresivními způsoby chování a ti pak mohou snadno "infikovat" násilím i ostatní. Formy násilí se čerpají zpravidla z nevhodných TV programů nebo agresivních videoher.

Obětním beránkem bývají děti spíše introvertní (uzavřené), nejisté, citlivé, slabé a ustrašené, nestabilní, neobratné a neurotickými problémy. Problémy mohou mít i děti, které spolužáky nějak iritují nebo je i provokují pošťuchováním, posměšky či hrubostí a pak protestují proti odezvě spolužáků a jdou se ukrýt za autoritu učitele tím, že žalují a zkresleně líčí situaci.

Neoblíbení jsou též "šplhouni", kteří nepomohou a neporadí méně nadanému nebo poněkud lehkomyšlnějšímu spolužáku a lakomci.

Jak poznat šikanované dítě:

- zhorší se ve škole
- nechce chodit do školy
- vyžaduje, aby pro ně rodiče chodili po vyučování
- ze školy se vrací hladové, i když si nosí svačiny
- začíná zadržávat v řeči
- nechce chodit ven
- je roztěkané
- ztrácí peníze, hračky a osobní věci
- křičí ze spaní
- má na těle modřiny, škrábance, popáleniny, řezné rány a boule
- pokouší se o sebevraždu.

Následky šikany: Jsou stejně jako u týrání v rodině akutní a pozdní. Akutní problémy souvisí s fyzickým i psychickým utrpením ve třídě, které doprovází strach ze školy. Ten se může manifestovat ranní nevolností, bolestmi hlavy a podobnými psychosomatickými potížemi.

Pozdní následky se projevují sníženým sebevědomím, nedůvěrou k lidem, opatrnickým přístupem a podezřavostí, přecitlivělostí na domnělé pronásledování, pomluvy a křivdy. Postižení se mohou stát i sami tyraní a odreagovávají si tak těžké doby školy na např. podřízených. Jejich charakter se může pokřivit i tak, že se agrese a arogance stane jejich hlavním způsobem vnějšího projevu. To pozorujeme v případech, kdy se šikanující učitel stane nevhodným příkladem a žák se s ním identifikuje.

Pokud zaměníme slova žák a učitel a nahradíme je slovy voják - velitel/ mazák, nadřízený - podřízený, sportovec - trenér, můžeme výše uvedené příčiny i následky přenést do světa dospělých s týmiž následky.

Projekt proti šikaně ve školách - PhDr. Kolář:

- V dotazníku se děti mohou anonymně svěřit, zda je někdo nešikanuje.
- Testování jsou učitelé, zda umějí rozeznat a řešit šikanu.
- Vyhodnocení dotazníků ukáže do jaké míry je šikana ve škole rozšířená
- Učitelé absolvují školení pro prevenci šikany.
- Ve třídách se o šikaně mluví v zavedených třídních hodinách a formou hry se odhalují její formy.
- Šikana se probírá v celé skupině dětí i učitelů, agresori si začínají uvědomovat důsledky svého chování, ostatní se od šikany distancují.
- Šikana na škole klesá, což dokážou opět anonymně vyplněné dotazníky.

ZAMĚSTNÁNÍ:

Projevy šikany na pracovištích se dělí na několik forem:

- Mobbing - představuje naschvály, nadávky a pomluvy mezi kolegy s cílem přimět oběť odejít z pracoviště. O mobbing se jedná, jestliže se na postiženého útočí aspoň 1x týdně a po dobu nejméně 1/2 roku. Agresory jsou kolegové nebo spolupracovníci v koalici s nadřízenými.
- Bossing - znamená šikanu a hrubosti šéfů vůči podřízeným s cílem zbavit se jich.
- Sexual harassment je veškeré úmyslné sexuálně motivované jednání, které uráží důstojnost zaměstnanců na pracovišti. Jde tedy o sexuální počínání, vybízení k němu, sexuálně motivované tělesné dotyky, výroky jednoznačně sexuálního obsahu apod.

Oběti a příčiny Vychází z atmosféry na pracovišti. Čím je pracoviště desorganizovanější, čím horší styl vedení, méně práce, nuda a jednotvárnost, čím větší konkurence a nebezpečí nezaměstnaností, tím je atmosféra šikaně příznivější. Obětí se stávají zpravidla lidé schopní, zkušenější a kompetentní, fyzicky zdatní i přitažliví, rozhodní a nekonfliktní.

Lidé, kteří šikanují si zpravidla posilují své sebevědomí a dostali se do popředí zájmu.

Tvrdí se, že vystupují s přesvědčením "já jsem správný, ale ty ne". Mají smysl pro postižení šance a spolehlivě vyberou oběť. Ovládají také celou škálu šikanujících taktik. Stejně, jako neexistuje typická oběť, neexistuje typický tyran. Lze je však rozdělit do několika typů"

1. Strůjci - lidé, kteří vymýšlejí stále nové hanebnosti a nenechávají oběť ani vydechnout. Slubují si výhody nebo se zbavují vlastní frustrace. Jednají mnohdy sami, ale často hledají i spojence.
2. Náhodní pachatelé - svou šanci uchopí během bezvýznamného konfliktu. Tento spor přiživují až do chvíle, kdy jedna strana zvítězí. V tom okamžiku má vítěz dvě možnosti: buď ustoupit nebo slabšího zničit.
3. Spoluúčastníci - jsou opovržení hodní. Přidávají se ke strůjci nebo si jen nevšímají toho, co se děje.

Typicky ženské způsoby šikany:

- posmívání se kolegyni, při čemž terčem posměchu může být účes, postava, hlas, gesta apod.,
- "přiložení si polínka" do ohně bez toho, že by si dříve ověřila pravdivost vyřčených informací,
- štvání za zády oběti,
- znepokojování kolegyně neustálými narážkami, které nejsou nikdy konkretizovány,
- vystavení oběti neustálé palbě kritiky, vytahování jedné domnělé či skutečné chyby za druhou,

- kolegyně nedokončí jedinou větu, protože je neustále přerušována. Ať řekne cokoli, vždy je to špatně.

Typicky mužské způsoby šikany:

- ignorování kolegy, jakoby byl vzduch,
- systematické shazování
- místo argumentů je oběti vyhrožováno, a to i fyzickým násilím,
- cynické poznámky o způsobu života kolegy a jeho osobních stanoviscích,
- oběti jsou podsouvány stále nové a nevděčné činnosti, o jejich smyslu je postižený vědomě ponechán v nejistotě.

Kapitola VI.

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.

Druhá polovina XX. století se nese ve znamení zlepšování stravy, její kvantity i kvality. Kvantum i kvalitu potravy však nedoprovází adekvátní pohybová aktivita. S tím souvisí i pokrok v somatických ukazatelích u dětí a dospívajících - zvyšování výšky a váhy. V 50. letech to byl trend chvályhodný, vyrovnával nedostatky výživy během 2. světové války. Vzrůst zemědělské výroby pak sebou nesl určitou fetišizaci jídla. To vedlo postupně k přejídání se a postupně vzniká problém obezity.

Zdravotníci začínají volat po změně životního způsobu i stravovacích návyků. Oprávněně poukazují na přemíru tuku, cukru a škrobu v jídelníčku a nedostatek zeleniny, ovoce, ryb a bílého masa. Také omezená pohybová aktivita se řadila k nežádoucím projevům zvyšujícího se blahobytu. Televizní kultura, nárůst počtu automobilů, pasivní sportování (nejraději vzpírám půllitr) vedla k nárůstu onemocnění kardiovaskulárních a na prvním místě příčiny úmrtí se objevil infarkt myokardu.

Ve Středoevropském regionu je navíc staletá tradice spojená s názorem, že bohatý člověk je tlustý člověk. Kdo je hubený, není majetný.

Po roce 1990 se tento trend začal měnit. S pronikáním různých názorů na životní styl ze západní Evropy a USA se i u nás začaly objevovat požadavky zdravé výživy, možnosti sportovat a vůbec vypadat fit. Zároveň však se objevily soutěže Královen krásy a ukázky módy z renomovaných módních salónů.

V důsledku toho se poruchy příjmu potravy staly v posledních 10 letech značným problémem. Jejich nárůst do téměř epidemické podoby zavinil do značné míry trend štíhlosti až vychrtlosti, který prezentovaly královny krásy a top-modelky. K tomu přispěl ještě trend podobat se úspěšným západním podnikatelům a těm nejbohatším. Trend štíhlý a mladý = úspěšný přivádí zejména ženy k užívání různých “zázračných” diet (nejvíce preferované), krémů a tabletek. Mnohé z nich nepřinášejí žádoucí efekt, naopak se po jejich vysazení dostaví tzv. jo-jo efekt (přibereme více, než jsme ubrali). Objevují se řady pacientek s diagnózou **záchvatovité přejídání, mentální anorexie a mentální bulimie**. Nejohroženější skupinou jsou adolescentní dívky a mladé ženy.

Záchvatovité přejídání:

Pochopit záchvatovité přejídání není jednoduché. Lidé musí jíst, aby přežili, ale často jí i z jiných příčin - aby byli společenšší, aby udělali někomu radost, z nudy, z nervozity, ze

strachu, ze vzteku, pro potěšení. Reklama nabízí řadu pochutin, které nabízí atraktivní lidé a tak není divu, že lidé nemají v otázce vztahu k jídlu jasno.

Ještě nevíce pochopitelné jsou stavy přejídání u lidí s hypoglykemií, kteří mají velmi rychlou pasáž trávicím traktem spojenou s nadprodukcí inzulínu a důsledku toho i abnormálně rychlým poklesem hladiny krevního cukru. V důsledku toho se objevuje intenzivní pocit hladu, bolesti hlavy, zmatenost, porucha koncentrace pozornosti, ztráta paměti, nervozita, úzkost, deprese, skleslost a pod. Pomůže časté jídlo v malých dávkách, ale nikoliv sladkostí.

1) Záchvatovité přejídání z jiných, než biologických příčin charakterizuje to, že postižená osoba celý den myslí na jídlo. Téměř všechny pocity jsou vázány na jídlo - potěšení, očekávání, pocity viny, strach. Postižená osoba pokračuje v jídle i poté, co utišila hlad. Jiné zase nevyčutávají jídlo během záchvatu přejídání a konzumují často stravu nechutnou, jako konzervy, směsi na těsta apod. Při tom zpravidla nemají z jídla potěšení, ale po jídle cítí zahanbení, protože se neovládly. Často se zde vyskytuje pocit méněcennosti nebo pocit, že nemám dost síly, abych zvládla život. Doprovází je často závist ostatním, kteří situaci jídla zvládají.

2) Přejídání spojené s nutkavým dodržováním diet. Diety jsou buď střídány přejídáním spojeným se stresem nebo záchvat přejídání bez stresových příčin je střídán ještě přísnější dietou.

U obou typů řídí ženy svůj emocionální život podle pocitů vůči jídlu a tělesné hmotnosti. Příznaky:

- tajně nakupuje a konzumuje jídlo,
- je zahanbená, pokud je spatřena při jídle,
- proklamuje dodržování přísné diety, při čemž zůstává dosti obézní (známka utajovaného jídla),
- konzumuje neobvyklé množství jídla, např. celé dorty,
- neustále jí, denně více než 3 jídla a svačiny,
- často jí, i když je zcela plná,
- reaguje jídlem na špatné nebo dobré zprávy,
- jí, když se nudí, když je nervózní, frustrovaná, rozzlobená, samotná,
- celý den si plánuje zcela nebo zčásti podle jídla (popř. tak, aby se jídlu vyhnula),
- má přátele, se kterými jí spojují aktivity související s jídlem,
- má zvláštní rituály související s jídlem (jí bez vidličky),
- bojí se zůstat sám s jídlem,
- má silné pocity viny a/nebo zahanbení vzhledem k potravinám a jídlu,
- střídá období těžkého přejídání s obdobími přísné diety,
- neustále se bojí, že bude tlustá.

Záchvatovitým přejídáním trpí v 85% všech případů ženy všech věkových kategorií. Někdy je to návykové chování z rodiny. Nezávisí na kultuře, rase ani jiných odlišnostech.

Zdravotní rizika - obezita, vysoký TK, cholesterol, sklony ke kardiovaskulárním problémům, kloubní potíže. Obezita znamená více než 25% vyšší váhu, než je průměr.

Mentální anorexie:

Je to porucha charakterizovaná úmyslným snižováním hmotnosti, které si pacientka způsobuje a udržuje sama. nemoc je doprovázena podvýživou různého stupně s následnými endokrinními, a metabolickými změnami i poruchami tělesných funkcí. Ve svém důsledku může být letální.

Diagnóza je vcelku jednoduchá. Základním kritériem je BMI (Queteletův body mass index), který klesá pod 15. Snížení hmotnosti si pacientka působí sama tím, že se vyhýbá “kalorickým” jídlům, tekutinám (i vodě), užívá laxancia nebo diuretika a provokuje si zvracení. Tato dietní opatření doplňuje intenzivní tělesnou aktivitou a ku podivu se cítí lépe, je aktivnější a méně unavená a zdravá. Velmi typické je schovávání a zahazování jídla, ale tak, aby se na to přišlo (chleba za polštáři na gauči).

Možné průvodní znaky anorexie:

- ztráta 15 a více procent tělesné hmotnosti
- pravidelný denní příjem nižší než 1000 kcal,
- ztráta menstruace (běžný průvodní stav při hladovění, protože tělo si nemůže dovolit ztrácet živiny krvácením),
- odmítání udržet si minimální tělesnou hmotnost(snaha zhubnout i přes nízkou tělesnou hmotnost),
- jídlo je vnímáno jako nepřítel,
- pocit, že dieta ovládá celý můj život,
- neustálé cvičení, někdy i v noci nebo jinou zvláštní dobu,
- přecházení při jídle
- osoba hned po jídle odchází od stolu (nebo pokud byla donucena jíst), aby mohla zvracet či použít laxantia,
- záchvaty přejídání a/nebo období přejídání a následného pročišťování střídaná období hladovění,
- neustálá strach z přibývání na váze,
- dotyčná osoba si o sobě myslí, že je tlustá, i když jiní tento názor nesdílejí, má zjevně “normální” tělesnou hmotnost, při tom trpí utkvělou představou, že je tlustá,
- intenzivní strach z nadváhy, i když dotyčná není silná nebo dokonce zhubla.

Hlavním projevem je nevyvratné přesvědčení o vlastní obezitě, i když je dívka již kachektická.

V psychice dívek objevíme znaky přizpůsobivé, zodpovědné, perfekcionistické, zdvořilé, ctižádostivé osobnosti. Jsou prostě vzorné, hodné téměř předváděcí a často slouží jako vzor. Vypadají, jakoby postrádaly individualitu. Často je v pozadí i neuvědomovaný strach z dospělosti (odmítají otce, vidí v něm odporného živočicha - skrytá sexuální problematika) nebo podvědomý odpor k ovládnání se strany ostatních (často v důsledku nepřiměřených nároků rodiny). Anorektička má často i pocit výlučnosti a nadřazenosti nad ostatními lidmi. Triumfální pocit kontroly nad vlastním tělem jí dovoluje oddálit ostatní problémy. S rozvojem anorexie se dostávají do konfliktu s rodiči a na jejich prosby reagují vztekem a lítostí.. Anorektičky se těsně vážou k matce, až se na ni “lepí”. Zajímají se o vaření a starají se , aby rodina jedla.

Zdravotní rizika anorexie:

- závratě,
- poruchy koncentrace pozornosti,
- podrážděnost,
- těžká nespavost,
- snížená citlivost v rukou a nohou,
- deprese - pocit beznaděje a zoufalství, který anorektička připisuje tomu, že není schopna zhubnout , ale která má psychologické kořeny a zároveň je důsledkem špatné výživy,

- infekce, které se nehojí,
- podlitiny způsobené tím, že tělo má sníženou odolnost vůči poranění a také proto, že kosti nejsou obaleny tukem,
- nízká odolnost vůči chladnému počasí při ztrátě přirozené vrstvy tuku,
- tělo se pokryje vrstvou jemných cloupků, které mají chránit před chladem,
- nízký tlak
- nepravidelný srdeční tep,
- selhávání srdce,
- dehydratace (diuretika)
- slehání ledvin v důsledku dehydratace,
- snížení tělesná teploty,
- zapadlé oči,
- zešedlá nebo zažloutlá pleť, která má někdy tendenci praskat,
- suché, lámavé vlasy a nehty.

K terapii přichází zpravidla se zoufalými rodiči, kteří si neví s dcerou rady. Ta je zpravidla kachektická, nemá menstruaci a začíná se snižovat kvalita vlasů a pokožky. Je však stále přesvědčena, že je tlustá.

