

Metody převýchovného procesu v resocializačních zařízeních

Bc. Bedřich Poláček

Diplomová práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Institut mezioborových studií Brno

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Bedřich POLÁČEK**
Osobní číslo: **H128198**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Metody převýchovného procesu v resocializačních zařízeních**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude vypracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkumu v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovědního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na návrat jedinců do společenského života
- na využívání psychoterapeutických metod u odsouzených
- na zhodnocení a efektivitě

Součástí práce bude empirické šetření event. realizovaný výzkum (kvantitativní) zaměřený na speciální zacházení se sexuálními devianty.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

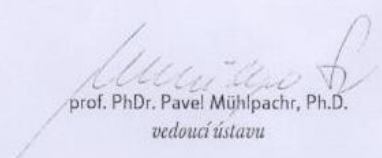
- ČEPELÁK, J. Peniterní psychologie. 1 díl. Praha: SPN, 1982
ČERNÍKOVÁ, V., MAKARIUSOVÁ, V. Úvod do penologie. Praha: PA ČR, 1997
ČÍRTKOVÁ, L. Kriminální psychologie, Praha: Euronion, 1998. ISBN 80-85858-70-3.
KNOBLOCH, F., KNOBLOCHOVÁ, J. Integrovaná psychoterapie. Praha: Avicenum, 1993.
KLÍMA, P., KLÍMA, J. Základy etopedie. Praha: SPN, 1984.
KONDÁŠ, O. a kol. Psychoterapie a reedukace. Martin: Osveta, 1985.
KOŽNAR, J. Výcvik ve skupinové psychoterapii. Praha: SNV ČR, 1982.
KRATOCHVÍL, S. Psychoterapie. Praha: Avicenum, 1985.
NAKONEČNÝ, M. Motivace lidského chování. Praha: Academia, 1996.
ŘÍČAN, P. Psychologie osobnosti. Praha: Orbis, 1972.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Halka Prášilová, Ph.D.**
Katedra psychologie


Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2012**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2014**

V Brně dne 30. listopadu 2012


prof. PhDr. Pavel Múhlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. František Vizdal, CSc.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Bedřich Poláček

Jméno, příjmení studenta

V Brně

26.3.2019

Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnožování.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Opořít-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosažených v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělků dosažených školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce na téma Metody převýchovného procesu v resocializačních zařízeních se zabývá problematikou psychoterapeutických a psychokorektivních metod používaných v rámci převýchovného procesu. V práci je charakterizován proces socializace a resocializace, dále jsou zde přiblíženy metody převýchovné práce a objasněny základy psychoterapie v resocializačním procesu. V praktické části je nejprve pojednáno o Věznici Kuřim a specializovaném oddělení SONO, načež jsou rozebrány výsledky výzkumného šetření, které bylo realizováno s cílem zjistit, jaká část odsouzených, kteří jsou zařazeni na oddělení SONO, spolupracuje na své léčbě, jaké jsou pohnutky jejich spolupráce a zda u odsouzených v průběhu pobytu na tomto oddělení dochází k posunu v jejich ochotě spolupracovat na své léčbě.

Klíčová slova: převýchovný proces, metody převýchovného procesu, oddělení SONO, program GREPP, resocializační zařízení, Věznice Kuřim

ABSTRACT

The thesis on methods of re-education proces in the device deals with psychotherapy methods usend in the re-education proces. The work is characterized by a proces sof socialization and re-socialization, there are also approximated methods re-education work and explained the basic sof psychotheraphy in the socialization process. In the practical part is first on prisons Kuřim a specialized department SONO, then are analyzed the results of the surfy, which was conducted in order to determine chat part of the convicts who are enroll-ed in the department SONO, working on their treatment, chat are the motives for their cooperation and whether the convicted during your stay in this department there is a shif in there is a shift in their willingness to cooperate on their treatment.

Keywords: re-education process, methods of re-education process, department SONO, GREPP program, resocializacion centers, prisons Kuřim

Děkuji paní Mgr. Halce Prášilové, Ph.D., za užitečnou metodickou pomoc, cenné rady, vstřícnost, čas a ochotu, kterou mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně dne 25.3.2014

Bedřich Poláček

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PROCES SOCIALIZACE A RESOCIALIZACE	13
1.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	13
1.1.1 Socializace.....	13
1.1.2 Resocializace.....	16
1.2 PORUCHY CHOVÁNÍ.....	18
2 METODY PŘEVÝCHOVNÉ PRÁCE	22
2.1 REEDUKACE	22
2.2 KOMPENZACE.....	23
2.3 REHABILITACE	24
2.4 PREVENCE	25
2.5 DALŠÍ METODY POUŽÍVANÉ V PŘEVÝCHOVĚ.....	27
3 PSYCHOTERAPIE V RESOCIALIZAČNÍM PROCESU	34
3.1 VYMEZENÍ POJMU „PSYCHOTERAPIE“	34
3.2 ZÁKLADNÍ DĚLENÍ PSYCHOTERAPIE	36
3.2.1 Druhy psychoterapie	36
3.2.2 Formy psychoterapie.....	37
3.2.3 Směry v současné psychoterapii	39
3.3 SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE.....	40
II PRAKTICKÁ ČÁST	45
4 CHARAKTERISTIKA VĚZNICE KUŘIM A SPECIALIZOVANÉHO ODDĚLENÍ PRO SEXUÁLNÍ DEVIANTY	46
4.1 ODDĚLENÍ SONO.....	47
4.2 OBSAHOVÉ ZAMĚŘENÍ A JEDNOTLIVÉ ČINNOSTI NA ODDĚLENÍ SONO	50
4.3 PROGRAM GREPP.....	52
4.4 PRAKTICKÉ VYUŽÍVÁNÍ TERAPIE	55
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	57
5.1 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ, HYPOTÉZY	572
5.2 POUŽITÉ METODY	583
5.3 VÝBĚROVÝ SOUBOR	594
5.4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	627
5.4.1 Podrobení se ochrannému léčení během výkonu trestu	627
5.4.2 Důvody respondentů k absolvování ochranné léčby již během výkonu trestu	638
5.4.3 Důvody respondentů k neabsolvování ochranné léčby již během výkonu trestu	59
5.4.4 Okamžik zahájení ochranné léčby	650
5.4.5 Úvahy o možném zahájení ochranné léčby ještě v průběhu výkonu trestu	661
5.4.6 Důvody podrobení se ochranné léčbě v průběhu pobytu v oddělení SONO	683

5.4.7	Názory respondentů na přínos pobytu v oddělení SONO.....	694
5.4.8	Ochota doporučit absolvování ochranné léčby během výkonu trestu dalším odsouzeným.....	705
5.4.9	Oblíbenost aktivit realizovaných v oddělení SONO.....	716
5.5	VYHODNOCENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ.....	727
ZÁVĚR		70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		762
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....		806
SEZNAM GRAFŮ		817
SEZNAM PŘÍLOH.....		828

ÚVOD

Naším státem jsou vynakládány nemalé prostředky na to, aby byly v maximální možné míře vytvářeny podmínky ke zdravému vývoji naší společnosti. Přes tuto skutečnost však uvedený proces neprobíhá vždy přímočaře a bez problémů. V životě společnosti se tak vyskytuje celá řada problémů a negativních společenských jevů, k nimž náleží především delikvence, kriminalita, alkoholismus, toxikomanie, agresivita aj. V posledním zhruba čtvrt století došlo k výraznému nárůstu řady z těchto jevů. Součástí snah o jejich eliminaci je i penitenciární proces, a to včetně výkonu trestu odnětí svobody coby prostředku trestní represe. Výkon tohoto trestu je spjat s určitou újmou, jež je způsobována odsouzenému především v důsledku výrazných zásahů do jeho práv a svobod. Cílem výkonu trestu odnětí svobody je odsouzeného vychovávat a vytvářet předpoklady ke změně jeho chování tak, aby bylo pokud možno do budoucna u něj zabráněno případnému opětovnému spáchání trestné činnosti.

Za hlavní cíl a úkol výchovného a převýchovného procesu je možno považovat návrat narušených jedinců do společenského života a jejich začlenění do demokratické společnosti. Velký význam při splnění tohoto cíle má i kvalita prevence a profylaxe. Proces převýchovy klade vysoké nároky na odbornou připravenost výchovných pracovníků, stejně jako vyžaduje celou řadu specifik v přístupu k odsouzeným. V rámci tohoto procesu je využívána široká škála speciálních forem a metod práce, uplatňují se zde i nové netradiční metody a prostředky. K využívaným metodám zde náleží i metoda komplexního psychoterapeutického působení.

Tato diplomová práce se zabývá problematikou metod převýchovného procesu používaných při působení v resocializačních zařízeních. Cílem teoretické části je charakterizovat proces socializace a resocializace, vysvětlit metody převýchovné práce a objasnit základy psychoterapie v resocializačním procesu. Praktická část si klade za cíl charakterizovat Věznicí Kuřim a specializované oddělení SONO, v jehož prostředí bylo uskutečněno výzkumné šetření, a následně rozebrat výsledky výzkumného šetření, které bylo realizováno s cílem zjistit, jaká část odsouzených, kteří jsou zařazeni na oddělení SONO, spolupracuje na své léčbě, jaké jsou pohnutky jejich spolupráce a zda u odsouzených v průběhu pobytu na tomto oddělení dochází k posunu v jejich ochotě spolupracovat na své léčbě.

Uvedeným stanoveným cílům odpovídá i struktura práce. V teoretické části jsou nejprve vymezeny základní pojmy, které se týkají problematiky řešené v této práci, načež jsou blí-

že specifikovány poruchy chování. Ve druhé kapitole jsou vysvětleny jednotlivé metody převýchovné práce, tj. reedukace, kompenzace, rehabilitace, prevence a některé další metody používané v převýchově. Třetí kapitola je věnována problematice psychoterapie v resocializačním procesu, přičemž je v ní vymezen pojem psychoterapie, dále je zmíněno základní dělení psychoterapie a rozebrána podstata a průběh skupinové terapie. V úvodu praktické části je podána charakteristika Věznice Kuřim a oddělení SONO, jak je označováno zkráceně specializované oddělení pro sexuální devianty, které tvoří jedno z pracovišť této věznice. Posléze jsou rozebrány výsledky výzkumného šetření, které bylo na tomto oddělení v souvislosti se zpracováním praktické části této práce realizováno.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROCES SOCIALIZACE A RESOCIALIZACE

V této kapitole je nejprve věnována pozornost procesu socializace a následně i procesu resocializace, které je možno z pohledu problematiky řešené v této práci považovat za jedny ze stěžejních. Následně jsou rozebrány poruchy chování, a to z pohledu různých autorů zabývajících se touto problematikou, i z pohledu relevantních právních předpisů.

1.1 Vymezení základních pojmů

1.1.1 Socializace

Prvním ze základních pojmů, které jsou řešeny v této kapitole, je pojem „socializace“, který je možno do češtiny přeložit jako zespolečnění. K tomuto pojmu je možno předeslat, že má úzkou vazbu k poznatku o společenské podstatě člověka. Na tuto skutečnost poprvé poukázal univerzální myslitel starověku Aristoteles, podle něhož je člověk *zoon politikon*, čili tvor společenský. Při určité míře zjednodušení je možno konstatovat, že se socializací rozumí proces, jímž jedinec prochází v rámci procesu ontogeneze, v jehož průběhu se z něj stává onen tvor společenský. Pro lepší pochopení tohoto pojmu bude užitečné uvést několik definicí zmíněného pojmu od různých autorů.