Terapie je svízelná a často neúspěšná. Mnohé anorektičky na podvýživu zemřely. Anorektičky nespolutracují, lžou (na váhu si berou např. konzervy do kapes a pod.), testují terapeuta a terorizují rodinu citovým vydíráním (když to nedostanu začnu hubnout).

Mentální bulimie.

Postihuje mladé ženy po dvacátém roce věku. Někdy v ni přechází do chronické M.A. Bulimičky nejsou tak bezproblémové osobnosti jako anorektičky, v rodině se objevuje i sociální patologie (alkoholismus). Jsou často extravertní, přátelské a vstřícné, nemají přílišné ambice, ale jsou závislé na hodnocení okolím. Vyskytují se však rysy k sebeovládání sebekontroly - když poruší režim má pocity viny. Bulimie se projevuje zachováním "žravosti" s následným masivním zvracením a průjmy vyvolanými projímadly.

Příznaky bulimie:

- záchvaty přejídání následované přísnou dietou, zvracením, užíváním projímadel, diuretik, klystýry nebo intenzivním cvičením,
- neustálý strach z tloušťky, i když tělesná hmotnost dotyčné osoby se pohybuje kolem průměru s odchylkou 5 kg směrem nahoru nebo dolů,
- strach, že nedokáže přestat jíst,
- strach jíst bez následujícího pročištění nebo jiné kompenzace,
- strach, že ztratí sebeovládání, pokud jde o jídlo,
- deprese,
- odsuzování sebe sama po záchvatu přejídání,
- nepravidelná menstruace,
- zvýšená kazivost zubů (kyselost zvratků),
- neobvyklé výkyvy tělesné hmotnosti,
- oteklé slinné žlázy (tvář má "veveří" nebo "syslí" výraz), závratě, bolesti.

Bulimie je stejně nebezpečná jako anorexie. Opakované zvracení vede k poruše v iontové bilanci a může vést k záchvatové pohotovosti, tetanii a srdečním komplikacím.

Některé zdravotní následky bulimie:

- únava
- bolest v krku,
- zvrhodovatělý jícen, evtl. protržení jícnu,
- kazivost zubů - kyselost zvratků,
- poruchy srdeční činnosti - nutriční nevyváženost, poruchy hospodaření s ionty,
- záněty slinných žláz - opuchlá tvář,
- suchá pleť následkem ztráty tekutin,
- exantém n. jiná vyrážka
- dehydratace,
- zácpa - souvisí s dehydratací,
- edém - zadržování vody v těle jako reakce na diuretika a zvracení,
- nerovnováha elektrolytů - nesprávné množství Na, K v organismu - křeče, ledviny, srdce,
- bolesti v břiše.

I terapie bulimiček je velmi obtížná a trvá léta. Nehrozí však akutní nebezpečí smrti.

Kapitola VI

ZÁVISLOST.

Drogy můžeme nalézt v lidské společnosti od pradávna, protože se jim často připisovala kouzelná moc, považovaly se za boží dary. Extatické stavy, spojené s halucinacemi, výkřiky a křečemi končící ztrnutostí či bezvědomím, vzbuzovaly vždy bázeň, a tím i respekt. Považovaly se za výsledek obcování s nadpřirozenou mocí a vidiny a sny za proroctví seslaná božstvem. Indické konopí se považovalo za vlasy boha Višnu, opium Řekům seslala bohyně země Deméter pro klidný spánek a bůh spánku se nazývat Morpheus (morfín). Podle islámu věnoval archanděl Gabriel proroku Alláhovi kávová zrna pro “potěšení srdce”. Také v předkolumbovské Americe se užívaly rostlinné halucinogeny (psilocybin, mezcalin) jednak k vyvolání prorockých snů, jednak k omámení lidských obětí božskému hadu Xezotlovi. Listy koky dodnes žvýkají Andštití Indiáni pro překonání pocitů únavy z pochodů ve vysokohorských podmínkách. Opium se stalo v Číně velmi populárním a vyvažovalo se zlatem.

Drogy se spojují též s čarodějnictvím a bylo zjištěno, že masti, kterými se tyto ženy mazaly o sabatu, obsahovaly drogy, které vyvolávaly halucinace letu a erotické zážitky.

Drogy se užívaly i zneužívaly, sloužily k odstraňování nepohodlných lidí nebo jako “inspiration” pro umělce (Fantastická symfonie A. Berlioze).

Byla tedy nejstarší drogy rostlinného původu. První syntetické drogy vznikly v 19. století - v roce 1875 heroin, původně jako expektorans, v roce 1881 kodein rovněž původně k tlumení kašle. Zneužíval se i kafr. V současnosti pak farmaceutický průmysl chrlí stále nové formy léků - analgetik, antidepressiv, anxyolytik, které se zneužívají buď samy, nebo slouží jako surovina pro výrobu drog.

Na rozdíl o všeobecného povědomí o přítomnosti dealerů drog před školami, skutečnost je taková, že děti si nabízejí drogy samy mezi sebou. Důvodem je zprostředkování prožité zkušenosti svým spolužákům. O "drogové scéně" vypovídá nejlépe výzkum ESPAD z roku 1995 na vzorku 3000 dospívajících.

Z tohoto vzorku nejvíce (22%) ZO užívá marihuanu, chlapci významně více než dívky. Zarážející skutečností je, že při porovnání dospívajících z ČR a jí geograficky a historicky blízkých zemí se zjistilo, že v ČR je podíl různě závislých jedinců několikanásobně vyšší. P.Pothe(1999) uvádí tyto skutečnosti:

- Mezi českými chlapci a dívkami je výrazně vyšší podíl těch kteří udávají časté pití alkoholu, a to nejen piv, ale i destilátů. Jejich počet je až 3x vyšší než na Slovensku a v Maďarsku.
- Zkušenost s marihuanou má u nás 2x více chlapců než na Slovensku a 5x více než v Maďarsku.
- Zkušenost s LSD je to 3x častější u nás než ve jmenovaných zemích.

Co se také fetuje, zejména při tanci:

- Dominuje alkohol 97,8%
- Prozatím nejvíce marihuana 91,9%.
- Tabák - 90,5%
- Kofein nabývá na oblibě, ale je drahý - 79,8%
- Z tanečních drog se u nás nejvíce užívá PMNA a PMMA, které jsou výrazně toxičtější než jiné typy. První úmrtí bylo zaznamenáno v 70. letech v Chicagu, v 90. letech pak začala zabíjet u nás. Nejhorší je kombinace s extází. Podobně nebezpečná je droga 4-MTA - rovněž letální v kombinaci s jinou látkou. DOM je droga, která má tzv. "slabý" nástup a proto vede k opakovanému užití a tím se zvyšuje nebezpečí předávkování. Ve srovnání s DOB - je letální ve velmi malém množství. Nebezpečí DOB znamená rozrušení a halucinace, popř. bezvědomí po užití. Nutno volat RZP, jinak hrozí smrt. Mezi taneční drogy patří i GHB - tekutá extáze - velmi nebezpeční v kombinaci s alkoholem a jinými drogami. Extázi bere 66,9%.
- LSD - 45,2%
- Lysohlávky - 43,0%
- Pervitin - 40,6%
- Za zmínku stojí nitráty - "poppers", která se prodávají jako afrodiziaka v lahvičkách. Inhalují se a lze tím navodit záchvat euforie, nekontrolovaného smíchu a hučení v hlavě. V kombinaci s jinými látkami velmi nebezpečné a také letální nebezpečí u kardiovaskulárních chorob - 35,1%
- Kokain - 32,1%. - hodně bohatší mládež, gram stojí kolem 1500,- Kč.
- Pod 20% jsou to amfetamiony a benzodiazepiny.
- Pod 10% pak ketamin, heroin, rozpouštědla.

VZNIK DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.

Návyk vzniká v okamžiku, kdy jsme se vzdali původních životních perspektiv.

Drogou rozumíme chemickou látku přirozenou nebo syntetickou, která ovlivňuje psychiku člověka, zejména jeho náladu, vnímání, chování a stav vědomí.

Drogová závislost je určena přáním, touhou, potřebou či nutkáním užívat drogu. Je doprovázena tendencí ke zvyšování dávek na základě psychické či somatické závislosti či obojí závislosti na droze.

Závislost dle MKN 10 se vyznačuje:

růstem tolerance k droze,

odvykacími příznaky při vysazení
potížení s kontrolou dávkování
déltrvající neúspěšná snaha o odvykání,
hodně času věnuje shánění drogy
zanedbávání jiných potěšení
užívání substituce přes známá rizika.

Pokud nalezneme aspoň 3 znaky, jedná se o závislost.

Psychická závislost znamená duševní stav, který se projevuje se různým stupněm nepotlačitelné touhy užívat psychotropní substanci pro její euforizující, stimulující nebo také tlumivý či halucinogenní účinek. Psychická závislost vzniká určitým druhem “návykové paměti”, která umožní vytvoření v CNS “cesty” a posléze “dálnice”, po kterých probíhají informace o účincích substance. Přání zažít znovu opojení je původcem vzniku psychické závislosti - bažení - craving.

Somatická závislost znamená, že se organismus droze přizpůsobil a zabudoval ji do svého metabolismu tak, že tento bez substance nemůže dobře fungovat, což je původem abstinčních příznaků.

Klinické znaky somatických abstinčních příznaků:

Znaky aktivace:

Stupeň 1: vyražení potu, zvýšená dráždivost, třes, rozšíření zornic, zvýšené reflexy, nevolnost, zvracení průjmy.

Stupeň 2: zmatenost, horečka, vysoký TK, bušení srdce.

Stupeň 3: psychotické znaky, poruchy vědomí, poruchy srdečního rytmu.

Stupeň 4: záchvaty křečí, šok, ztráta vědomí až kóma, ohrožení života.

Tlumivé znaky:

Stupeň 1: zákal vědomí - zmatenost, somnolence, spavost.

Stupeň 2: zákal vědomí - kóma, pokles TK

Stupeň 3: kóma s ochrnutím dýchání.

Stupeň 4: poškození mozku, postupně bez reflexů, schází obrana vůči bolesti, pokles dechové frekvence, pokles TK, pokles tepu, ohrožení života.

Uvedené příznaky vyvolávají velmi nepříjemné pocity a vedou k opakovanému požití substance, aby byly odstraněny. To buduje bludný kruh abusu substancí..

V případě pouhé somatické závislosti nejsou příznaky tak tristní a lze je pomocí léčby během 3-4 týdnů překonat. Psychickou závislost někdy překonat nelze, může přetrvávat celý život.

Vznik drogové závislosti ovlivňuje řada podmínek:

• **Typ, charakter a dostupnost drogy:**

Typy drog jsou:

1. Alkohol - snadno dostupný i nezletilým v samoobsluhách či supermarketech.
2. Opiáty - morfin, heroin, kodein, braun - dostupné zejména pro zdravotníky, na diskotékách a u překupníků.
3. Kanabinoidy - marihuana, hašiš - velmi snadno dostupná marihuana i samostatným pěstováním na tajných políčkách.
4. Sedativa a hypnotika - v různé lékové formě - přístupná buď volně prodejná, popř. na lékařský předpis. Byla v minulosti předmětem krádeží v lékárnách, protože některá jsou surovinou pro výrobu např. Pervitinu.
5. Stimulancia- kokain, kofein, amfetamin, psychoton, pervitin. metamfetamin. efedrin, a jejich lékové formy - hůře dostupné, spíše přes překupníky, poměrně finančně nákladné.

6. Halucinogeny - LSD, trip, MSDMA, extáze, mezkalin, psilocybin, lysohlávky - až na posledně uvedené hůře přístupné, poměrně nákladné.
7. Tabák - snadno dostupný i pro nezletilé.
8. Těkavé látky - aceton, nitrobenzen, toluen, trichloretylen, benzin - moc nejsou populární, snadno dostupné v každé drogerii.
9. Jiné formy závislosti - PC hry, INTERNET, hrací automaty - snadno přístupné.

Každá z těchto drogových skupin má jiné účinky a užívá se v různých formách. Obliba jednotlivých skupin drog se mění - tzv. drogová scéna. Při srovnání oblíbenosti drog 1990 a nyní je patrná posunem k tvrdším drogám. V roce 1990 byly na prvním místě těkavé látky, různá analgetika a jejich kombinace s alkoholem, nebarbiturátová hypnotika a sedativa. V současnosti je to marihuana, heroin, kokain, extáze. Snižuje se též věk drogově závislých až k 8 letům. První dávku většinou nabídne spolužák, kamarád nebo dealer v podobě bonbónu (marihuana) nebo olizovací nálepky (extáze). V minulosti se mezi drogově závislými pěstoval směnný obchod - substance za recept či určitý počet balení léků. V současnosti se požaduje platba v penězích a drogově závislý potřebuje měsíčně několik tisíc a ž desítek tisíc na drogu. Důsledkem je růst kriminality od prostituce až ke krádežím a násilným činům.

- **Struktura osobnosti drogově závislého jedince:** Neexistuje typ osobnosti, který by zaručoval odolnost proti droze. Jsou však mezi námi více disponovaní jedinci a jsou jim společné některé znaky osobnosti, které je za vhodných podmínek k závislosti přivedou. Ohroženy jsou jednak děti z disharmonických rodin, děti s poruchami vývoje, s neurotickými problémy, přecitlivělé, vegetativně labilní, s nízkým sebehodnocením, psychicky nezralí, emocionálně labilní, nespokojení, neúspěšní, se slabou vůlí, trpící bolestmi, poruchou osobnosti.
- **Sociální prostředí:** Prostředí, ve kterém člověk žije má na jeho vývoj a formování důležitý vliv. Značný vliv má postoj bezprostředního okolí k drogám. Tyto vlivy můžeme rozdělit na vycházející z: rodiny, od vrstevníků, ze školy a zaměstnání, z partnerského vztahu. Také sociální minority jsou ohroženy - nejistá sociální pozice.

Rodina může být na jedné straně konfliktní, zanedbávající, stojící na okraji společnosti, jejíž členové jsou alkoholici, toxikomani, delinkventi a vůbec obtížně přizpůsobiví jedinci. Na druhé straně to může být rodina velmi mohovitá s nedostatečnou pozorností a emocionální podporou, kterou věnuje svým dětem. Mohou to být i mentálně reatardované děti nebo dospělí. Rodina může být i spořádaná a funkční, ale dítě nebo její jiný člen se dostane pod vliv party. Rizikovým faktorem je také náhlé přerušování vztahů v dětství a mládí (nemoc, smrt v rodině, přestěhování, rozvod, nový rodič apod.)

Vrstevníci dokážou významně ovlivnit chování zejména dospívajících, Ti u nich hledají porozumění a pochopení a podporu svého sebevědomí. Vezme-li takový dospívající drogu, cítí se hrdinou a domnívá se, že dospěl. Často se může stát, že dostane dávku drogy, aniž o tom ví, protože mu ji nabídnou ve formě nápoje či cukrovinky (marihuana).

Škola a zaměstnání se může podílet na vzniku drogové závislosti zejména, kdy je člověk neúspěšný, šikanovaný, s nízkým sebevědomím, nestačí nárokům. Podnětem se může stát i ztráta zaměstnání. Některé profese jsou ohroženější než jiné, a to zdravotníci, umělci, vědci, zaměstnanci věznic, policisté, podnikatelé, barmani, číšníci, kuchaři, zaměstnanci čistíren, studenti a žáci.

Partnerský vztah se podílí nespokojeností, sexuálním nesouladem, špatným porozuměním, konflikty, rozvodovou situací, napodobením partnera.

- **Spouštěcí faktory:** Jsou faktory, které uvádějí do vztahu drogu, osobnost a prostředí a tím spouští závislost. U mladých lidí a dospívajících může být takovým mechanismem pocit prázdnoty, nuda, chuť něco zkusit, neschopnost se přizpůsobit společenským požadavkům a podmínkám a jejich změnám, strach z reálného života. Často se setkáváme i se snahou

“vypadat dospěle” nebo nezadat si před partou vrstevníků, U 80% budoucích toxikomanů se na jejich návyku podílí úzkost, pocity nejistoty. Muži jsou zranitelní v oblasti úspěchu v zaměstnání, ztráty zaměstnání, konkurence, existenční starosti, problémy v sexuální aktivitě. Ženy přivádí k závislosti spíše nespokojenost v manželství, citové a sexuální problémy, problémy s dětmi a chronická únava. Někdo hledá v droze únik před problémy, jiný nová vzrušení, protože je přesycen běžnými požitky (majetek, zábavy, oblečení, šperky, cestování apod.).