Giddens pod pojmem „socializace“ rozumí „... *proces vývoje od stádia bezmocného novorozence až po osobu, která si dobře uvědomuje sebe samu a orientuje se ve své vlastní kultuře.*“ (Giddens, 1999, s. 39) Gidensova definice akcentuje nezbytnou skutečnost, že pod socializací je nutno rozumět v první řadě proces. Na jeho počátku je v tomto směru osoba v době svého zrození Lockeovská *tabula rasa* a v jeho průběhu se z ní stává jedinec, jenž je schopen žít plnohodnotně v lidské pospolitosti.

Obdobným způsobem podstatu socializace popisuje ve svém vymezení např. Holý, podle něhož je tímto termínem označován „... *dlouhodobý a komplikovaný proces, při kterém se narozený jedinec zařazuje do společnosti.*“ (Holý, 2005, s. 32) Na první pohled by se mohlo zdát, že jedinec je tak v rámci procesu socializace „ve vleku“ svého okolí, avšak není tomu tak. S výjimkou nejútlejšího věku je jedním z činitelů socializace i sám jedinec. Citovaný autor tuto skutečnost vyjadřuje slovy: „*Je třeba poznamenat, že socializace není pasivním dějem, kdy je člověk formován tlaky společnosti, ale jedná se o vzájemnou interakci lidských potřeb a působení společnosti, kultury a jazyka.*“ (Holý, 2005, s. 36)

Geist k vymezení pojmu „socializace“ uvádí, že se jedná o „... termín, používaný v různém vymezení, šíří, hloubce a významových odstínech k označení procesu, jímž se obecně jedinec stává schopným sociálně žít v příslušné společnosti. Zprvu se termín socializace vztahoval k přizpůsobování dětí sociálnímu celku, v současné době je chápán jako proces, jímž jedinec prochází celý život.“ (Geist, 1992, s. 404) V tomto vymezení není pouze zahrnuta podstata procesu socializace, nýbrž je zde poukázáno také na genezi v chápání tohoto termínu, jež se postupem času rozšiřovalo.

Patrně nejzjevnější definici předmětného pojmu v naší odborné literatuře podává Jandourek, který uvádí následující: „Socializaci lze chápat jako sociální interakční proces, jímž si jedinec po celý život osvojuje soustavy hodnot, sociálních norem a vůbec všech sociálně relevantních faktorů sociálních (pod)celků, k nimž v rámci jednoho sociálního celku (např. národa atp.) přísluší podle základního referenčního systému příslušného sociálního celku (hodnotového, ideového atp.). Je druhem sociálního učení (zejména učení se sociálním rolím), jímž jedinec získává základní orientaci pro své chování v příslušných sociálních celcích, jež mu umožňuje sociální soužití s ostatními jedinci těchto celků; je procesem sociálního formování osobnosti jedince jako sociálně-kulturní osobnosti, procesem sociální ontogeneze jedince, druhým narozením osobnosti, tj. narozením jedince jako sociální bytosti a řetězcem sociálně adaptačních procesů, jejichž úhrn tvoří obsah socializace.“ (Jandourek, 2001, s. 220) Z citace je zřejmé, že tento autor charakterizuje socializaci na jedné straně jakožto sociální proces, v jehož průběhu dochází k zespolečňování jedince, na straně druhé uvádí jeho podstatu, když konstatuje, že jde o jeden z druhů sociálního učení, jehož cílem je, aby jedinec nabyl schopnost uplatnění se v lidské pospolitosti.

Proces socializace tedy představuje proces, jenž probíhá po dobu celého života daného jedince, který končí až jeho smrtí. Během tohoto procesu se jednak vyvíjí lidská individualita, kterou se jedinec liší od svého okolí, jednak dochází k rozvíjení sociálního charakteru, a to při vzájemném působení lidských osobností v rámci jedné společnosti či společenství, do něhož vstupují a v něm se utvářejí normy, sociální role, hodnoty apod. Jak uvádí Helus, k socializaci jedince dochází vždy v kontextu konkrétního sociokulturního prostředí. Vzhledem k této skutečnosti je nezbytné, aby u jedince došlo k interiorizaci (zvnitřnění) znaků, jež jsou charakteristické pro další členy daného společenství. V důsledku přijetí takových znaků vzniká tzv. normalita jedince v příslušné pospolitosti (Helus, 2007, s. 75).

V rámci socializace je možno rozlišovat socializaci primární, sekundární a terciální. K primární socializaci dochází v primární sociální skupině, kterou bývá obvykle rodina,

avšak může se jednat i o jiná seskupení, která mají část znaků primární skupiny. Primární socializace bývá završena individualizace daného jedince. Během této socializace si jedinec osvojí normy, které se vyznačují velkou stabilitou, avšak v průběhu dalšího života může ještě dojít k jejich částečné změně. K sekundární socializaci dochází v sekundárních malých sociálních skupinách. V tomto případě se jedná o proces neustálé (permanentní) socializace. Během sekundární socializace probíhá příprava jedince na jeho roli ve společnosti. Je uskutečňována přibližně od třetího roku života jedince do jeho rané dospělosti, a to především ve škole a během interakce s vrstevníky. Terciální socializace probíhá v průběhu dospělosti. Její podstatou je přejímání norem chování, jež jedinec průběžně uskutečňuje ve vzájemném působení s jeho sociálním okolím. V případě terciální socializace je možné rovněž jednat o proces resocializace, který může být realizován s různým stupněm dobrovolnosti (Kliment, 2002, s. 41).

K pojmu „socializace“ je tedy možné shrnout, že se jedná o komplexní proces, v jehož rámci se z člověka coby biologického tvora za významného přispění sociální interakce a komunikace s dalšími jedinci stává sociální bytost, která disponuje schopností chovat se jakožto člen určité skupiny a společnosti. Podstata tohoto procesu spočívá ve specifickém druhu sociálního učení. Z hlediska sociálně-psychologického se jedná o dva navzájem propojené a ovlivňující se procesy uvědomování, přičemž první proces záleží si v uvědomování já (živé) versus okolí (příroda), druhý pak v uvědomování si já versus ostatní (lidé). Oba tyto procesy sestávají z přizpůsobování, učení, adaptace, akceptace a konečně z internalizace.

Vzhledem k faktu, že socializace je procesem, je možno v ní vymezit různé fáze. Za nejjednodušší takové členění je možno označit to, které socializaci dělí na etapy přípravnou a realizační. Během přípravné fáze si jedinec osvojuje řeč, která je základním komunikačním prostředkem člověka, postupně si zvnitřňuje společenské hodnoty a normy, prochází tzv. akulturací, kterou lze vymezit jako proces kulturních změn, jež jsou důsledkem těsných styků odlišných kultur, a v neposlední řadě i přejímá základní sociální role. Naproti tomu v rámci fáze realizační jedinec přebírá a plní další role, přičemž v rámci rodinné, profesní a společenské životní dráhy vykonává množství činností (Hroncová, Hudecová, Matulayová, 2001).

Kraus upozorňuje na skutečnost, že k socializaci může docházet v prostředí, která mají odlišnou úroveň, odlišnou kvalitu. K jejich vlivu je z hlediska problematiky převýchovného procesu možno uvést, že v důsledku nepříznivých a z hlediska optimálního rozvoje

osobnosti nežádoucích podnětů se v některých případech jednání a chování osob začne odchylovat od obecně respektovaných a uznávaných norem. V takovém případě dochází k deviantní socializaci, nebo též desocializaci (Kraus, 2008, s. 60).

1.1.2 Resocializace

Dalším důležitým pojmem, který má vztah k řešené problematice, je pojem „resocializace“. Kraus tento pojem vymezuje vcelku lapidárně, když k jeho vymezení uvádí, že se jedná o „*Proces, při němž se snažíme o nápravu a návrat člověka do normálního života, ...*“ (Kraus, 2008, s. 60) Od uvedeného autora pochází i vymezení, podle kterého „*Pojem resocializace znamená odstraňování relativně trvalých zaměření jedince způsobujících výchovné potíže. Většinou je chápána šířeji, jako jakási zpětná socializace s cílem vrátit člověka do normálního života společnosti, ke společensky přijatelnému způsobu chování.*“ (Kraus In Hroncová, Kraus a kol., 2006, s. 241) Obě tyto definice charakterizují resocializaci jakožto proces, v jehož průběhu jsou u jedince eliminovány společensky nežádoucí, dříve zakořeněná trvalá zaměření osobnosti daného jedince.

Již dříve zmiňovaný Jandourek podává mnohem podrobnější vymezení pojmu „resocializace“, pod nímž se rozumí „... *snaha znovu zapojit do života jedince, který už kdysi socializačním procesem prošel a z nějakého důvodu byl z daného společenství vyřazen. Děje se tak např. po vstupu do nové životní fáze různého typu (adolescence, stáří jako poslední životní fáze), nové zaměstnání, invalidita kvůli tělesnému nebo duševnímu postižení, emigrace), po propuštění z výkonu trestu nebo výchovného zařízení. Jedinec může s procesem resocializace souhlasit, nebo mu záměrně odporovat, v čemž hraje mj. velkou roli vliv a otevřenost nového prostředí a vazby na prostředí staré.*“ (Jandourek, 2001, s. 204) Tato definice v sobě v prvé řadě implikuje skutečnost, že se v případě resocializace jedná o pokus navrátit jedince k žádoucímu chování, z čehož je zřejmé, že toto vymezení připouští, že tento pokus nemusí být vždy úspěšný. Dále toto vymezení obsahuje příkladný výčet životních situací, kterých se resocializace může týkat. Taktéž citovaná definice zmiňuje postoj jedince, který je objektem socializace, jenž má velký vliv na úspěšnost tohoto procesu.

Z pohledu sociální práce je podnětné vymezení pojmu „resocializace“ od Matouška. Podle něj představuje resocializace (angl. *resocialization*) „*Návrat ke společensky přijatelnému způsobu chování u lidí, kteří se od něj odchýlili. Neobejde se bez změn postojů a bez změn hodnotové orientace. Efekt resocializačních programů je závislý na jejich přiměřenosti a*

na tom, jak jsou klienty akceptovány. Jen výjimečně do nich klienti vstupují dobrovolně; je však podstatné, aby je program dokázal motivovat k akceptování změny jako přitažlivé životní alternativy. Změna dosažená v průběhu intenzivního resocializačního programu se pravděpodobněji stane změnou trvalou, je-li program ukončován vhodným typem následné péče.“ (Matoušek, 2008, s. 174) Základ Matouškova vymezení předmětného pojmu je totožný, jako u dalších citovaných autorů. Jeho definice však obsahuje nezbytné předpoklady úspěšnosti resocializace, kterými mimo jiné jsou změna jejich postojů a hodnotové orientace, adekvátnost programů resocializace, (ne)akceptování resocializačních programů ze strany klientů a konečně i vhodný typ následné péče.

K vymezení resocializace je možné doplnit, že tato může být záměrná či spontánní. Za záměrnou resocializaci je považována ta, která je vyvolána a podporována snahou sžít se s novým prostředím, za spontánní resocializaci pak ta, jež není ze strany dotčeného jedince uvědomovaná a není tak podpořena jeho cílevědomou a záměrnou snahou.

V odborné literatuře je možné se setkat i s vymezením podmínek průběhu resocializace. Kapr a kol. k tomuto uvádějí, že rychlost a charakter průběhu resocializace je ovlivňována níže uvedenými faktory (Kapr a kol., 1994, s. 82):

- schopnost adaptace osoby na sociální změnu, míra postojové otevřenosti, ochota měnit hodnotovou orientaci, podřizovat se novým normám, přijímat nové vzory chování, akceptovat nové autority, zhostit se nových rolí, intelektuálně zvládnout novou informační základnu apod.;
- míra odlišnosti nového prostředí od prostředí dřívějšího a variabilita nabízených variant začlenění se do nového prostředí;
- otevřenost nového sociálního systému ve vztahu k danému jedinci, jeho ochota pomoci mu během resocializace, míře tolerance.