- **Fáze vývoje návyku:**

- Euforické počáteční stadium:

- + lehký přístup k droze
 - + zmizí úzkost, uvolnění, omámení,
 - + vzrůstající sebehodnocení,
 - + “zvýšené sebevědomí”

- Kritické stadium navykání:

- + zmírnění účinku i když dávka drogy stoupá,
 - + konflikty v zaměstnání a ve škole,
 - + zúžení zájmů,
 - + finanční problémy,
 - + poruchy sebehodnocení.

- Stadium návyku, závislosti:

- + ztráta kontroly nad drogou a dávkou,
 - + pokles pracovní schopnosti ve škole nebo v zaměstnání,
 - + kriminalita, vyřazení ze společnosti,
 - + změna osobnosti, abstinenční příznaky,
 - + tělesné problémy.

- Chronické stadium rozkladu:

- + úbytek snášenlivost drogy,
 - + neschopnost zaopatření peněz,
 - + zchudnutí,
 - + bezdomovectví,
 - + opuštěnost, zanedbanost,
 - + těžká tělesná onemocnění
 - + psychický rozklad.

Typy závislostí a jejich důsledky.

WHO dělí typy závislosti na:

STIMULANCIA:

konopný typ

amfetaminový typ

halucinogenní typ

kokainový typ

SEDATIVA:

opiátový typ

benzodiazepanový typ

barbiturátový/alkoholový typ

nikotinový typ.

1. ALKOHOL.

Alkoholismus patří k nejrozšířenější formě toxikomanie a mluvíme o ní v okamžiku, kdy se požívání alkoholu staně nebezpečným osobě či společenství nebo oběma prvkům. Alkohol se svým účinkem blíží látkám s hypnotickým účinkem. Stupeň alkoholové intoxikace se řídí množstvím alkoholu v krvi, udávaném v promile. Alkohol má vlastnost návykové drogy, a proto se s nevinného užívání stává škodlivé užívání - abusus a vzniká závislost jak psychická, tak i somatická. Navíc má alkohol, tak jako i ostatní drogy teratogenní účinek - tzn. že poškozuje plod, protože prochází placentou.

Opilost je především ovlivnění nervového systému nerozloženým alkoholem a jeho toxickými účinky:

Podle množství požitého alkoholu se pak rozlišují tyto typy opilosti:

0,5-1,5 promile - lehká opilost

1,5-2,5 promile - opilost středního stupně

nad 2,5 promile - těžká opilost resp. otrava alkoholem.

Tyto hodnoty jsou pouze orientační, každý člověk reaguje jinak a má jinou snášenlivost alkoholu.

Kvalitativně se opilost může dělit na následující typy:

1) Akutní opilost nebo prostá (ebrietas simplex): Její stupeň a projevy závisí na množství a koncentraci vypitého alkoholu, na jeho snášenlivosti konkrétním jedincem a na rychlosti, s jakou je určité množství alkoholu vypito. Dále zde působí i to, zda byl člověk před pitím alkoholu lačný či najedený, zda jen seděl či se pohyboval a v jaké tělesné a duševní kondici byl. Intoxikace pak probíhá čtyřmi stadii: excitačním, hypnotickým, narkotickým a asfyktickým. U různých lidí se opilost může projevat veselím, depresí, zlostí, agresí, jízlivostí. Záleží na povaze konkrétního člověka.

b) Komplikovaná opilost (ebrietas complicata): Jedná se o abnormní stupeň opilosti, která se vyznačuje dlouhodobým a silným psychickým vzrušením, výraznou proměnou projevů osobnosti, podrážděnou náladou a následně opileckými "okénky" - palimpsesty (člověk si nepamatuje, co dělal).

c) Patická opilost: Vyskytuje se poměrně zřídka. Je doprovázena mráкотným stavem, zmateností, halucinacemi a sklonem k patologickým reakcím a jednáním. Pod vlivem patické opilosti se člověk může dopustit i násilného trestného činu. Paticky opilý člověk vypadá navenek jako střízlivý, protože se nekymácí a jeho projevy a činy pak vypadají jako nemotivované.

Typy alkoholismu:

typ alfa: dočasná psychická závislost

typ beta: nadměrné, avšak nepravidelné pití, víkendový, příležitostný, společenský piják.

typ gama: ztráta kontroly nad alkoholem, časté středně těžké až těžké omámení.

typ delta: zřídka opilý, zřídka střízlivý, trvalá impregnace.

typ epsilon: kvartální piják.

Následky alkoholismu:

Somatické: Nejčastěji je to jaterní cirhóza, záněty a zvětšení jater. V nervovém systému se objevují polyneuritidy (záněty nervů), atrofie mozku. U mužů se objevuje snížení až ztráta potence, která vede ke vzniku žárlivcových bludů. U těhotných dochází k poškození plodu.

Psychické: Velmi bohatý rejstřík problémů a poruch, zejména vnímání, paměti, zvyšuje se únavnost a emocionální labilita, dochází ke snížení a pak i ztrátě zájmů a znalostí, ubývá pohotovosti a duševní svěžesti. Chybí takt a schopnost chápat problémy druhých, dochází k celkovému zhrubnutí jednání s agresivními prvky. V posledních dvou stadiích se střetáváme s delirantními stavy - delirium tremens, Korsakovovou psychózou, alkoholickou demencí a halucinózou.

2. OPIÁTY: * morfin, heroin (hérák, háčko), kodein (káčko), braun (běčko, špína).*

Vyskytují se zpravidla v práškové formě (bílá až tmavě hnědá) jako tablety nebo roztok (braun, ampule morfinu). Psychická i somatická závislost vzniká velmi rychle a abstinenci příznaky jsou velmi těžké. Jejich záluďnost spočívá v tom, že se mohou objevit až několik hodin po abstinenci. Užívají se kouřením, šňupáním a injekcemi.

Opiáty navozují zklidnění, uvolnění a bezstarostnou náladu, odstraňují napětí a bolest a navozují celkový psychický i fyzický útlum. Jejich účinek je příjemný. Po užití drogy pozorujeme stav omámenosti, zpomalené reakce, poruchy koordinace, zpomalené reakce a zúžení zornic (špendlíková hlavička), dojem opilosti. Chronické užívání doprovází stálý výtok z nosu, vodnaté oči, bledá kůže, vyhublost. Po těle jsou četné vpichy, často zanícené. Nález opálených kousků alobalu, ohořelé lžičky, bílý nebo hnědý prášek v obálce, zabalené “psaničko”, jehly, stříkačky.

Rizika: Následkem předávkování útlum dýchacího centra a smrt. Při zneužívání celkový úpadek osobnosti ztráta zájmů, trestná činnost. U mužů poruchy potence, u žen poruchy menstruačního cyklu a v těhotenství prostoupí drogy do placenty - rodí se děti závislé na droze. Vážně poškozuje mozek, žíly a játra, Při injekční aplikaci riziko žloutenky a AIDS.

3. KANABINOIDY: * marihuana (tráva, rostlinky, marjánka), hašiš (haš).*

Vyskytují se ve formě listů, semínek, kousků tmavohnědé pryskyřice (hašiš), jako temná olejovitá kapalina (hašišový olej), někdy ve formě cukrovinek, nápojů a pečiva.

Užívají se kouřením (joint, smotek, dýmka) nebo ústy (cukrovinka, odvary).

Po užití se může objevit celá škála projevů od mírné euforie až po halucinace. Nejčastější je nepřirozená veselost nebo rozjařenost. Doprovází zrychlený puls, zvýšený chuť k jídlu.

Objevují se tzv. “plovoucí oči s rozšířenými zornicemi (tmavé brýle), pot páchne po spálené trávě. Chronické užívání vede k poruchám nálady, poruchám paměti, prodloužení reakčního času, chronické záněty spojivek a sliznic, zhoršená koordinace pohybů a časoprostorová orientace. Za volantem může být příčinou dopravních nehod. Objevují se flashbacky - opakování příznaků i po dlouhodobé abstinenci. Substance se ukládá do tukových tkání a z nich se po dlouhou dobu vylučuje.

Rizika: Joint je mnohokrát více karcinogenní (3 - 4 krát více dehtu v jednom jointu než v 1 cigaretě). 3 - 4 jointy se rovnají 20 cigaretám. Dým z jointu se také hlouběji vdechuje a více zadržuje v plicích než u cigaret. Do plic se tak dostane o 40% více dehtu než z běžné cigarety. Hrozí zejména karcinom plic. K tomu se připojuje zhoršení postřehu a koncentrace pozornosti, riziko postižení plodu nebo narození dítěte závislého na droze, poruchy krvetvorby. Dále i pokles mužských hormonů, impotence u mužů, neplodnost u žen. “ Z nadaných dělá průměrné, z průměrných hloupé a z bojovníků poražené”.

4. SEDATIVA A HYPNOTIKA: * sedativa, antidepressiva, anxyolytika, analgetika, hypnotika, barbituráty.*

Užívají se jako tablety nebo injekční formou, Jako tablety často v kombinaci s alkoholem.

Po užití se dostaví pocit uvolnění, ve vyšších dávkách celkový psychický i somatický útlum. Je patrné celkové zpomalení psychických a fyzických projevů, typická je setřelá řeč, “knedlíkový jazyk”, otupělost, ospalost, lhostejnost, apatie, opilé vzezření.

Rizika: možnost předávkování s následnou těžkou otravou, bezvědomím a smrtí způsobenou útlumem či ochrnutím dechových center v mozku. Objevují se bolesti hlavy, deprese, úzkost a sklony k agresi. Při náhlém vysazení je zde riziko epileptických záchvatů(zejména u barbiturátů).

5. STIMULANCIA * kokain,(koks, prášek, crack), kofein (káva) , amfetamin, metamfetamin (led, krystalky), psychoton, pervitin (péčko, piko, perník), efedrin. Taneční drogy éčko, pilule, ADAM, Ecstasy, XTC. DOM, DOB, PMA. PMMA, 4-MTA.

Jsou ve formě tablet, prášku (nejčastěji bílý) nebo krystalků. Užívají se šňupáním (kokain), injekcemi. Po užití se objeví zrychlené dýchání, rychlejší tepová frekvence, stoupne krevní tlak, pocení, třes, neklid, sucho v ústech, rozšířené zornice. Při dlouhodobém užívání se objevuje chronický výtok z nosu, poškození nosní přepážky (kokain), vácčky pod očima, hubnutí. Dále se prohlubuje neklid. Přidává se nespavost, úzkost, přecitlivělost na světlo, “stíha” - paranoidně- halucinatorní syndrom (vztahovačnost, pocit pronásledování), agresivní tendence, svědění, štípání a pocity lezoucího hmyzu pod kůží. Po vysazení se objevují deprese, spánek.

Rizika: Dávky se nezvyšují, ale užívají se tytéž dávky častěji. Pocity pronásledování až stihomam, poruchy paměti, agresivita, halucinace. Možnost selhání srdce a smrt po předávkování.

Extáze: Po zvýšeném výdeji energie následuje únava nebo deprese, pokud se nedodá dostatek tekutin i smrt. Může se dostavit toxická psychóza, při které člověk ohrožuje sebe i okolí.

6. HALUCINOGENY *LSD (kyselina, acid), trip (směs halucinogenů), MSDMA (extáze), mezcalin, psilocybin, lysohlávky (houbičky).*

V distribuci se objevují jako malé papírky (lízátka) napuštěná tekutinou či gelem s různými obrázky (vodka, videohry apod.). Dále se objevují jako tekutina (čaje a odvary z přírodních drog), prášek (drcené sušené houby) lysohlávky z nichž se vaří např. smaženice nebo se jí syrové, v tabletách a kapslích (extáze).

Užívají se ústy, zřídka jiným způsobem. Po užití způsobují poruchy vnímání všech smyslů nebo některých z nich, vznikají halucinace, hlavně zrakové. Vnímají se tzv. psychedelické barvy (viz. v umění 60. let), předměty surrealisticky zkreslené. Mohou být doprovázeny sluchovými halucinacemi v podobě zvuků, ale i hlasů. Mohou být příjemné, ale i trýznivé a mučivé. Působí změnu v prožívání reality, vlastní osoby a nálady. Pozorujeme rozšířené zornice, zrychlený puls, zrudnutí v obličeji, někdy překotná aktivita.

Rizika: špatně se odhaduje dávka. Poruchy sebeovládání, možnost “nemotivovaného” jednání pod vlivem halucinací, flashbacky (až po dvou letech od posledního užití). Po odeznění halucinací může přetrvávat deprese vedoucí k suicidálnímu jednání. Je nebezpečí zhoršení nebo vzniku vážné psychické poruchy ve smyslu schizofrenie.

7. TABAKISMUS * nikotin. *

Velmi snadno dostupná substance, poměrně cenově levná, k dispozici i v řadě domácností zcela volně. Vyskytuje se jako cigarety, doutníky, dýmkový, šňupací a žvýkácí tabák. V současnosti jsou módní doutníky, v minulosti se hodně šňupalo, kouřily se dýmky.

Při užívání je velmi důležitý společenský aspekt. Až na výjimky, každý kouření zkusí, ale ne každý u něj setrvá. Bývá prezentováno jako znamení dospělosti, zajímavosti, protřelosti a světáctví. Po nástupu psychické závislosti nastupuje vzápětí nebo zároveň i somatická závislost. Kouření může zpočátku vyvolávat nepříjemné gastrointestinální příznaky, ale ty u části populace brzy pominou nebo se vůbec neprojeví. Uvádí se i odlišný tvar chuťových pohárků u kuřáků a alkoholiků. Návyk se dělí na lehký - 5 - 7 cigaret denně, střední - do 20 cigaret denně a těžký - nad 20 cigaret denně.

Rizika: Jde o kombinované riziko jednak nikotinu - vasokonstrikce, záněty trávicího systému, žaludeční vředy, poruchy hlasivek, plicního epitelu, jednak dehtu a dalších karcinogenů, které

spolu s nikotinem vnikají do organismu. Je prokázána přímá souvislost mezi karcinomem hrtanu, plic, hlasivek s kouřením. Je prokázána i závislost mezi kouřením a infarkty myokardu a ictem.

Jako přídatné účinky pozorujeme nezdravou barvu pleti, předčasné stárnutí pleti a vrásky.

8. TĚKAVÉ LÁTKY * toluen, trichloretylen, benzen, benzin (jít pod hadru).*

Jde o různá ředidla, zčásti zcela běžně dostupná v drogeriích. Distribuce v láhvích, plechovkách nebo sprejích. Vzniká psychická závislost. Typické pro méně majetné toxikomany.

Užívají se vdechováním přímo z nádoby či pod napuštěnou textilií (hadr). Aby se účinek zvětšil, přetahují si přes hlavu polyetylénové sáčky, nebo se zakrývají silnější textilií - dekou, zimníkem. Z toxikomana táhne zápach po chemikáliích, má vyrážku v obličeji, opilé, zasněné vzezření, zanedbaný vzhled.

Riziko: Nejsnadnější možnost předávkování s následnou těžkou otravou a útlumem dýchacích center, což může mít smrtelné následky. Možnost udusit se po silnou látkou či v polyetylénovém sáčku (zůstal pod dekou). Při chronickém zneužívání jsou postižena játra, mozek, plíce, krevtvorba, je zhoršení paměti a zvýšená únavnost.

9. JINÉ FORMY ZÁVISLOSTÍ * gamblerství, PC hry, Internet.*

Gambleři:

Závislost na hazardních hrách není záležitostí nové doby. Hazardní hry existovaly a zároveň s nimi se opakovaně objevují tytéž problémy - ztráta majetku, ztráta přátel, bankrot, suicidium nebo trestná činnost (Puškin: Piková dáma). Hrál se s kostkami, kartami, na různých deskách. V minulém století se přidala ruleta a podobné mechanické hry, jako koně, psi, vlaky. Na ně navazují v moderní době hrací automaty.

Automaty se dělí na *zábavné a výherní*. U zábavných strojů si člověk kupuje čas, takže se vlastně o hazard nejedná. Přesto i ony mají svá rizika a mohou navodit závislost, která se projeví prodlužováním času, který člověk u automatu tráví na úkor zaměstnání, školy, zájmů, rodiny. U disponovaných jedinců může blikající stroj vyvolat epileptické záchvaty.

U výherních automatů si hráč kupuje výhru a proto o hazard jde. Výherní automaty se někdy dělí na "lehké" a "těžké" podle výše vkladu. Toto dělení je jen zdánlivé, protože pojem velikost vkladu je zcela individuální (pro někoho je 20 Kč moc, pro někoho nic). Důsledky hráčské vášně jsou stejné bez ohledu na "těžkost" automatu.