Titíž autoři se zmiňují taktéž o důvodech resocializace. Těmito obvykle bývají níže uvedené okolnosti (Kapr a kol., 1994, s. 15 až 24, 54 až 85):

- významná osobnostní vývojová změna jedince – k takovým typicky náleží adolescence, rodičovství, stáří apod.;
- razantní změna duševních nebo tělesných schopností jedince – může se jednat zvláště o onemocnění či invaliditu;

- zásadní změna sociálního prostředí – takovou změnou může být změna zaměstnání, bydliště, emigrace aj.

Za specifický případ resocializace je možno považovat reedukaci (nebo též převýchovu). Tímto pojmem je označován výchovný proces, jehož smyslem je docílit u jedince takových změn chování, jež mu umožní návrat do běžného, normálního života. V rámci reedukace jsou využívány ty speciálně-pedagogické metody, jež umožňují rozvíjet či upravovat narušené funkce a činnosti. Za předpokladu, že jsou podmíněny funkčními vadami analyzátorů, mohou být tyto metody používány při odstraňování poruch čtení, psaní a počítání. Převýchova je v procesu resocializace zahrnuta u delikventů už během výkonu trestu a v době po propuštění. V případě dětí a mladistvých delikventů je reedukace uskutečňována ve specializovaných výchovných zařízeních. Podstata reedukace v těchto podmínkách záleží v cílevědomém a záměrném reedukačním programu, který se projevuje cílovou orientací, plánovitostí, cílenou volbou metod, přičemž se odehrává ve stanoveném specifickém prostředí výchovného ústavu či věznice.

1.2 Poruchy chování

Pojem „poruchy chování“ je možno vymezit jako „... *odchylky v oblasti socializace, kdy jedinec nerespektuje normy chování – přiměřené jeho věku a rozumovým schopnostem. Dále jsou podmíněny mezerami ve výchově, v dospělosti se mohou, a nemusí vůbec projevit, protože mohou, ale také nemusí skončit v průběhu dětství a adolescence. Z antisociálního chování (většího rozsahu) v dětství vznikají trvalé poruchy osobnosti.*“ (Zášková, 1998, s. 17) Z této definice vyplývá, že poruchy chování mají úzkou vazbu k dříve rozebíranému procesu socializace, přičemž podstatou poruch chování je odchylka v chování jedince od sociálních norem v dané společnosti. Tuto odchylku je třeba posuzovat adekvátně věku daného jedince.

Vágnerová za poruchu chování označuje chování dětí a dospívajících nerespektující sociální normy. Jedinci s poruchami chování sice chápou požadavky vyslovené v normách, avšak tyto neakceptují či nejsou s to se řídit podle nich. Sociální normy porušují dlouhodobě, poněvadž nepocítují vinu ve vztahu k důsledkům svého jednání. Postupem času dochází k prohlubování problémů a tento vývoj může vyústit až do porušování práv lidí z okolí a k agresivitě (Vágnerová, 1999, s. 274).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize se poruchy chování vyznačují „... opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle).“

Poruchy chování je možné charakterizovat z různých úhlů pohledu. Stejně tak je možné při jejich členění vycházet z různých klasifikačních kritérií. Obvykle je možné se setkat s členěním poruch chování z hlediska psychologického, pedagogického, speciálně pedagogického, etiologického, věkového apod. Například Klíma uplatňuje při členění poruch chování jako klasifikační kritérium stupně mravního narušení dotčeného jedince. V souladu s tímto kritériem dělí poruchové chování níže uvedeným způsobem (Klíma, Klíma, 1984):

- Lehký stupeň – chování disociální – v tomto případě je jedincovo chování nespolečenské a nepřiměřené, přičemž dochází s ohledem na odlišnost hodnot, postojů apod. do kolize s obecně uznávanými sociálními normami. Za příklad disociálního chování mohou posloužit zlozvyky, neposlušnost a nekázeň, vzdorovitost a negativismus, lhavost, afektivní poruchy apod.
- Střední stupeň – asociální chování – o takovém chování hovoříme tehdy, pokud je jedincovo chování v rozporu se společenskou morálkou. Důvodem takového chování jedince je jeho nedostatečné či dokonce absentující sociální cítění. Vzhledem k uvedenému se takový jedinec dopouští porušování společenských morálních norem, avšak toto porušování doposud nemá charakter porušování právních norem společnosti. Takový jedinec proto nenáleží do kompetence pedagogicko-psychologických poraden, jako spíše patří do diagnostických ústavů, výchovných ústavů, psychiatrických léčeben či středisek výchovné péče. Za asociální chování je možno považovat zejména záškoláctví, toulavost a útěky, toxikomanií či sebepoškozování.
- Těžký stupeň – chování antisociální – tímto chováním je již zasahováno do těch nejvyšších lidských hodnot, neboť zapříčiňuje ohrožení či zničení lidského života. Pod antisociální chování je možno podřadit širokou paletu poruch, které vedou k poškození společnosti, jelikož se jedná o uvědomělé protisociální chování kriminálního rázu. Zahrnuje proto jakékoliv protisociální jednání, které je postižitelné a sankcionovatelné v souladu s trestními předpisy dané společnosti.

Vzhledem k tomu, že v případě antisociálního chování jde o projevy nejzávažnějšího možného narušení jedince, nepřipadá do úvahy, aby tyto problémy byly řešeny ve formě ambulantního zásahu. Za antisociální chování bývají považovány takové projevy poruch chování, jakými jsou agresivní a destruktivní činnost, krádeže a loupeže, organizovaný zločin, delikvence mladistvých a v neposlední řadě i sexuální a mravnostní delikty.

Veškeré shora uvedené stupně chování ohrožujícího a poškozujícího společnost, se mohou vyskytovat buď samostatně, nebo v různě kombinované podobě projevů jedinců. Obecně přitom platí, že s narůstajícím množstvím negativních vlivů na jedince vzrůstá rovněž náročnost a komplikovanost speciální nápravné výchovy a resocializační péče.