Hrát lze i v Kasinech, která jsou přístupná všem, ale vyžadují vyšší vklady a proto mohou člověka zruinovat mnohem rychleji. Počáteční vyšší výhra, kterou kasina dokážou "zařídít" navodí psychickou závislost a gambler je na světě (rulety, Back jack a pod. lze různě nastavit, aby vyhrávala herna a ne hráči). Hráčská vášně se prohlubuje seznamováním se s různými "zaručenými" systémy výher a postupů, jak "rozbít bank". Takové úspěchy se sporadicky objeví, ale kolují pak ve formě hráčských legend po kasinech na celém světě. Tak posilují v gamblorech touhu po hře. Majitelé kasin a heren tvoří klan s vlastními pravidly jednání a rozdělení teritorií.

Sportovní sázky jsou jednak různé sázkové hry jako Sazka, Sportka, Mates, sázení na dostizích. I poměrně nevinné hry, jakými byly a jsou Sazka, nebo byl Mates, dokážou vytáhnout z kapes lidí stovky korun týdně v naději na některou z cen, nyní posílenou i Jackpotem. I V Sazce existovaly různé rozpisy, které měly zaručit vrácení vložených peněz. Sázení na dostizích je nákladnější záležitost a je napojena i na podsvětí struktury.

Karetní hry jsou známy od starověku, ale ne každá karetní hra je hazard. Karty v mírné podobě rozvíjí i pozornost a myšlení. Stanou-li se však jediným zájmem člověka a hraje-li se

o peníze, je to hráčství. Jde o hry jakými byl Farao, je Poker, Oko, Pod hromádky, 21, Mariáš. Hazardní karetní hra byla i zdrojem obživy hráčů, kteří různými triky dokázali obehřát “křeny” a zajistit si slušné, byť nejisté živobytí (viz různé příběhy z Divokého Západu).

Kostky: Jde rovněž o velmi starý typ hazardu, oblíbený mezi vojáky, protože kalíšek a kostky se vešel do kapsy a ke hře stačil buben. Byly různě upravovány, aby padala je nejvyšší čísla.

Skořápky a jim podobné hry: Skořápkáři jsou organizováni v podsvětních klanech a hbitostí rukou při přemísťování “skořápek” dokážou obehřát naivního člověka. U nás se rozmohly hodně mezi léty 1990 - 1993. Nyní již nejsou moc vidět.

Tři fáze návyku:

a) Fáze výher - občasná hra přináší zábavu a uvolnění až do chvíle, kdy přijde skutečně velká výhra. Pak se připojí touha ji zopakovat a začne se snít o “rozbití banku”. Počátek závislosti.

b) Fáze proher - jde již o chorobné hraní a hráč myslí jen na hru. Občas se pokouší přestat, ale bez úspěchu. Hru financuje z úspor a hru tají před rodinou i blízkými lidmi. Začíná si vypůjčovat, a půjčky nevrací. Rodinný život začíná být v krizi, hráč se stává podrážděným, bezohledným a uzavírá se.

c) Fáze zoufalství - pověst hráče je poškozena, přichází první žaloby, ale hráč není schopen nehrát. Opakovaně prohrává. Své potíže svádí na druhé a začíná být zoufalý. Je osamocen, rodina se rozpadla a hráče opouští. Časté jsou suicidální pokusy nebo vznik závislosti na drogách, což situaci ztěžuje.

Tři fáze nápravy:

a) Fáze kritičnosti - hráč poctivě hledá pomoc a získává naději. Přestává hrát a chladnokrevně provede inventuru finančních závazků. Na jejím základě vypracuje splátkový kalendář a vrací se do zaměstnání.

b) Fáze znovuvytvoření - Začíná splácet dluhy, plánuje jasně a věrohodně náhradu škod a nahlíží na sebe reálně. Vznikají nové zájmy a záliby, získává zpět důvěru přátel i vlastní rodiny. Stanovuje si kvalitní cíle.

c) Fáze růstu - přestává myslet na hru, rozumí sobě i druhým a je schopen vcítění. Nachází nový smysl života.

Ohrožení jsou všichni, ale nejvíce dospívající, muži (podnikatelé, a s vysokými výdělky), profesionálové (croupieři, číšníci, majitelé heren).

PC hry:

Rozvoj osobních počítačů přinesl mnoho pozitivního. Pestrá nabídka soft ware umožňuje snadné zvládnutí různých oborů, počínaje psaním textů, účetnictvím až po navrhování strojních součástí, domů apod. S profesionálním využíváním PC však vznikly i hry. Nadšení rodičů byla nesmírné. Jejich nezvládatelní výrostci a i mladší děti seděly jako “pipinky” a nezlobily. Mnohá matka vydechla úlevou a začala mít dostatek času na sebe i domácnost. Žel důsledky již nebyly tak radostné. Nadšení se postupně začalo měnit na ostražitost a brzy se začalo hovořit o novém typu závislosti. Děti trávící hodiny před magickou obrazovkou se začaly hůře učit, ztratily zájem o osobní hygienu, jídlo, kamarády. Neústupně vyžadovaly stále jiné a složitější hry. Problémem se stávalo i násilí ve hrách obsažené. To přinášelo dětem s různými problémy pocity všemohoucnosti a nadvlády. Vědra a potoky krve, hory násilí, používání rafinovaných zbraní a úspěch daný počtem usmrcených lidí či zvířat podmanily některé děti natolik, že zatoužili chovat se tak i v reálném životě. Již před 15 lety se objevovaly v odborné literatuře varovní články o nárůstu násilí a dětské zločinnosti na straně jedné a ztrátě zájmů a vyšších cílů na straně druhé pod vlivem videoher.

Děti samy přiznávají, že k počítači utíkají ze dvou důvodů:

1) Cítí se odstrčeny a nepochopeny rodinou a ostatními dospělými a videohry jim dodávají sebevědomí, cítí se hrdiny.

2) Cítí se ohroženy reálným světem a ve videohrách nalézají únik např. před šikanou .

Při odejmutí počítače a her se objevují abstinenční příznaky typu vzdoru, agrese, útěku z domova ke kamarádu, který počítač má, krádeže peněz nebo cenných věcí, aby si mohli pořídit nové hry nebo počítač.

INTERNET:

Znamená velké možnosti, ale zároveň velká nebezpečí. Kontaktem klávesnicí a myši se dostává člověk do světa virtuální reality, který může snadno nahradit svět reálný. Virtuální svět si můžeme ovládat sami, přizpůsobit si jej, když nás ohrožuje, tak ho prostě vypnout. Pomocí Internetu můžeme cestovat, listovat encyklopediemi, zadávat reklamu a prohlížet si nabídky zboží, ba i nakupovat. Může zažívat netušená dobrodružství, ba nabízí se mu i různé požitky v běžné společnosti nedostupné, ba tabuizované. Může si změnit vlastní totožnost, a to zcela beztrestně, může si změnit svůj vzhled i vlastnosti, majetkové poměry a může se brouzdat v síti vztahů k jedincům, kteří rovněž, osamělí se svou klávesnicí, putují světem w.w.w. Prostě INTERNET se jeví jako svět neomezených možností.

Nyní, krátce po jeho zavedení, se však ukazují i možná nebezpečí. Introvertní lidé komunikují s PC a zejména s webovými stránkami namísto s lidmi. Ztrácí se kontakt se skutečností a ta pak internetového surfera může nečekaně zaskočit. Počítač má podobné účinky jako alkohol. Umožňuje vstoupit do světa fantazie, uvolnit se a ztratit zábrany. Člověk zamilovaný do obrazovky ztrácí normální lidské kontakty, rodinu, zaměstnání a oddává se světu nereálnému, virtuálnímu.

Podle nejnovějších výzkumů AAP je 6% Američanů používajících internetových stránek skutečně závislých vč. abstinenčních příznaků. Mezi těmito 6% přiznává 83%, že "svou dávku" dostanou v okamžiku zapnutí programu, 68,5% by rádo se svou závislostí něco dělalo. Omezit užívání Internetu se pokusilo 79% závislých, ale dostavily se klasické abstinenční příznaky. Většina závislých potřebuje volně surfovat dnem i nocí (78%), probírat se elektronickou poštou (75%), závislost na internetových hrách uvádí 62% a na povídání s ostatními 57% osob. Závislost na Internetu je častou příčinou rozvodů. Typickým ohroženým člověkem je muž ve věku od 25 do 35 let, vzdělaný, finančně nezávislý, s dostatkem volného času, který začne trávit u počítače. Vznikla i společnost Interneters Anonymous (Obdoba Alcoholics anonymous).

Podezření na jakoukoliv závislost:

Varovným signálem je vždy změna vztahu k lidem, finanční problémy a přesvědčení, že vzniklou závislost má daný jedinec pod kontrolou. Dále se objevuje náhlá nebo pozvolná změna chování nebo nálady, podrážděnost, ztráta iniciativy, pokles zájmů, ztráta přátel, zanedbávání osobní hygieny a péče o oděv, nápadnosti v odívání, vyhledávání samoty, vzdalování se z domova, pozdní návraty, odmítání autority, odmítání pravidelné školní docházky, odkládání povinností zájem o farmakologii a nápadně hluboké znalosti z chemie, návštěva diskoték, party ve sklepích a opuštěných domech, undergroundové koncerty a zájem o podobné formy umění.

Nejisté příznaky: Vyčerpanost, zvýšená potřeba spánku nebo poruchy spánku (špatně usíná, budí se), nechutenství nebo "vlčí hlad", nevolnosti, žaludeční potíže, zarudlé oči, sucho v ústech, okoralé rty, změny v průměru zornic, "plovoucí oči".

Jisté příznaky: Nález drogy, akutní otrava drogou (opilost, stavy opojení), nezvyklá činnost, mnohomluvnost, povznesená nálada vs. nápadný útlum, deprese, záchvaty nepřiléhavého smíchu nebo pláče, porucha motoriky, desorientace, omyly v rozpoznávání osob, poruchy vědomí, infikované vpichy po injekcích, zápach po těkavých látkách či spálené trávě, drmolivá řeč, grimasy v dolní části obličeje.

Formy pomoci:

Na pomoc lidem s různými formami závislosti existují v podstatě dva směry pomoci:

A) Profesionální - léčba v odborných zařízeních nemocničního či sanatorního typu pomocí farmakoterapie, psychoterapie s pomocí ergoterapie a rehabilitace. U nás je neznámějším Skálův model léčby alkoholiků, který známe z filmu "Dobří holubi se vracejí". V odvykání kuřáctví existuje síť poraden, které nabízejí různé žvýkačky, nálepky a psychoterapii. Při drogových závislostech se využívá i režimové léčby a náhrady za drogu - Methadon.

B) Různé nadační formy pomoci - streetworkeri, dobrovolná sdružení (Alcoholics anonymous, Gamblers anonymous), Drop-in centra, laičtí terapeuti (zpravidla vyléčení toxikomani). Všechny a další sdružení využívají anonymitu a bezprostředního styku se závislými jedinci k tomu, aby jim nabídli nejen možnost čistých stříkaček a náhradní drogy, ale i mnohem významnější pomoc při odvykání.

Kapitola VIII.

Sociálně psychologické problémy osob s poruchami smyslového vnímání.

Tato kapitola pojednává o osobách s poruchami vidění, slyšení, protože ty jsou v populaci nejčastěji zastoupeny a nejvíce limitují život postiženého jedince. Poruchy chuti, čichu, hmatu jsou velmi vzácné a nejsou zdaleka tak tíživé pro svého nositele.

Nevidomí se stali předmětem zájmu proto, že jejich porucha je velmi nápadná. První písemné zprávy o pomoci nevidomým jsou z roku 206 př.n.l. z Číny, kde vznikla organizace nevidomých hudebníků. Ti organizovali školy, v nichž vychovávali své následovníky. O 900 let později, kolem roku 754 př.n.l., vzniká v Japonsku masérská škola pro nevidomé osoby. O prvních evropských pokusech pomoci nevidomým se dovídáme až z období renesance. V roce 1506 vyřezal španělský učenec Francesco Lucas dřevěná písmena, pomocí nichž se pokoušel naučit nevidomé číst.

K rozkvětu péče o nevidomé dochází koncem 18. století ve Francii, která zaujímá na tomto poli péče o postižené vedoucí místo díky Valentinu Huiy. Jeho zásluhou vznikly v Paříži dva ústavy pro nevidomé, jeden v Berlíně a jeden v Petrohradě mezi léty 1805 - 1807. Ve Velké Británii vznikly v této době čtyři podobné ústavy, inspirované francouzským vzorem. V Rakousku-Uhersku se stal vedoucí osobností podobného významu Wilhelm Klein, který zpracoval na svou dobu velmi progresivní a ucelený systém péče o nevidomé a poloslepé děti. Svými myšlenkami však předstihl dobu a nebyl za svého života příliš uznávaný ani úspěšný. Považuje se za otce pedagogiky pro zrakově postižené.

Louis Braille zpracoval své šestibodové písmo v roce 1825, ale k jeho většímu využití došlo až o čtvrt století později, protože mezi odborníky panovala nedůvěra k možnostem vzdělávání zrakově postižených. O sto let později se ukázalo, že Braille intuitivně zvolil šest bodů správně, protože lidský ukazovák je schopen nejlépe diferencovat právě šest bodů.

V USA se první školy tohoto typu objevily v letech 1833 - 1837, a to v Philadelphii a N.Yorku. Kanada následovala jejich příkladu v roce 1860 založením školy v Quebecu. Postupně se také dospělo k poznání, že zrakově postižené musíme vychovávat od ranějšího věku než je 10 - 11 let, kdy již mají zafixovány různé zlozvyky. A tak postupně vznikají mateřské školky se zaměřením na zrakově postižené.

Začátek 20. století znamená již rozsáhlou organizaci speciálního školství a jako novinku přináší výuku tělesné výchovy a komplexní profesionální výcvik (Košíkářství, kartáčnictví, ladičství hudebních nástrojů, výuky hra na hudební nástroj, masérství) pro zrakově postižené. V Praze vznikl péčí dr. Klára Ústav pro zrakově postižené na Hradčanech a tento ústav jako ZŠ existuje dodnes. Potomci dr. Klára pokračovali v jeho díle a založili další pražský ústav v roce 1832. V Brně se zasloužil o založení školy pro zrakově postižené František Pavlík, který je rovněž autorem první Čítanky pro nevidomé z roku 1888. Postupně pak vznikaly další ústavy v Českých zemích i na Slovensku, při nich pak střední školy i odborná učiliště. V

Praxe byla založena Konzervatoř. Tradiční řemesla zůstávala stejná, jen přibyl telefonní manipulant. Tato profese však už ztratila svou aktuálnost s rozvojem digitálních ústředěn. Se zánikem tradičních výrob pak zanikají i možnost integrace zrakově postižených do profesionální a výtěžné činnosti.

1. ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ.

Je značný rozdíl v osudu člověka, jehož postižení je vrozené nebo je získal během života. Existují také různé stupně zrakového postižení od úplné slepoty (spíše vzácná) přes různé stupně slabozrakosti, refrakterní poruchy až k lehkým formám krátko- a dalekozrakosti. Náš zájem budeme věnovat nejtěžším formám zrakového postižení.

Etiologie postižení zraku může být:

- periferní - jsou mnohem častější a lépe prozkoumané, v posledních letech ubývají.
- centrální - v posledních letech přibývají.

A. Periferní poruchy.

Jedná se o **postižení samotného orgánu vidění - očí někdy kombinovaného i poruchou inervace.**

U dětí slepých nebo slabozrakých je nezbytná časná diagnostika poruchy spojená s časnou vývojovou stimulací, která si klade za cíl využít a rozvinout využívání i zbytků zraku co nejefektivněji a zároveň využívat k poznání světa náhradních smyslů. Proto se jim pomáhá nápadně barevnými a lesklými plochami, světýlky, odrazovými sklíčky na hranách nábytku a místností. Dále se využívá ozvučených i neozvučených hraček s různou kvalitou povrchu (tvrdý, měkký, drsný, hladký apod.).

Vývoj zrakově postiženého dítěte probíhá téměř normálně, ale s určitým opožděním. Skoro slepé a slepé děti opožděně uchopují hračky, prakticky nelezou a neobracejí se, ale používají náhradní styl např. lezení - posunují se po zadečku (jsou jistější a ruce zůstávají volné k prozkoumávání okolí). Chodit začínou až mezi 2. a 3. rokem. Větší problémy nastanou, když se ke smyslovému postižení připojí postižení mentální nebo tělesné.