Nositelem poruch chování je vždy do větší či menší míry narušený jedinec, u něhož neproběhl odpovídajícím způsobem proces socializace. Na základě převládajícího typu osobnosti je možné rozlišovat v této souvislosti různé skupiny osob. Např. Kalibán uvádí, že nejvíce početnou skupinou mravně narušené (obtěžně vychovatelné) mládeže je skupina osob, která sestává z následujících jedinců (Kalibán, 1968):

- jedinci, u kterých antisociální projevy a jednání vyvěrají z nevyrovnanosti v období puberty a adolescence;
- jedinci s neurotickými problémy;
- jedinci s psychopatickým vývojem;
- jedinci s lehkou mozkovou dysfunkcí (LMD);
- jedinci s duševním nebo jiným postižením.

V současnosti je více upřednostňována a zmiňována velmi podobná Vocilkova klasifikace. Tento autor rozděluje problémové jedince s poruchami chování podle dominantní složky osobnosti na (Vocilka, 1994; viz též Škoda, Fischer, 2008):

- Osoby neurotické – jde o jedince negativně poznamenané trvale působícím neurotizujícím prostředím, kteří se vyznačují emoční labilitou, horším sebeovládáním, zkratkovitými reakcemi, jakož i nižší schopností zvládat zátěž.
- Osoby s poruchou osobnosti (osoby psychopatické) – v tomto případě se jedná o jedince s biologickými (vrozenými) dispozicemi a abnormální strukturou osobnosti, což se projevuje dlouhodobě neadekvátním chováním a nepřizpůsobivostí takového

jedince. Pokorná v této souvislosti uvádí, že u dětí hyperkinetickou poruchou neprobíhá učení se sociálním dovednostem spontánně, jako je tomu u jiných dětí. Žijí tak v odlišné situaci s poruchou, s níž se nezřídka jejich okolí není s to vyrovnat. Jsou jim poskytovány jiné vzorce chování (Pokorná, 2001).

- Osoby sociálně nepřizpůsobené – jde o osoby s narušenými sociálními vztahy v důsledku nepříznivé situace či okolnosti v životě takové osoby. Takovou může být např. situace po propuštění z výkonu ústavní a ochranné výchovy, z výkonu trestu odnětí svobody či nedůstojný způsob života.
- Osoby se sníženými rozumovými schopnostmi – jedná se o jedince, kteří mají slabé volní vlastnosti, a absentuje u nich náhled na vlastní jednání. Lze je poznat podle toho, že žijí přítomností („tady a teď“), jsou snadno ovlivnitelní a preferují konzumní způsob života. Takové osoby jsou poměrně často nejen pachateli trestných činů, nýbrž i jejich obětí.

2 METODY PŘEVÝCHOVNÉ PRÁCE

Metody převýchovné práce používané v resocializačních zařízeních vycházejí především z poznatků psychologických disciplín, dále z poznatků psychiatrie, sociologie, penologie, kriminologie ale i dalších, jejichž využitelnost je především v modifikační rovině. Tyto metody přispívají významnou měrou k naplnění základních cílů převýchovy, přičemž jejich smyslem je dosažení co nejvyššího stupně sociální integrace a resocializace objektu působení, tj. narušených jedinců. V etopedii jsou využívány především metody reedukace, kompenzace, rehabilitace, aplikace psychoterapeutických přístupů (viz kapitola 3) a prevence (Slomek, 2006, s. 18).

2.1 Reedukace

V obecné rovině se pod pojmem „reedukace“ rozumí cílevědomé a záměrné působení, jež je zaměřeno na určitou problémovou, defektivní oblast, přičemž v průběhu reedukace dochází k jejímu pozitivnímu ovlivňování, rozvíjení či posilování žádoucích jevů a projevů. V etopedii je reedukace chápána ve smyslu odstraňování negativních jevů, které mají vztah k dosavadnímu životu jedince. Reedukace se tak zaměřuje nejen na osobnostní formativní okolnosti, nýbrž bere na zřetel i negativní motivaci a podněty, které zapříčiňují poruchy chování, a jež se snaží odstranit. Zároveň je reedukace zaměřena na utváření nové orientace, nového hodnotového vnímání a na pozitivní aktivitu. Cílem reedukace v etopedii je úplná resocializace, a to ve smyslu odstranění defektivní a postižení, pakliže je sociálního rázu (viz Švarcová, 2002; Slomek, 2006).

Reedukace vždy představuje dlouhodobý diagnosticko – terapeutický proces, který si klade za cíl eliminaci či alespoň zmírnění negativních jevů a projevů u jedince. Ze zkušeností jednoznačně vyplývá, že neexistuje jediný, univerzálně účinný postup, jak tento cíl naplnit. Tento postup je vždy zapotřebí přísně individualizovat, neboť jedině tak mohou nastat očekávané účinky. Výběr postupu, který bude v tom kterém konkrétním případě uplatňován, by měl respektovat stupeň poruchy a fázi nápravy, ve které se dotčený jedinec nachází. Účinná a efektivní reedukace vyžaduje soustředěnou týmovou spolupráci všech zainteresovaných pracovníků příslušného resocializačního zařízení. Jedinec, který je objektem reedukace, se musí i přes své nedostatky v chování a jednání cítit emocionálně přijatý. Velký význam pro úspěšnou reedukaci je společné vypracování pravidel a rámcových podmínek reedukace, na niž se jak subjekt, tak i objekt reedukace shodnou. Reedukačnímu působení by vždy měla předcházet depistáž a diagnostika (Bartoňová, 2005).