U nevidomých dětí často pozorujeme **určité zvláštnosti v chování**. Časté jsou automatické, stereotypní pohyby - kývání se na kolenou, vrtění hlavou - které jsou typické též pro mentálně opožděné děti. Ty vyvolávají nežádoucí pozornost veřejnosti, která je interpretuje jako projev mentální retardace. U nevidomých a slabozrakých dětí však nejsou projevem mentální retardace, ale snahou o stimulaci CNS. Zrak je totiž jediným smyslovým orgánem, který nás stimuluje kontinuálně, pokud bdíme. Chybí-li tato kontinuální stimulace, má člověk tendenci si ji zprostředkovat jinak. Je-li však stereotypií příliš mnoho, mohou působit rušivě a nepříznivě ovlivnit další psychický vývoj dítěte. Stereotypním pohybům lze dodat smysl cíleným využitím např. houpačky, vytleskávání rytmických celků, podupávání. Jiným zdrojem dodávání podnětů je mačkání očí - vyvolává vjem světýlek, hvězdiček před očima. Proto je nezbytné co nejdříve dodávat dítěti podněty prostřednictvím ostatních smyslů - hmatu, sluchu, čichu a chuti.

Hmat se stává spolu se **sluchem** hlavním zdrojem přísunu podnětů. Hmat si dokáže nevidomí a slabozrací vycvičit do té míry, že cítí stlačování vzduchového sloupce před sebou i okolo sebe, a tak se vyhýbají překážkám. Hmatem se orientují nejen ve světě věcí, ale i v sociálních situacích (ohmatávají obličej). Zajímavá je hmatová precitlivělost, zejména na chlupaté tkaniny - plyš, samet - projevující se odporem až "husí kůži" při doteku. Sluchem rozlišují slabozrací a nevidomí odstíny hlasů různých lidí a hlas je jim charakteristikou pro sympatie a nesympatie, slouží k orientaci ve známém i méně známém terénu a sluchová signalizace je

uplatněna i ve speciálních pomůckách (hole, PC). Čich pak přispívá k jemnější diferenciaci lidí, krajin, ročních období.

Narušen je i **sociální kontakt**, protože chybí pohled z očí do očí, mimika je chudá a výzva ke kontaktu je doprovázena ztišením dítěte ne radostnými projevy (úsměv, poskakování, hlasový doprovod) jako u vidoucích dětí. Dospělí tak, protože neví že dítě nevidí nebo nemají informace o zvláštích nevidomých, mají pocit, že je dítě “nevnímá” a “odmítá”.

Rodiče potřebuje skutečně kvalitní informace a pomoc, aby dokázali dítěti porozumět a tím mu i účelně pomoci např. potřebuje delší dobu na naučení se novým dovednostem, emoce se lépe odečítají z ruček, déle přetrvává separační úzkost.

Vývoj řeči je poznamenán problémy s artikulací, protože řeč si člověk osvojuje nejen odposloucháváním, ale také pozorováním. Porozumění obsahům slov je nedokonalé, proto je také mnoho nepřesností při užívání jazyka. Na nevidomé je nezbytné hovořit pomalu a srozumitelně. Zvláštností nevidomých je hra s mluvidly (vydávání různých zvuků), která u běžných dětí mizí s vyslovením srozumitelných slov.

U dětí s menší vadou zraku, která jim umožňuje návštěvu běžné ZŠ se vyskytují okruhy problémů související s jistou odlišností vzhledu (šilhání, silné brýle). Tyto děti jsou často vystaveny posměchu i šikaně se strany spolužáků a vyskytují se u nich spíše psychosomatické problémy (bolesti břicha, hlavy) a neurotické potíže.

B. Centrální slepota.

Je mnohem složitějším problémem. Vzniká na základě degenerativních procesů na n. optiku nebo v centru vidění v mozku (tumor, krvácení, úraz). Orgán zraku je neporušen nebo jen minimálně, dítě vidí, ale nerozpoznává viděné objekty. Proto se lidé s centrální slepotou nechovají jako nevidomí. V některých situacích reagují jako normálně vidící, jindy jako nevidomí. Např., dobře rozlišují barvy, ale nechápou je - pojmenují barvu, ale až poté, co předmět ohmatali. Často odvrací pohled od předmětů a ohmatávají je bez kontroly zraku. Takové chování je pro ně typické.

Diagnostika centrálních poruch vidění je velmi obtížná a lze ji provést až po prvním roce života.

2. SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ.

Sluchové postižení se vyskytuje v různém stupni od úplné hluchoty až k nedoslýchavosti různého stupně. Stejně jako u poruch zraku, i u sluchového postižení je úplná hluchota spíše výjimkou.

Typy sluchových poruch:

Jednotlivé typy se liší místem vzniku v uchu a změněným vnímáním zvuků a řeči.

a) Převodní vada je důsledek postižení vnějšího nebo vnitřního ucha (lehká porucha - zalehlé ucho). Postihuje především vnímání hlubokých tónů a vnímání lidského hlasu, zejména jeho dynamiky a melodie. Může docházet k záměnám samohlásek, ale není pravidlem.

Kompenzace do jisté míry zesílením zvuku. Bývá následkem otitid. Navštěvují běžnou školu, ale jejich potíže mohou být přehlédnuty a považovány za nepozornost.

b) Percepční vada sluchu postihuje vlastní orgán sluchového vnímání - Cortiho orgán v hlemýždi nebo sluchová nerv. Postiženo je vnímání vysokých tónů, řeči a diferenciací hlásek (např. sykavky). Slyšení je charakterizováno nepravidelnými výpadky skupin hlásek. Zesílení zvuku vyvolává nepříjemný pocit.

c) Centrální vady vznikají v důsledku vývojového nebo traumatického postižení CNS v oblastech sluchového vnímání. Postižení je zpracování slyšeného zvuku nebo řeči - nerozumí.

Je rovněž významné, kdy k poruše sluchu dojde, zda je to vrozená vada nebo získaná, kdy člověk postupně ohluchne v důsledku nemoci nebo úrazu. Každý stupeň postižení je jedinečný v tom, jak daný jedinec dokáže využít i jen zbytků sluchu. Z hlediska sociálních je často malá nedoslýchavost horší problém než úplná hluchota.

Časná diagnostika je u poruch sluchu stejně důležitá, jako u poruch vidění. Čím dříve dostane dítě nebo dospělý naslouchadla, tím méně problémů. Dítě se naučí prakticky normálně mluvit, dospělému se neztratí svět a možnosti společenského uplatnění.

U dětí probíhá vývoj v podstatě normálně. I neslyšící dítě začne broukat, ale jeho hlasový projev nepokračuje a stává se monotónním. Řeč se nevyvíjí vůbec nebo se značným opožděním a s artikulačními problémy. Problémy se stupňují s postupem věku a s tendencí dítěte vyjádřit vlastní přání a pocity. Bez náležité pomoci se nedoslýchavé či neslyšící dítě může dostat do sociální izolace s vážným důsledky pro formování osobnosti jedince. Pomoc spočívá buď v nasazení naslouchadel a pak běžným vývojem nebo ve výuce speciálních forem komunikace. Ty jsou dvojího typu:

- a) orální komunikace
- b) znakový národní jazyk
- c) totální komunikace.

Orální komunikace učí nedoslýchavé a neslyšící mluvit hlasem, tedy tak, jak hovoří běžní lidé. Kontakt je navázán odezíráním se rtů partnera. Je zakázáno gestikulovat. vychází se z předpokladu plné integrace neslyšících do společnosti.

Znakový národní jazyk je výuka speciálních gest a jejich soustav, které nahrazují mluvenou řeč.

Je důležitá při ranné stimulaci - učení řeči u batolatům lepší rozvoj pojmového myšlení. Po nasazení sluchadel se naučí orální komunikaci.

Totální komunikace: Experimentálně - učí dva učitelé. Jeden znakuje a slyšící učitel cvičí orální dovednosti, žáci se učí odezírat se rtů dospělých i gestikulaci.

Je faktem, že neslyšící děti se stejně naučí i totální komunikaci, aby se dorozuměli se stejně postiženými vrstevníky.

Pro další výchovu dítěte je výhodné, jestliže je alespoň jeden z rodičů neslyšící, protože naučí své postižené dítěte komunikovat přirozeně od malička totálně nebo orálně.

Neslyšící se velmi obtížně integrují do kultury, protože se jim její dědictví obtížně zpřístupňuje.

Integrace neslyšící vyžaduje specifické podmínky např. v běžné škole takové dítě nepíše diktáty.

Problém nastává, když se neslyšícím rodičům narodí slyšící dítě. To pak dělá svým rodičům vlastně průvodce a tlumočnicka a zastává tak na svůj věk nepřirozeně odpovědnou roli, která se může promítnout při větší zátěži až do neurotických potíží.

Kapitola IX.

Sociální a psychické problémy osob s tělesným postižením.

První známý zákon o tělesně postižených vyšel roku 1601 v Anglii. Jeho koncepce se lišila od tradičního pojetí v tom, že kladla společnosti za povinnost postarat se o invalidní osoby a poskytnout jim určitou pomoc. Na jeho základě se začaly budovat charitativní zařízení výhradně pro zmrzačené osoby. Až do té doby byli různě postižení smícháni v klášterních útulcích, různých chudobincích, pastouškách nebo žebrali.

V roce 1741 nastínil francouzský lékař N.Andry koncepci péče o tělesně postižené a stal se zakladatelem ortopedie. V roce 1780 vydal C.J.Tissot (Francie) knihu, jejímž obsahem byl systém léčebného tělocviku a rehabilitace. Na základě Andryho inspirací založil v roce 1770

švýcarský ortopéd J.A.Vessel první ortopedickou kliniku, která proslula různými ortopedickými pomůckami (dlahy, korzety, podpůrné přístroje). Vessel se věnoval zvláště různým poruchám zakřivení páteře (skoliózy, kyfózy, lordózy) a v jejich nápravě dosáhl značné proslulosti. Věnoval se též různým deformitám končetin a stal se otcem ortopedie. V Německu byl první ústav pro tělesně postižené založen v roce 1816 ve Wurzburgu a v roce 1832 v Mnichově. Brzy poté se jejich počet prudce zvýšil až na 80. Jejich zakladateli a propagátory byli K.Biesalski a F.v.Hessing. Posledně jmenovaný založil proslulý ústav, který měl divadlo, koncertní sál a školu. Zaměřil se na výrobu protéz z kůže a dřeva a také různých podpěrných aparátů, z nichž některé se vyrábí dosud (z modernějších materiálů). V roce 1898 požadovali H.O.Thomas a R. Jones zřizování operačních sálů při ústavech pro tělesně postižené v Anglii. Koncem 19. století se v celé Evropě bouřlivě rozvíjí různé formy péče o tělesně postižené (zmrzačelé). V Rusku pak vzniká vysoce oceňovaná ortopedická škola prof. Turnera a prof. Sitěnka.

V českých zemích vznikl první ústav pro tělesně postižené v Liberci. Jedličkův ústav vznikl v roce 1911 v Praze. Byl novátorský tím, že poskytoval tělesně postiženým možnost vyučit se vhodným řemeslům a výrobky tohoto ústavu byly velmi obdivovány na Světové výstavě v Paříži ve 30. letech. Pak následovaly rychle i jiná města, tak např. v Brně vznikl v roce 1919 Na Kociánce Ústav pro zmrzačelé (nyní ÚSP pro TPM). Po druhé světové válce pak vznikala podobná zařízení i na Slovensku. V té době se také buduje síť škol a učilišť a vznikají výrobní družstva, která tělesně postižené zaměstnávají (DRUTĚVA). Dochází k výraznému rozvoji rehabilitačních metod (Vojta, Lesný) a lázeňské péče (Teplice, Jánské lázně, Třeboň).

Tělesným postižením rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, svalů a šlach, jejich cévního zásobení a inervace pokud se projevuje porušením nebo omezením hybnosti. Patří sem všechny odchylky od normálního držení těla, tvaru těla, svalového tonu, tj. anomálie, deformity, malformace, degenerace a poruchy funkce s tím související. Mohou být **vrozené a získané**.

A) Vrozené vady.

Etiologie vrozených vad souvisí buď s dědičnými dispozicemi nebo se váže k podmínkám kolem porodu. Patří k nim různé formy dětské mozkové obrny (DMO), degenerativní onemocnění mozku a míchy, myopatie, rozštěpy mozku a páteřního kanálu, deformity nohou a páteře, luxace kyčelního kloubu.

Dětská mozková obrna je onemocnění hybnosti nebo vývoje hybnosti vzniklé na základě poškození mozku před-, během nebo po porodu až do konce 1. roku života dítěte. Tato porucha patří ke kombinovaným vadám, tj. kromě postižení pohybového aparátu jsou přítomny poruchy smyslu a mentální retardace různého stupně. DMO se vyskytuje v následujících formách:

- Hypertonické formy.

a) *Forma diparetická* se projevuje spastickým postižením dolních končetin, které jsou v typickém nůžkovém postavení. Mohou být lehce postiženy i horní končetiny, a to ve smyslu neobratnosti jemné motoriky. Zkrácena Achilova šlacha vede ke špičkové chůzi a i po intenzivní rehabilitaci přetrvává nůžkové postavení dolních končetin. Inteligence bývá porušena u 24% dětí v různém stupni a časté je postižení zraku.

b) *Forma hemiparetická* se vyznačuje postižením pravé nebo levé poloviny těla včetně obličejových svalů. Dolní končetina je postižena více než horní. Nápadné je sešikmení pánve na postiženou stranu a v obličejí je postižená část menší a hypomimická. Může být

ochrnutá i stejnostranná hlasivka. Asi polovina dětí má různý stupeň mentální retardace, u 25% dětí se objevuje epilepsie. Bývají i smyslová postižení - zrak, sluch.

c) *Forma kvadruparetická* je nejtěžším spastickým postižením, protože jsou zasaženy všechny končetiny. Postižení doprovází ve 100% případech těžká až hluboká mentální retardace a u většiny dětí jsou přítomny epileptické záchvaty. Většinou mají i těžší formy, zejména zrakového, postižení. Jsou nesoběstační a výchova se ubírá cestou vytváření spokojenosti, kladného emočního ladění a uspokojování základních somatických potřeb.

- Hypotonické formy.

Jde o celkové postižení všech nebo většiny svalových skupin. U dítěte se vyskytují např. šalový fenomén a fenomén pásovce či sklapovacího nože. Celková hypotonie brání v rozvoji motoriky. Rehabilitace je mnohem svízelnější než u hypertonických forem. Většina dětí je mentálně retardovaných v pásmech střední, těžké a hluboké mentální retardace. U nejllehčích postižení je mentální retardace prakticky nevyskytuje, děti jsou normálně inteligentní a toto lehounké postižení lze napravit např. systémem Kochova cvičení s kojenci a batolaty.

- Dyskinetické formy.

Bývají někdy řazeny k hypotonickým formám. Jejich hlavním projevem jsou vůlí nepotlačitelné pohyby různého charakteru - atetosy (pomalé červovité pohyby), chorea (rychlé, brskné pohyby), balismus (rychlé pohyby celou končetinou o velké amplitudě). Postižení jsou zpravidla inteligentní, ale grimasy, které patří též k nepotlačitelným pohybům, ovlivňují jejich hodnocení v negativním smyslu. Působí totiž jako pošklebky. Jiná patologie se nevyskytuje, ale mají velké problémy s běžnými sebeobslužnými aktivitami včetně jídla.

- Degenerativní onemocnění mozku a míchy.

Jsou to onemocnění dědičná, dítě se zpravidla rodí jako zdravé a teprve postupem dětství se symptomy choroby rozvíjejí. Jsou zpravidla rozvinuta nejpozději do 10. roku života. Rychlost nástupu patologie je individuální a individuální je i celkový průběh onemocnění a s tím související kvalita života i jeho délka. Jsou charakterizovány různými typy obrn, deformit a poruch hybnosti. Patří sem např. Werdnig-Hoffmannova choroba, Fridreichova obrna, Marieova choroba a další.

Myopatie při mezi primární svalová onemocnění. Začíná v časném dětství. Svaly jsou postupně nahrazovány tukovou a vazivovou tkání. Postupuje většinou od ramen směrem dolů. Intelekt je intaktní a nevyskytují se ani epileptické záchvaty. Postižení ztrácejí postupně schopnost samostatného pohybu a pohybu vůbec, takže končí na invalidním vozíku. Jsou inkontinentní a potřebují trvalou asistenci při uspokojování základních fyzických potřeb. Umírají většinou na banální infekci horních cest dýchacích, při které nestačí oslabené dýchací svaly rozepnout zcela plíce, zvládnout kašlací pohyby.