Reedukační působení by vždy mělo zároveň respektovat jisté zásady. K tomu, aby náprava měla kýžený efekt, měla by se řídit níže uvedenými zásadami (Bartoňová, 2005):

- výchozím momentem reedukačního působení musí být vždy diagnostický rozbor každého případu;
- nápravný postup je nezbytné vždy přizpůsobit individuální povaze toho kterého případu;
- je nezbytné vytvořit příznivou reedukační atmosféru;
- nápravné působení musí mít komplexní ráz;
- je třeba využít „dobrý začátek“ reedukačního působení;
- velký význam má udržení zájmu osoby, které je objektem reedukace;
- musí být účelně vybrány nápravné metody;
- subjekty reedukace (tj. pracovníci resocializačních zařízení) si musí uvědomit, že reedukační působení je chronickým diagnosticko-terapeutickým pokusem;
- reedukační působení musí zohledňovat individuální schopnosti každého jedince, který je objektem reedukace;
- k úspěchu při nápravném působení vede cesta prostřednictvím malých kroků;
- další důležitou strategií je pravidelnost (optimálně každodenní), která vede k upevnění žádoucích návyků;
- prognózu je třeba stanovovat realisticky – požadavky kladené na osobu, jež je objektem reedukace, nesmí být ani přehnané, ani nízké;
- je třeba napomoci reedukované osobě se zajištěním její další životní dráhy – týká se bydlení, dalšího studia či zaměstnání.

2.2 Kompenzace

Samotný pojem „kompenzace“ má svůj etymologický původ v latinském výrazu *compensāre*, což značí vážit či všet (Rejzek, 2012, s. 299 a 300). V etopedii se pod tímto pojmem chápe nahrazení nebo vyrovnání. Tato metoda je vhodná i v případě, že dosavadní reedukační postupy nevedly k žádoucímu výsledku (tzn. že byly neúspěšné), eventuálně je nebylo možno z nějakého důvodu zařadit. Uvedená skutečnost má ve speciální pedagogice

obecnou platnost. Mezi etopedickými postupy představuje metoda kompenzace de facto jednu z dílčích metod reedukačního typu (Slomek, 2006, s. 18):

- náhrada dosavadního patologického prostředí prostředím jiným, které ve větší míře odpovídá cílům – může se jednat o prostředí výchovného ústavu, náhradní rodiny, detenčního ústavu či vězení;
- eliminace či alespoň utlumení citové chudosti, nedostatku citových podnětů, popřípadě málo rozvinutých citových vztahů;
- přeměna sociálně patologické činnosti (jednání) v činnost či jednání pozitivní a společensky prospěšné – v případě velmi narušených jedinců je možno považovat za úspěch už to, pokud se jej podaří přivést alespoň k činnosti či jednání, které neodporuje zájmům společnosti;
- uplatňování kompenzačních metod je záležitostí procesně dlouhodobou a každodenní a náleží do kompetence zejména příslušných pracovníků (výchovných ústavů, věznic apod.).

Bez úspěšné kompenzace není v zásadě myslitelná úspěšná převýchova, což platí obzvláště u sociálně patologických jedinců, u nichž selhala reedukace (Švarcová, 2002).

2.3 Rehabilitace

Termín „rehabilitace“ je odvozen od latinských výrazů *rehabilitatio*, což znamená uvedení do původního stavu, navrácení dřívějších práv, a *rehabilitare*, tedy obnovit něčí bezúhonnost (Rejzek, 2012, s. 559). V současnosti se tohoto pojmu v návaznosti na uvedené latinské pojmy používá především k označení obnovy dřívějšího (tj. původního) stavu, nebo souhrnu činností, které jsou realizovány s cílem zmírnit určitý handicap rehabilitované osoby. V obecném významu se pojmu „rehabilitace“ používá pro označení působení celostního charakteru ve smyslu působení na celou osobnost. Stejně komplexní tak musí být i oblasti působení, které zahrnuje úpravu prostředí, vztahů, jakož i potenciálního společenského a pracovního začlenění dotčeného jedince. V tomto ohledu je možno rehabilitaci charakterizovat coby přípravu obtížně vychovatelného na vstup do prostředí s „nepostiženou“ populací. Z hlediska časového se jedná o působení realizované v závěrečné fázi převýchovné práce. Rehabilitace je tedy charakteristická snahou o převýchovu jedince, která je uskutečňována v návaznosti na jeho znovuzačlenění (Slomek, 2006).

Ke stěžejním cílům rehabilitačních postupů náleží zejména vyhledání optimálního pracovního zařazení pro osobu, jež je objektem rehabilitace. Naplnění tohoto cíle je do značné míry limitováno možnostmi sítě profesních institucí v rámci výkonu ústavní či ochranné výchovy. Zmíněná okolnost se totiž odráží v četnosti a pestrosti nabídky (různých rekvalifikačních kurzů apod.), která se v souvislosti s postupem resocializace vyskytuje. Za určitou dílčí překážku efektivnější a účinnější výslednosti při používání rehabilitačních postupů je možno považovat rovněž jistou izolovanost resocializačních zařízení, což se týká především věznic a detenčních ústavů. Tato izolovanost se projevuje jak umístěním resocializačních zařízení (některé věznice jsou dislokovány mimo běžnou zástavbu), tak i systémem vnitřní práce. Řešením tohoto problému by byla taková opatření, jakými jsou rozvíjení intenzivnějších kontaktů s okolím, sehráváním modelových situací, trénováním řešením složitějších a náročnějších problémů a situací, popřípadě i realizací vybraných činností ve vzájemné součinnosti s běžnými typy škol a školských zařízení, popřípadě jiných vhodných typů zařízení (včetně potenciálních zaměstnavatelů). Možnost využití jednotlivých rehabilitačních metod bývá limitována tím, zda došlo ke včasnému nebo pozdnímu zahájení převýchovné práce. Zde se může projevit působení takových okolností konkrétního případu, jakými jsou terénní nedořešenost, prolongace postupu příslušných orgánů, pozdní avizace problému atp. (viz. Slomek, 2006, Švarcová, 2002).