Rozštěpy lebky a pateře jsou rovněž vrozené a vyskytují se v různě těžkém stupni. Vždy však je doprovází hypotonie svalová a mentální retardace spíše hlubších stupňů. U rozštěpů lebky se častý hydrocephalus.

Luxace kyčelního kloubu je porucha vývoje stříšky kyčelního kloubu, kterou lze snadno odhalit v časném dětství. Díky preventivním prohlídkám, které jsou u nás již od 50. let běžné, se nevyskytují těžké komplikace této poruchy, které vyžadují operativní léčbu a dlouhodobý pobyt v sádrových korzetech a ortopedických strojích. Na západ od našich hranic jsou tyto poruchy běžnější.

Deformity končetin a pateře jsou poruchy ortopedického charakteru, Jde např., o pes calcaneovalgus, pes equinovarus a jim podobné, které lze řešit chirurgicky a pomocí speciální obuvi. U pateře jsou to kyfosy - vyklenutí hrudní pateře vzad (až hrb), lordosy - vyklenutí bederní pateře vpřed a skoliosy - vybočení pateře vpravo nebo vlevo. Lehčí formy se korigují cvičením, těžší vyžadují korzety a někdy i speciální ortopedické přípravky.

B) Získané vady:

Vznikají nejčastěji jako následky úrazů (autohavárie), infekčními vlivy, jako vedlejší důsledek onemocnění (diabetes, TBC) nebo působením nádorových procesů benigních i maligních.

Pokud se týče úrazů, pak velmi záleží na tom, zda byla porušena mícha, od místa, kde byla porušena pak následuje necitlivost, neschopnost pohybu a inkontinence. Při postižení hlavy ať úrazem či tumorem vždy závisí na místě, kde k postižení došlo. Následky jsou velmi různé od prakticky nepozorovatelných problémů až k různým formám degenerace mentálních schopností, zejména různým typům postižení paměti, myšlení, řeči, smyslovým postižením, vzniku pouřazových epilepsií a dalších poruch. Tyto poruchy jsou velmi často ireverzibilní.

- Zánětlivá onemocnění mozku a míchy.

Vznikají zpravidla na základě virové infekce - klíšťová encefalitis nebo encefalitis jiné etiologie. I přes pokročilou antibiotickou léčbu je to onemocnění velmi vážné a nezřídka zanechává přechodné či trvalé následky. Jedná se především o bolesti hlavy, poruchy paměti, myšlení a řeči, epilepsie. Někdy přetrvává slabá obrna končetin.

- Poliomyelitis:

Jde o infekční, dříve epidemickou, obrnu. Poslední epidemie byla v 50. letech, která usmrtila a zmrzčila statisíce dětí i dospělých. V našich zemích byla v té době populace již zcela proočkována Polio vakcínou a proto se u nás objevily jen ojedinělé případy. Tato nemoc přetrvává jen v zemích, kde není povinné očkování.

- TBC:

Dříve epidemická až endemická v některých zemích. Dlouhá staletí na ni umíraly tisíce lidí. V současnosti se opět objevuje její akutní nebezpečí např. v Rusku. Postihuje nejen plíce, ale má i kostní a kloubní formu. Ta zanechává člověka deformovaného a invalidizuje jej. Patrně se s ní opět budeme setkávat.

Jako důsledek špatné výživy a chudoby byla dříve častá i křivice - důsledek nedostatku vitamínu D. V současnosti je možné ji vidět v tzv. rozvojových zemích třetího světa.

- Maligní onemocnění.

Jedná se zejména o sarkomy kostí, který patří k rizikovějším formám karcinomu. Nezřídka je nezbytné napadenou kost operativně odejmout, často i celou končetinu. Přes intenzivní chemoterapii se úspěšnost léčby pohybuje kolem 52%.

- Amputace:

Po autohaváriích a jiných typech úrazů, kdy dojde k rozdrčení končetiny. Výrazným způsobem zasahuje do tvaru těla a vnímání vlastní podoby. Protože se často týká i mladých lidí, které může až imobilizovat, je zde řada problémů, které dopadají na psychiku člověka i do jeho sociálních vztahů - nutná změna zaměstnání, invalidizace, ztráta smyslu života a další.

Nepříjemnými doprovodnými jevy amputace jsou i tzv. fantómové bolesti - bolest či svědění, štípání v amputované končetině, které se vnímají, jakoby končetina odejmuta nebyla.

Tělesně postižení jsou vždy nápadní a trpí často pocity méněcennosti, úzkostmi a depresemi. Jejich vznik a rozvoj pozorujeme v kterémkoliv věku, ale v dětství zejména během školní docházky. V té době je tělesná zdatnost nutným předpokladem přijetí do skupiny. Aby bylo možné handicapované spoluobčany zařadit do společnosti, musí se vytvářet pracovní příležitosti i pro ně, což je v současné době značný problém a handicapovaní jsou tak segregováni. více, než kdykoliv před tím.

Kapitola X.

Problémy mentálně retardovaných.

Mentální retardace není nemoc, ale stav, charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vznikne buď jako vrozený stav nebo může být důsledkem úrazu, onemocnění, degenerativního procesu v CNS. Je obvykle doprovázen poruchami adaptace, zpomalením vývoje a omezením možností ve vzdělání a společenském uplatnění. Uvedené charakteristiky mohou být různého stupně a mohou být komplikovány tělesným či smyslovým handicapem, či kombinací všech typů postižení dohromady. Na vzniku mentální retardace se podílí celá řada činitelů, jejichž značná část je známa. Mnoho sice víme o genetických mutacích (Downův syndrom - trisomie 21 chromozómu), o rizikových faktorech v těhotenství (rubeola), porodních komplikacích (hypoxie, asfyxie), o vlivu infekcí, alkoholu, drog a jiných činitelích, ale ani to vše nemůže vysvětlit více než 50% případů narození dítěte s mentální retardací.

Většinou se patrně jedná o kombinaci řady faktorů, jejichž společné působení vyvolá poruchu vývoje CNS již v prenatálním období a jež nemůžeme předvídat.

Stupeň mentální retardace se vyjadřuje v hodnotách inteligenčního kvocientu (IQ). Pouhé číslo však nic neřekne o skutečných možnostech dítěte. To je nezbytné vyjádřit spíše profilem či strukturou mentálních schopností, které zjišťují speciální psychologické metody (vývojové škály, testy inteligence). Jejich údaje musí být doplněny hlediskem kvality zvládnutí běžných životních situací. Jde o to, že rozložení schopností je často velmi nerovnoměrné, zhoršená kvalita se týká zejména myšlení a vyjadřovacích schopností, ale paměť může být velmi dobrá nebo i vynikající (u lehké mentální retardace). I v rámci jednoho stupně mentální retardace se mohou jednotlivci velmi lišit co do svých schopností v závislosti na stylu rodinné výchovy (podněcující - zanedbávající) a na tom, zda skutečně vyrůstají v rodině či v ústavním prostředí. Škála inteligenčních kvocientů pro jednotlivé stupně mentální retardace je následující:

90 - 105	průměrná inteligence
70 - 89	podprůměrná inteligence
55 - 69	lehká mentální retardace
40 - 54	střední mentální retardace
25 - 39	těžká mentální retardace
0 - 24	hluboká mentální retardace.

Stupně inteligence jsou stejné pro všechny lidi na světě. Někteří mají k rozvoji svých schopností lepší, jiní horší podmínky. Souvisí to nejen s majetkem, ale i s přístupem společnosti k vlastním menšinám a systémem vzdělávání.

Mentální retardace má vliv na celý průběh vývoje dítěte. Jeho PSM vývoj probíhá pomaleji, jeho reakce jsou často nejasné a pro okolí málo srozumitelné. Matka může mít dojem, že ji dítě nevnímá a neodměňuje dostatečně a neposkytuje mu adekvátní podněty a podporu.

Mentálně retardované děti mají celou škálu stereotypních pohybů a aktivit, které jsou navenek nápadné a komplikují přijetí dítěte rodinou. Mentálně retardovaní velmi rádi jí a jsou často obézní. Zároveň mají i poměrně značnou tělesnou sílu, pro kterou mohou být těžko zvládatelní, pokud jsou eretičtí.

Lehká mentální retardace:

Do tohoto pásma spadají dvě úrovně inteligence, a sice:

a) podprůměrná inteligence (slaboduchost) IQ 89 - 70.

Zjistí se zpravidla poměrně pozdě, až před vstupem do školy nebo během první třídy, kdy dítě nestačí nárokům běžné ZŠ. Během časného vývoje se takové dítě neopozďuje nápadně. V oblasti motoriky pak takřka vůbec ne. Opoždění v takových projevech jako je řeč či určité formy hry, hygienické návyky a sebeobsluha je nenápadné, protože i vývojové normy pro

hodnocení jsou velmi volné. Postižení začne být nápadné až v okamžiku, kdy musí dítě začít využívat myšlenkových operací a pružně se přizpůsobovat nárokům učiva. Zpravidla zvládnou i základní školu, ale s horším prospěchem nebo opakují některé třídy. Děti více podprůměrné se zpravidla doporučují do zvláštních škol. Jejich myšlení je konkrétní, vyžaduje názor. Normálně se vyučí a celkem úspěšně se uplatní v běžné životě. Žijí v manželství s dětmi. Ženy mohou být velmi dobré např. kuchařky, zahradnice. Muži mohou být manuálně šikovni a dobře řemeslníci.

b) vlastní lehká mentální retardace IQ 69 - 55.

Myšlení dětí s lehkou MR je nepružné a stereotypní, vyžadující názorné pomůcky a pomalejší postup výkladu. Tyto podmínky splňuje zvláštní škola, kterou děti absolvují s velmi dobrým prospěchem a mohou se pak vyučit i v různých učebních oborech. Jsou schopni zvládat i běžný život, dokážou se postarat sami o sebe a někdy i o rodinu. Jejich problém spočívá v tom, že jsou velmi důvěřiví a mohou být obětí podvodu, využívání a zneužívání, šikany. Nižší úroveň inteligence pak úspěšnost uplatnění v praktickém životě komplikuje. Mají problémy např. ve styku s úřady, špatně se orientují v různých službách (pošta, bankomaty apod).

Potřebuje při těchto akcích pomoc.

Střední stupeň mentální retardace:

Opoždění PSM vývoje je nápadnější, a proto se zjistí již v ranném dětství. Nejnápadněji se opoždí řeč a sebeobsluha včetně hygienických návyků. Řeč se rozvine postupně tak, že je člověk se střední MR schopen domluvit se o běžných potřebách a problémech. Výuku zvládají dle osnov pomocné školy, tj. základní trivium (čtení, psaní, počítání) Při dobrém vedení jsou soběstační v sebeobsluze a mohou vykonávat jednoduché pracovní činnosti s dozorem (shrabování listí, sbírání ovoce). Podle stylu výchovy jsou mezi nimi značné rozdíly co do rozvoje optima dovedností.

Těžká mentální retardace:

Je zřetelná již od narození a často ji doprovází i další postižení - smyslová, somatická. Mnohé z těchto dětí se nenaučí nikdy ani žvatlat, některé žvatlají slabiky a jednoduchá slůvka. Celková úroveň, které dosáhnou, nepřekročí 2 - 3 roky. Ve výchově je nezbytné podporovat základní sebeobsluhu a hygienické návyky, domlouvání se gesty - ukazovat, vrtět a kývat hlavou apod. Dobře vedené dítě je klidné a spokojené, v činnosti aktivnější a dokáže relativně hodně.

Hluboká mentální retardace:

Je rovněž spojena s dalšími postiženími. Děti s tímto stupněm MR jsou imobilní, inkontinentní a zcela nesamostatné. Nikdy se nenaučí mluvit a porozumí jen velmi jednoduchým situacím, asi jako kojeneček. Je pro ně důležité vytvářet jim klidné prostředí, udržovat je v suchu a sytém. Klidnou atmosféru navodí jemná hudba, pestré hračky a jemná taktilní stimulace - hlazení.

Dětem s různým stupněm MR je třeba vždy věnovat přiměřenou pozornost, která směřuje k rozvíjení optima jejich schopností. Vzhledem k jejich důvěřivosti a snadné ovlivnitelnosti je musíme chránit před využíváním a zneužíváním od nečestných lidí a chránit též jejich lidskou důstojnost.

Na pomoc rodinám s dětmi s MR se rozvíjí řada pomocných aktivit - stacionáře, ústavní péče, programy stimulace potenciálních možností. Vedle toho existuje i zákonná norma na ochranu práv mentálně retardovaných "Deklarace práv mentálně postižených osob" přijatá OSN v roce 1971. V této deklaraci se zdůrazňuje rovnost práv všech lidí, právo na jistotu, život ve vlastní rodině, na právní a lékařskou péči, vzdělávání a rehabilitaci, na ekonomické zabezpečení a profesionální uplatnění na ochranu před násilím a vykořisťováním. Je zde vyjádřena zásada, že žijeme SPOLU s mentálně retardovanými a ne VEDLE nich. Z toho pramení tendence o plnou integraci mentálně postižených do populace. Skutečná integrace znamená, že například ZŠ v určitém okrsku přijímá VŠECHNY děti z oblasti, které slouží, tj.

tělesně, smyslově i mentálně postižené, kteří se účastní vyučování v různé míře a s osobním asistentem. Tento systém péče je však i ekonomicky velmi náročný a proto se s ním nesetkáme ani ve všech zemích západní Evropy a USA.

Na setkání expertů v roce 1979 v Paříži byl tento trend vyjádřen následovně: "Každé dítě má právo na vzdělání, Účel a cíl vzdělávání jsou v podstatě stejné pro všechny děti, zatímco metody a formy výchovy a vzdělání se mohou u jednotlivých dětí lišit. Výuka některých dětí vyžaduje podstatné úpravy učebních plánů a osnov, u jiných žáků jsou nutné úpravy menší... V budoucnu by měly být vyvinuty různé typy speciálně pedagogických programů. Některé však budou vyžadovat velmi intenzivní výchovnou péči."

Kapitola XI.

Jak jednat s handicapovaným člověkem.

V této kapitole si uvedeme základní zásady jednání s hlavními skupinami handicapovaných spoluobčanů. Na úvod některé společné zásady.

Na postiženého člověka je nezbytné pohlížet především jako na člověka, spoluobčana a pak teprve jako na postiženého. Před slovem občan, člověk neužíváme v běžném hovoru přídomek "handicapovaný" nebo "postižený" a nepoužíváme tato slova ani jako samostatné označení určité skupiny osob. Označení člověka pouze těmito přívlastky jej snižujeme a zbavujeme jeho osobnost přirozené důstojnosti. Pamatujme tedy, že **je to především občan a teprve potom občan se zdravotním postižením.**

Zdravotní postižení může vznikat nemocí, úrazem, vrozenou dysfunkcí, degenerativním procesem. Nemusí se však jednat o nemoc jako takovou. Mnoho lidí se zdravotním postižením **není** nemocných, ale trpí poruchou funkce různého stupně a různého rozsahu. Naproti tomu lidé skutečně chronicky či těžce nemocní, u nichž není postižení na první pohled patrné, mohou mít mnohem větší obtíže a omezení než lidé se zjevným handicapem. Musíme zároveň pochopit že i lidé se zdravotním postižením mají právo žít vlastní život a děti vyvíjet se v rámci svých možností. Je proto nezbytné se varovat přílišného protektorství a vtíravých nabídek k pomoci či sentimentálnímu litování. Varujme se rovněž netaktnosti a nevyslovujme před handicapovaným spoluobčanem potěšení z toho, že nemáme žádné zdravotní potíže či omezení.

S postiženým člověkem se snažme hovořit přímo bez zprostředkovatele. Výjimkou jsou sluchově postižení komunikující totálním způsobem a vyžadující tlumočení. Buďme připraveni pomoci takovým spoluobčanům zařadit se do skupiny a zajistit mu přiměřené přijetí. Taktně mu umožněme sledovat tok hovoru event. chůze. Pokud chceme probrat s takovým člověkem jeho osobní problémy, číňme tak v soukromí, mezi čtyřma očima.

S dospělým a dospívajícím zacházejme přiměřeně jejich věku - netykejme jim bez jejich dovolení anebo jen tehdy, když je důvěrně známe. Užívejme přiměřených oslovení včetně titulů, které postižený spoluobčan vlastní. Přizpůsobme se tempu postiženého, může totiž potřebovat více času než se vyjádří či si uvědomí cíl svého jednání. Pokud mu chcete pomoci, pak se přímo zeptejte a neciťte se uraženi, pokud ji odmítne.

Oceňme vždy to, co člověk s postižením **může a umí**. Uvědomme si, že jej mohou omezovat více, než jeho vlastní postižení zábrany, které má a které mu vytváří sociální i materiální prostředí .

Zásady týkající se konkrétních typů zdravotního postižení:

A. Člověk s tělesným postižením:

- Umožněte, aby měl vždy berle či vozík v dosahu.
- S vozíkem pojíždějte jen tehdy, pokud to majitel dovolí nebo žádá, nikdy najednou a bez kontroly postiženého člověka.
- Pokud chcete s člověkem na vozíku hovořit delší dobu, sednete si, abyste měli oči ve stejné rovině. Pro člověka sedícího níže se velmi nepříjemné se zaklánět, aby na vás viděl. Zároveň je tato poloha subjektivně nepříjemná, protože vzniká dojem, že stojící vyjadřuje nadřazenost a nadutost.
- Nikdy se neopírejte o vozík, mohl by se nenadále rozjet a ohrozit člověka, který v něm sedí.

B. Člověk s vadou řeči:

- Nespěcháme na něj, věnujeme mu plnou pozornost, chováme se povzbudivě a nesnažíme se ho opravovat.
- Je-li to třeba klademe otázky, na které lze odpovědět krátce nebo jen ano-ne. Porozumění dáváme najevo kývnutím hlavou či úsměvem.
- Pokud nerozumíme, nepředstíráme opak a zopakujeme větu až k místu odkud nepochopíme smysl. Reakce mluvčího nám dají stopu. kudy dál.

C. Člověk se sluchovým postižením.

- Chceme-li mluvit s neslyšícím, musíme na sebe upozornit, např. dotykem na ruce rameni. Postavíme se tak, aby na nás dobře viděl. Pokud se jedná o nedoslýchavého, snažíme se jít do klidnějšího prostředí.
- Hovoříme s pečlivou artikulací, pomalu a pečlivě. Snažíme se, aby naše tvář byla osvětlena a naše pohyby rtů dobře viditelné. Nemusíme ani křičet ani mluvit do ucha. Pokud má člověk naslouchadlo, tak bychom jej ohlušili, pokud neslyší, nemá hlasitost žádný efekt.
- Pokud máte dojem, že vám neslyšící neporozuměl, pak použijte jiný prostředek - jednodušší formulace, napsat.
- Je-li přítomen tlumočnický znakový řeči, obraťte se v hovoru na neslyšícího, nikoliv na tlumočnicka.
- Ovládáte-li znakovou řeč, pak ji používejte. pokud jí dává neslyšící přednost.

D. Člověk se zrakovým postižením.

- Při setkání se zrakově postiženým se srozumitelně představíme a pokud jsou s námi další osoby, představíme i je včetně jejich lokalizace (Radek je napravo).
- Když chcete začít s rozhovorem, oslovte zrakově postiženého jménem a hovořte normálním tónem jako obvykle.
- Chcete-li konverzaci ukončit, řekněte to.
- Chcete-li nevidomému podat ruku, musíte mu to říci. Jestliže nevidomý ruku podává, bez váhání ji přijmeme, i když je to muž a podává ruku ženě (jediná výjimka ze společenských pravidel). Pokud nemůžete ruku podat, musíte to říci.
- Pokud chcete zrakově postiženého doprovázet, zeptejte se ho, zda si to přeje. Při vedení jej berte za loket, je to pevnější držení než za ruku a člověka tak lze jemněji navádět určitým směrem. Nesmíme zapomenout upozornit na schod a informovat o každé změně směru.
- Pokud chceme, aby si zrakově postižený sedl, vedeme jeho ruku k okraji sedadla nebo mu přisuneme židli až do podkolenních jamek, aby cítil hranu sedadla.
- Pokud podáváte peníze, pak podle velikosti hodnot. Zrakově postižení většinou dovedou rozeznat jednotlivé bankovky a mince hmatem. Přesto říkejte, jakou bankovku či minci podáváte a kolik.

E. Ve vztahu zdravotně postižený a léčebné zařízení platí následující zásady:

- Vycházíme z fyzických a psychických možností klienta a s tím související potřeb. To znamená, že napřed zjistíme co všechno klient dovede a pak vytváříme terapeutický plán.
- Zjistíme si, jakou strategii při zvládnání těžké životní situace klient užívá nebo jaký je obvyklý v jeho rodině. Na základě těchto poznatků pak pomáháme klientu najít nový smysl života či obnovit stávající.
- Vytvářet ovzduší důvěry a posilovat sebedůvěru klienta samotného, protože bez vztahu důvěry mezi klientem a personálem se v terapii nic nedaří.
- Umět čekat a mlčet. Slova jsou často zbytečná a družné mlčení pomáhá mnohem více.
- Pacienta jen provázíme (přizpůsobujeme se jeho tempu), nesnažíme se mu pomáhat za každou cenu, necháváme ho zvládnout vše, na co mu stačí síly a schopnosti. Snažíme se rozvíjet další oblasti dovedností a cílem zlepšit jeho samostatnost. Jeho snahu oceňujeme i při sebemenších úspěších.
- Pracujeme se zdravou částí klienta, využíváme zdravých končetin, smyslů jako náhrady postižených a oslabených.
- Vyžadujeme od klienta činnost. Žádné zbytečné ulehčování či zjednodušování a v rámci možností klienta postupně zvyšujeme nároky.
- Snažíme se o optimální stupeň samostatnosti klienta. Nevnučujeme cizí pomoc, snažíme se naopak, aby klient jednal co nejsamostatněji a sami se držíme v pozadí.
- Vzájemně dávat a brát ve vztahu klient - terapeut.
- Při terapii jednotlivců využíváme skupinových forem - skupiny klientů s podobným či shodným postižením si vyměňují názory a zkušenosti.

XII. kapitola.

Delinkvence.

Trestných činů od desetiletí k desetiletí přibývá. Jejich nárůst je však v posledních deseti letech alarmující. Zároveň se mění i struktura trestné činnosti, a to ve smyslu nárůstu závažných trestných činů spolu se stoupající brutalitou a klesajícím věkem delinkventů. Kriminalita mladistvých není problém nový, ale nové je na ní to, že se jí dopouští stále více mladistvých z tzv. spořádaných rodin a roste podíl dívek na trestné činnosti. Zatímco v roce 1996 byl poměr dívek a chlapců mezi mladistvými delinkventy 14 : 20,6. v roce 1992 to bylo 9 : 23. Roste sklon k destrukci a sebedestrukci, objevuje se nárůst školního násilí spolu s vydíráním, vandalismem v domácnosti přátel, ozbrojené a zdánlivě nemotivované násilí. Příčinou tohoto jevu je, dle názoru četných odborníků (Itálie, Německo, USA) nuda, emoční prázdnota, nedostatek smysluplné činnosti, přesytení požitky. Emoční prázdnota se nahrazuje věcmi a prostředky k jejich získání pramení z dealerství drog, prostituce, krádeží, vydírání, přepadů.

Od 80. let, kdy došlo k nápadnému nárůstu kriminality se jednotlivé země snaží s tímto jevem bojovat. V USA se zdařil pokud starosty N.Yorku, který na jedné straně posílil počty policistů a na druhé straně nabídl dospívajícím smysluplné programy vzdělávání a šanci na zaměstnání. Velká Británie se s tímto problémem stále potýká s problematickými výsledky, protože až 1/3 aut v této zemi zmizí ukradena mladistvými. Agresivita a zločinnosti roste v

Německu (každý den je zatčen alespoň jeden mladistvý delikvent), ve Francii (o 81% za posledních deset let), v Itálii (situace obdobná Francii).

Vzrůst zločinnosti se netýká jen vyspělých zemí, ale zasahuje i země tzv. Východního bloku, a to s ještě větší a hrozivější vlnou. Hrozivější proto, že zde neexistují zkušenosti s jejím zvládnutím, programy k nápravě a také zákony nahrávají spíše delikventům. V těchto zemích se nárůst netýká jen mladistvých, ale kriminality obecně. Zejména po roce 1990 narostl počet bytových loupeží, vražd, gangů, narkomafie, a “tunelářů”.

Teorie a definice delinkvence.

Pojem delinkvence je především termínem právním. Znamená to, že delinkventní činnost je pouze to, co právní řád nazývá trestnou činností. Pojem antisociální činnost je pojem širším a označuje činnosti, kterou jsou společensky nepřijatelné, ale nemusí být nezbytně pro společnost nebezpečné a nevyměřují se za ně vazební tresty. Patří do ní činnosti dětí a mladistvých, které jsou stíhány morálními sankcemi (napomenutí, důtka třídního učitele či ředitele, snížená známka z chování, vyloučení z organizace apod.), jednak činnosti, které by byly trestné, pokud by se jich dopustily osoby starší 15 let. S rozvojem kriminality mladistvých se v současnosti snižuje nebo se diskutuje o snížení hranice trestnosti pod 15 let. V řadě států je tato hranice již snížena, někdy až na 10 - 12 let. Trestné činy, které spáchají mladiství do 18 let se nazývají juvenilní delinkvence. K označení skupiny dospívajících, kteří se dopouštějí přestupků a trestné činnosti se obvykle používá termín mrvně narušená mládež. Problémy takových dětí a dospívajících se vedle právníků snaží řešit i sociální a psychologické vědy.

Názory na možné kořeny delinkventního vývoje dítěte nebo dospívajícího prošly dlouhodobým vývojem. Jediným nesporným výsledkem je, že delinkventní nebo asociální vývoj nelze vysvětlit jen jedinou příčinou, ale že se jedná vždy o komplex příčin. Člověk není pasivním objektem mocných sil přírody nebo prostředí, ale dynamickou jednotkou, která je v každém okamžiku svého vývoje ve složitě a bohatě součinnosti se širokým spektrem vnitřních i vnějších faktorů. Některé z významných zdrojů příčin asociálního vývoje zde uvádíme:

1. *Biologická podmíněnost* delinkvence předpokládá existenci vrozených tzv. zločineckých typů. Lombroso, který je nejčastěji uváděn, tvrdil, že příčinou delinkventního chování jsou vrozené somatické a psychické předpoklady. Dítě, které je má, je fatálně předurčeno stát se zločincem. Lombroso dále tvrdil, že tyto sklony odhalí frenologické vyšetření hrbolů na lebce, které jsou pro určité vrozené předpoklady typické. Také Frey tvrdí, že se jedná o dědičnou psychopatologii, zejména v oblasti charakteru člověka.

Pokud se podíváme blíže na biologické činitele, pak nejčastěji se uvádí faktor pohlaví. Mužskému pohlaví se připisuje více agresivity, výbušnosti a odporu k autoritám (statistický poměr 3:1 ve prospěch mužů při páchání trestné činnosti). V současnosti toto tvrzení vyvrací téměř vyrovnaný podíl obou pohlaví na trestní činnosti (viz). Pozoruhodné je, že první příznaky pravděpodobného delinkventního vývoje lze odhalit již kolem 8 let a také nejmladší delinkventi jsou známi v tomto věku.

Zkoumání záznamů EEG nepřineslo žádné podstatné poznatky. Pouze některé formy epilepsie mohou být příčinou “nemotivované” trestné činnosti. Rovněž výše IQ nesouvisí s delinkventním vývojem Mezi delinkventy můžeme nalézt i určité procento osob s poruchami osobnosti, zejména nesociálního, impulzivního typu. Také lidé s hyperaktivní poruchou osobnosti se svým sklonem k impulzivnímu jednání mohou překročit zákon.

Určitý somatotyp rovněž může mít podíl na delinkventním vývoji člověka. Zejména lidé s převahou svalové hmoty - atletický typ - bývají charakterizováni vyšším stupněm agresivity,

touhou po uplatnění prostřednictvím síly a ovládním druhých fyzickou převahou. Mají tendenci pěstovat sporty s agresivními prvky - ragby, box, bojová umění.

2. *Sociologizující teorie*: Ty připisují hlavní vinu za protispolečenský vývoj jedince jeho životnímu prostředí, zejména ekonomickým a sociálním činitelům. Jsou to chudoba až bída (teorie pauperismu), války, sociální nepokoje, zhoubné vlivy nízké úrovně kultury a špatné výchovy v rodině (vzory). Tyto názory najdeme u autorů jako Durkheim, Tard, Eysenck, Mannheim. V USA je velmi populární Mannheimův pojem anomie, který znamená určitou úchylku od norem chování a tím i terén, na němž může vznikat a rozvíjet se společensky nepřijatelné chování, nikoliv však přímo porušování právních norem. Anomie se zkoumá v různých prostředích a skupinách obyvatel (např. rodina).

Pokud se zabýváme sociálními činiteli napadne nám jako první rodinné prostředí. Opakovaně zjišťujeme, že značné množství delikventů pochází z neúplných, rozvrácených a nefunkčních rodin, častý je alkoholismus (40 - 60%), trestná činnost rodičů (u matek až 22%), duševní choroby a jiná patologie.

Většina delikventů vyrůstá v podmínkách nesprávné výchovy ne výchovy se značnými nedostatky. Častá je příliš přísná nebo příliš rozmazlující či nejednotná výchova ve spojení jak a nízkou kulturní a vzdělanostní úrovní, tak s vysokým materiálním i kulturním standardem rodin.

Významné místo v delikventním vývoji člověka zaujímají i asociální či antisociální postoje rodiny a blízkého sociálního okolí, zejména pokud se s nimi dítě zcela ztotožní. Pokud se dítě s takovými postoji neztotožní nebo jen zčásti, nemusí s delikventnímu vývoji dojít a naopak se může stát, že se potomek od takové rodiny zcela distancuje (stane se policistou). Významnou roli sehrávají party mladistvých, kde vliv vrstevníků znamená významný formativní vliv na další vývoj člověka.

Skupina může jedince ovlivnit v podstatě třemi způsoby:

- V rámci normální sociální skupiny panují defektní vztahy, které způsobují odchylky v jednání jednotlivých osob nebo podskupin - zneužívání moci, šikana, lhostejnost k přestupkům.
- Normální skupina obsahuje defektní prvky - alkoholik, nedbalí rodiče, konflikty materiální nedostatek/nadbytek, citový chlad.
- Skupina je vysloveně asociální, tj. programově v opozici proti společnosti a jejím normám (delikventi, recidivisté, podsvětí, mafie).

Vliv skupiny je tím větší, čím více je jedinec konformní s jejími normami a cíli anebo čím více touží stát se jejím členem.

3) *Psychologizující teorie*: Poukazují na význam frustrace, deprivace, emocionálního chladu a nedostatku, poruch socializace, úzkostí a pocitů méněcennosti. A. Adler, W. Healy, A. Bronner jsou hlavními autory těchto názorů a na ně navazuje řada dalších. Upozorňují na složitou etiologii tohoto jevu. Chápejí sociální strukturu jako sociálněpsychologickou kategorii, která se skládá z cílů, tužeb skupiny a také z prostředků k jejich dosažení. Delinkvence není automatickým výsledkem určitých vnějších okolností. Za každým deliktem je nutné vědět člověka s vlastní osobností a konstitucí, jež jsou zčásti zděděné, zčásti získané během života.

Z hlediska psychologických faktorů je vysoce významným procesem socializace jedince. Během ní jedinec získává dva typy chování, které mu usnadňují vstup do širších sociálních vztahů:

- 1) Efektivní chování, které umožní uspokojovat potřeby nejkratší cestou s maximálním užitekem.
- 2) Reaktivní chování - slouží ke korekci prvního typu tak, aby fungovalo v souladu s zvyklostmi daného společenství.

Útlum reaktivního typu chování vede k rozvoji egoismu a společensky nepřátelského chování. Proto je stále zdůrazňován značný význam sociální adaptace. Člověk, jehož socializace je narušena nebo ztížena pak může mít tendence řešit své problémy v rozporu se společenským řádem. S ohledem na dva výše zmíněné typy chování se převahou jednoho nebo druhého mohou rozvinout dva typy lidí:

1) Sociální typ:

a) Přijal kladné společenské hodnoty za své, realizuje je ve všem jednání. Trestného činu se může dopustit za zcela vyjímáných okolností.

b) Sociální normy pocíťuje jako zvnějšku dané tlaky, jedná podle nich ze strachu z možných následků.

2) Asociální typ: Jeho hodnotová orientace je v rozporu s hodnotami společnosti nebo stojí proti nim. Vyhledává příležitost k páčání přestupků proti společenským normám, a to i v podmínkách pro jejich páčání nevhodných.

Pokud dojde k delikventnímu vývoji, pak zpravidla najdeme mezi mladistvými následující tři typy osobností:

A) Kajičný typ - má pocity viny vůči rodině nebo společnosti, často se označují za nehodné a hodnotí se negativně (komplexy méněcennosti). Trest považují za spravedlivou odplatu a projevují snahu po návratu mezi čestné lidi. Snaží se pracovat a jejich úmysly jsou poctivé.

B) Bezkonfliktní typ - postrádá většinou pocit viny a pokud jej má, pak viny kladou okolí. Nemají žádné ideály, mají dojem, že dělají to, co většina lidí. Měli jen smůlu, že je při tom chytili, asi nejsou dost mazaní.

C) Cynický typ - je hrdý na svou činnost, otevřeně opovrhuje obecně uznávanými normami i veřejným míněním. Jsou agresivní, nestydí se za násilí a jsou přesvědčeni, že na přestupování zákonů mají právo silnějšího. Jen se nebát.

Mladí delikventi většinou negativně hodnotí vlastní rodinu, školu i pracoviště a považují je za nepřátelské. Pozitivně hodnotí jen svou partu.

Penitenciární péče.

Kriminální a vězeňská subkultura má svá vlastní pravidla, soustavu hodnot a norem. Ty znesnadňují, ba přímo narušují výchovné snahy personálu. Vězeňské prostředí je tvořeno lidmi, kteří se navzájem podporují v odporu k autoritám a ovlivňují se společensky nežádoucím směrem (co delikvent neumí, to se naučí). Negativní vlivy mají zejména recidivisté, kteří mají značnou autoritu.

Odsouzení se vězeňskému prostředí zpravidla postupně přizpůsobí a tomuto procesu se říká prizonizace. Proces má dva aspekty:

a) institucionalizace, tj. adaptace na organizaci a zjednodušené formy života, odlišné od civilního,

b) ideologizace, tj. přijetí soustavy hodnot, postojů a názorů a forem chování, které se jako nepsané zákony udržují mezi uvězněnými a jejich dodržování umožňuje přežít.

K prizonizaci nedochází u každého trestance ve stejné míře. Závisí na jeho úrovni inteligence, míře morálního úpadku a odporu k běžným normám, na ochotě integrovat se do neformálních vězeňských skupin, na věku a délce trestu, na jeho pořadí a na charakteru trestného činu.

Ve věznicích se vytváří řada neformálních skupin, které zpravidla stojí proti personálu a ostatním skupinám. Každá z nich má vlastní hierarchii v souladu s typem trestné činnosti a dalšími charakteristikami. Ideálem takové skupiny je "mukl", "správněj chlapík", který se dokáže úspěšně adaptovat na vězeňské prostředí tak, že propluje vazbou bez větší úhony od dozorců i spoluvězňů. Při tom nepodlézá, nerebeluje, ale nenechá se ovlivnit výchovou a tím dává najevo pohrdání s trestem a cíli nápravy.

Penitenciární péče znamená snahu o převýchovu uvězněných, jejíž úspěch je do značné míry závislý na jejich postojích. Pokud jde o pohrdání, cynismus a nezájem, nemá výchovný proces valný význam. Pokud se však dostaví jen minimální pochybnost o správnosti vlastní činnosti, je naděje na úspěch.

V psychologické i výchovné péči se využívá běžných metod, ale uzpůsobených a specifické prostředí věznic. Využívají se více skupinové formy a existuje solidní nabídka vzdělávacích a zájmových aktivit. Vězeňské skupiny jsou zpravidla uzavřené a izolované od vnějšího světa. Odsouzení se na ně dívají pohrdavě, neboť je to "je pro cvoky" nebo tam dolují informace o spoluvězních. To vše snižuje motivaci k účasti na skupinové terapii a komplikuje úsilí terapeuta. Proto se pro skupinu hodí jen někteří vězni, a to:

věk do 30 let,

+ relativně dobré sociální zázemí (ženatí, bydlí u rodičů apod.),

+ alespoň průměrný IQ bez výraznější patologie,

+ v druhé polovině trestu, adaptování na prostředí,

+ zajímají se o sebevzdělání a práci na sobě

+ dobře zapojeni do pracovní nebo zájmové činnosti

Po propuštění z věznic jsou bývalí trestanci dále sledováni kurátory, kteří jim pomáhají při návratu do normálního života - hledají ubytování práci. Snaží se, aby přechod mezi životem ve věznici a na svobodě byl co nejhladší, což je obtížné u lidí opakovaně nebo dlouhodobě trestaných.

Nejlepším způsobem zápasu s trestnou činností je prevence. Ta by měla začít již v předškolním věku - prací s problémovými rodinami, street programy pro problematické děti, záchyt mladistvých rodičů a jejich vedení, rekvalifikace apod. Zatím je takových programů jen málo nebo nemají patřičný úspěch.

Kapitola XIII.

Nezaměstnanost.

Nezaměstnanost je více, než ekonomickým problémem, problémem psychologickým a sociálním. Zasahuje velmi hluboce do života postiženého jedince. Protože počet nezaměstnaných vzhledem k recesi ekonomiky, roste na celém světě, stává se problém nezaměstnanosti stále větším.

Pro nezaměstnané to není sladký život. Neznamená pouze snížení ekonomického standartu. Mnohem větší problém je ztráta sebevědomí, smyslu a cíle života, sociální izolace, úpadek profesionální zručnosti a postupná ztráta kvalifikace. K finančním problémům a materiálnímu omezení se zpravidla přidávají i rodinné problémy.

V rámci Evropy je nezaměstnanost obecně vysoká, ale její procento je nejvyšší v Itálii, Irsku, Francii a Německu. Nejméně nezaměstnaných je v Japonsku a Švédsku (statistika z roku 1999).

Co je to nezaměstnanost:

Ve skutečnosti neexistuje jednotná definice nezaměstnanosti, různé země a instituce ji definují odlišně.

- Úřady práce: Za nezaměstnané považují všechny registrované nezaměstnané osoby, které nejsou invalidní a starší 65 let, mají ukončené vzdělání a po 3 měsíce hledají aktivně místo nejméně 18 hodin týdně. Nesmí se vázat jen na jeden podnik a nastoupit do práce okamžitě, jak obdrží vhodnou nabídku.

- Mikrocensus: Považuje za nezaměstnané osoby nad 15 let, které nebyly zaměstnány ihned po skončení odborné přípravy a snaží se zaměstnání najít. Časový horizont ani jiné podmínky nejsou stanoveny.
- Anketa: Účastníci ankety považují za nezaměstnané ty osoby, které jsou bez práce po přesně stanovenou dobu a musí nejméně 2 týdny hledat práci.
- OECD: Za nezaměstnané považuje osoby v různých regionech a různého věku, které jsou po určitou dobu bez práce a aktivně hledají práci. Za dobu určitou je považován 1 měsíc.

Projevy nezaměstnanosti:

Ročně je na úřadech práce registrováno několik set tisíc lidí bez práce. Jejich počet se mění s ročním obdobím a také složení se mění. Sezónnost znamená, že v letních měsících vzniká řada pracovních příležitostí v zemědělství či turistickém ruchu. Během půlletních cyklů někteří nezaměstnaní místo najdou a jiní lidé práci ztratí, tak se mění struktura nezaměstnaných co do věku, vzdělání a dalších faktorů.

Část nezaměstnaných pracovat nechce nebo pracuje na černo a zároveň bere podporu. U nás existují jedinci, kteří dokonce vládnou určitým majetkem a z důvodů nedoplatků na daních, nesplacených dluhů a podobných příčin, rozepíší majetek na příbuzné a jsou jakoby nemajetní, často i na různých podporách. Tito jedinci tvoří cca 3 - 5% nezaměstnaných.

Ostatní pracovat chtějí a ztrátu zaměstnání považují za hanbu.

Trh práce se vyvíjí i podle fáze hospodářského růstu a úpadku - ekonomický cyklus:

- 1) Oživení: jde o fázi ekonomického cyklu, kdy dochází k postupnému růstu produkce i životní úrovně. Nezaměstnanost je ještě vyšší, ale postupně se snižuje, Trh je nenasycený, ale některé druhy zboží jsou hůře dostupné.
- 2) Konjunktura: hospodářský život je na vrcholu, často se hovoří o "hospodářském zázraku". Je skoro plná zaměstnanost, není problém najít lepší nebo lépe placenou práci. Kupní síla obyvatelstva je značná a roste i produkce zboží. Trh se postupně nasycuje. Všichni jsou spokojeni a užívají si života.
- 3) Stagnace: produkce ještě určitou krátkou dobu roste a pak se zastaví na určité úrovni. Trh je nasyčen zbožím, a to se stává obtížně prodejným. Množí se slevy a výprodeje až za výrobní ceny. Propouští se, ale zatím ne masově. Lidé jsou ještě vcelku spokojeni. Menší podniky začínají mít potíže a zanikají.
- 4) Krize: Hluboký pokles ekonomiky, masově se propouští, krachují i velké podniky. Koupěschopnost obyvatel prudce klesá. Nadprodukce zboží není realizovatelná na běžném trhu. Zboží se likviduje, často se likviduje i nadprodukce, aby neklesly ceny (pálení obilí, káva do moře).
- 5) Oživení - viz bod. 1.

Mezi nezaměstnanými v různých fázích ekonomického cyklu objevíme řadu skupin, které jsou více rizikové (jsou první propouštěni a poslední zaměstnáváni), než ostatní. Vysoce riziková z tohoto hlediska jsou starší, zdravotně postižení, nemocní, mladiství bez praxe a ženy se zkráceným pracovním úvazkem. Dále jsou to lidé určitých oborů, jako je těžký průmysl, hornictví. Z hlediska regionů pak zaměstnanci jediného průmyslového podniku v oblasti (Tesla Rožnov, Botana Skuteč).

Nejlépe jsou na tom mladí muži s plným pracovním úvazkem.

Příčiny nezaměstnanosti:

Typologie nezaměstnaných pomáhá objasnit, proč nezaměstnanost vzniká. Nejčastěji se nezaměstnaní dělí na:

- 1) Stali se nezaměstnanými.
- 2) Získali zaměstnání.

Abychom pronikli hlouběji do struktury a faktorů vedoucích k zařazení lidí do jedné nebo druhé skupiny, musíme se zabývat podtypy obou skupin:

1. Stali se nezaměstnanými:

- a) Demografická nezaměstnanost: týká se takových údajů, jako je síla populačního ročníku, zájem žen o zaměstnání (růst kvalifikace), vlny přistěhovalců (válečné konflikty). Pokud společnost nereaguje na tyto faktory, je určitá skupina obyvatel bez práce.
- b) Nezaměstnanost sezónního typu: v jarních a letních měsících se objevuje řada sezónních prací v zemědělství, stavebnictví, turistickém ruchu, při slavnostních událostech. Po skončení sezóny se tito lidé vrací zpět na úřady práce.
- c) Nezaměstnanost na základě konjunktury: jedná se o přechodnou a krátkodobou nezaměstnanost, kdy si lidé hledají výhodnější nebo lépe placenou práci.
- d) Nezaměstnanost ze strukturálních příčin: Jde o problémy spojené s módní obměnou sortimentu, změnou technologií či postupem výroby. Podniky, které nejsou schopny obměnit sortiment v souladu s poptávkou, propouštějí, protože zanikají. Jedná se spíše o drobné výrobce.
- e) Technologická nezaměstnanost: Jde o zavádění nových technologií, modernizaci a změny v organizaci výroby, která nevyžaduje tolik obsluhy a část pracovníků je propuštěna.

2. Získali zaměstnání:

- a) Sporná nezaměstnanost: Jedná se o dobu, po kterou nezaměstnaný např. čeká na termín konkursu či na čas pro představení se, stěhuje se na nové místo, pracovní úřad je uzavřen, . Jsou to příčiny spíše administrativní a organizační povahy. Může vést ke fluktuaci.
- b) Nezaměstnanost v souvislosti se strukturou trhu: Poptávka po zaměstnancích zčásti neodpovídá nabídce pracovních úřadů, a to z důvodů věkových, kvalifikačních, zdravotních. Může postihnout řadu kvalitních lidí a odrazit se v jejich zdravotním stavu.
- c) Konjunkturální nezaměstnanost: působená blokováním míst nedostatečným využíváním výrobních kapacit (pracuje se jen na jednu směnu). Může vést k poklesu zájmu o zaměstnání.
- d) Systémově strukturální nezaměstnanost: Není žádná nabídka pracovních míst v období recese a krize. Velmi obtížná situace.

Opatření na podporu zaměstnanosti:

Společnost se musí neustále zabývat nezaměstnaností, jejími příčinami a změnami v jejím obrazu. Politika se nesmí zaměřit jen na jednu z příčin, protože pak je zcela neúčinná. Výhodné je, když vychází řešení z jednotné ekonomické teorie. Na základě všestranného průzkumu nezaměstnanost pak společnost stanoví “diagnózu” nezaměstnanost a nalezne její “terapii”.

Strategií na podporu zaměstnanosti je značný počet. Zde uvádíme příklad jedné z nejjednodušších, která se realizovala v Německu:

Strategie alfa:

- A) Redukce výrobních nákladů (útlum růstu mezd a možnost vedlejších příjmů).
- B) Omezení poplatků a státních výdajů (útlum státních dotací podnikatelům, návrat státních záruk, konsolidace státních financí, průzkum možností levnějších investic prostřednictvím ekologie, ochrana práce apod.).
- C) Revitalizace tržních zdrojů (podpora větší mobility a flexibility pracujících, privatizace státních podniků, předání odpovědnosti státu za zaměstnanost smluvním partnerům).
- D) Podpora obnovy a růstu (podpora výzkumu, transferu technologií a inovace, odstranění nejistot a podpora víry v budoucnost posílením odpovědnosti politiky).

Každá strategie má své přednosti i rizika. Záleží na konkrétní vládě, kterou zvolí a jak úspěšně se s ní vyrovná.

Literatura:

- Blažek, B. Olmrová, J.: Světy postižených. Avicenum, Praha 1988.
- Bartko, D.: Moderná psychohygienu. GRADA, Praha 1998
- Dolejší, M.: K otázkám psychologie mentální retardace. AVICENUM, Praha, 1978
- Dunovský, J.: Rodina a její poruchy ve vztahu k dítěti., MPSV, Praha 1986.
- Jeník, A., Dušek, K.: Drogy a společnost. Avicenum, Praha 1990
- Keller, J.: Úvod do sociologie. SLON, Praha, 1997
- Keller, J.: Sociologie a ekologie. SLON, Praha, 1997
- Kraus, J., Šandera, O.: Tělesně postižené dítě. SPN, Praha 1975
- Kvapilík, J., Černá, M.: Zdravý způsob života mentálně postižených. Avicenum, Praha 1990.
- Koluchová, J.: Psychický vývoj dětí v pěstounské péči. MPSV, Praha, 1992
- Kolář, M.: Skrytý svět šikanování ve školách. PORTÁL, Praha, 1997

- Leibold, G.: Mentální anorexie. SVOBODA, Praha, 1995
- Maloney, M., Kranzová R.: O poruchách příjmu potravy. NLN, Praha, 1997
- Marihuana. New Scientist, 1998
- Matějček, Z.: Rodiče a děti, Avicenum, Praha 1989
- Matoušek, O.: Rodina jako systém a vztahová síť. Sociologické nakladatelství, Praha, 1997
- Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, oddíl Duševní porucha a poruchy chování. SZO, Psychiatrické centrum, Praha 1992.
- Nešpor, K.: Hazardní hra jako nemoc. NCPZ, Praha, 1994
- Nešpor, K.: Romantické období končí. SPORTPROPAG, Praha, 1996
- Pothe, P.: Dítě v ohrožení. Nakladatelství G plus G, Praha, 1999
- Říčan, P., Krejčířová, D. a kol: Dětská klinická psychologie, Grada, Praha, 1995
- Otroci zálib. Epocca, Madrid: in: 100+1 zahraničních zajímavostí, 1998, 4.
- Vágnerová M., Hadj-Mousová Z., Štech S.: Psychologie handicapu. Karolinu, UK Praha 1999.
- Vaníčková, E., Hadj-Mousová, Z., Provazníková, H.: Násilí v rodině. UK Praha, 1995
- Vodák, P. a kol: Problémy osvojení dětí. Avicenum, Praha, 1986
- Wilke, G.: Arbeitslosigkeit. Diagnosen und Therapien. Hannover, 1990
- Základní informace o problematice závislosti pro účastníky peer programu. PPP. Brno, 1997.