2.4 Prevence

Pojem „prevence“ vychází ze středolatinšského výrazu *praeventio*, který je odvozen od latinských slov *praevenire*, tj. předejít, zabránit a *prae-* (:pre-) a *venire*, což znamená přicházet (Rejzek, 2012, s. 524). Již jen z uvedeného je možno dovodit, že v obecní rovině se pod tímto pojmem rozumí „obrana předem“ ve smyslu předcházení poruchám (v daném případě poruchám chování). V etopedii se pod tímto pojmem rozumí včasné odhalení možností vzniku obtížné vychovatelnosti (Slomek, 2006, s. 20). „Dobrá prevence musí předcházet všem typům sociálního selhání – kriminalitě, abúzu drog, odpadávání ze škol a z učebních poměrů, předčasným těhotenstvím, nákaze HIV virem atp. Navíc – cílem primární prevence nemůže být pouhá absence sociálně patologických jevů, cílem musí být prezence sociálně příznivého chování, tj. chování, jež se neshlakuje s jednáním protispolečenským.“ (Matoušek, Kroftová, 2003, s. 267). Prevence bývá tradičně dělena na primární, sekundární a terciární.

Primární prevence bývá chápána jakožto nejdůležitější součást prevence. Jedná se obvykle o práci se sociálně nenarušenými jedinci, kteří se nedopouštějí společensky závadového jednání (Netolická). To ovšem neznamená, že by se tento druh prevence netýkal i jedinců v resocializačních zařízeních. Existuje totiž primární prevence, jejíž programy jsou cíleny na určitou cílovou skupinu, u níž je možné očekávat rozvoj rizikových aktivit. Tato část prevence je označována jako specifická primární prevence, přičemž může být realizována jako všeobecná, selektivní a indikovaná. Všeobecná je zaměřena na tu část cílové skupiny, která doposud nejeví známky rizikového chování. Selektivní je pak zaměřena na primární skupinu, kdy jejím cílem je zamezit vzniku rizikového chování. Indikovaná prevence bývá označována také jako včasná intervence a předchází sekundární prevenci (Exnerová, Zavadil, 2010). Primární prevence by měla být realizována ze strany rodičů, pedagogů ve školách, ale i společnosti jako celku (Netolická).

V případě sekundární prevence se pracuje s jedinci, kteří již balancují či balancovali na hraně společenských norem či dokonce zákona. Smyslem sekundární prevence je přitom „strhnout“ takové jedince na stranu společensky žádoucího či alespoň společností tolerovaného jednání. Aktivity realizované v rámci sekundární prevence jsou uskutečňovány ze strany pracovníků, kteří docházejí mezi rizikové jedince (streetworkeri), dále výchovných ústavů, resocializačních ústavů, pedagogicko-psychologických poraden, drogových center, církevních charitativních organizací, ale i rodičů a pedagogů ve školách (Netolická). Tento druh prevence (úroveň prevence) je z pohledu problematiky řešené v této práci velmi relevantní, což platí i o prevenci terciální.

V rámci terciální prevence je pracováno s jedinci, kteří se dopustili společensky závadového jednání (např. již zneužívají omamné a psychotropní látky, dopouštějí se kriminality a další delikvence apod.). Hlavním smyslem této úrovně prevence je ochrana společnosti a snižování následků. V této souvislosti je zapotřebí uvést, že převážná část jedinců, kteří jsou objektem terciální prevence, zpravidla vyžaduje dohled po celý zbytek svého života. Z institucí, jež se zabývají terciální prevencí je možno zmínit různá nízkoprahová zařízení (DROP-IN, K-centrum apod.), protialkoholní léčebny, psychiatrické léčebny a v neposlední řadě též vězení a výchovné ústavy (Netolická).

Na prevenci se podílejí různé subjekty poradenského systému. Poměrně hojně jsou využívány možnosti preventivně výchovných pobytů v zařízeních školského charakteru (střediska výchovné péče pro děti a mládež nevyjímaje) a v letních výchovných táborech. V rámci prevence nacházejí své uplatnění rovněž různé formy individuálních kontaktů. Za přínos je

možno označit také práci výchovných poradců ve školách. Významný podíl na preventivních aktivitách v obsahovém řešení náleží referátům sociálních věcí a jednotlivým komponentám systému protidrogového boje. Nezbytným předpokladem účinné prevence je depistáž (Slomek, 2006, s. 19), které bude věnována bližší pozornost v dalším výkladu.

Vedle již uvedeného uplatňované preventivní postupy naplňují také funkci zpomalující i eliminační (odstraňující). V rámci této funkce jsou nejprve identifikovány činitelé povahy biologické, psychologické, sociální a situační, načež následuje eliminační postup, jenž sestává nejčastěji ze tří na sebe navazujících etap (Slomek, 2006, s. 19):

- Zásah do patogenních příčin vzniku poruchy chování – jedná se o zásah do sociální sféry narušeného jedince, tedy do rodiny nebo skupiny vrstevníků (nejčastěji party). Účinné zásahy mohou být prováděny učiteli, vychovateli, pracovníky v sociální oblasti, orgány činnými v trestním řízení (policie, státní zastupitelství, soudy) nebo Probační a mediační službou ČR.
- Co nejrychlejší identifikace a řešení poruchy chování – na uskutečňování této fáze se podílí především pracovníci medicínské sféry, psychologové a speciální pedagogové-etopedi.
- Boj s recidivou a zabránění demoralizaci jedinců.

2.5 Další metody používané v převýchově

V rámci převýchovy bývají vedle shora rozebíraných metod využívány i některé další metody. Jedná se o metody depistáže a primární diference, diagnostiky a sekundární diference, postpenitenciární péče, metoda osobního příkladu, metoda kázně a pořádku, systém metod odměn a trestů, pracovní výchovu a konečně i metody mravní výchovy.

Depistáž a primární diference. V etopedii bývá pod pojmem „depistáž“ chápáno aktivní vyhledávání obtížně vychovatelných jedinců, přičemž smyslem této činnosti je zavčas adekvátním způsobem působit optimálními prostředky a formami na celou sféru vzniku potíží. Depistáž bývá prováděna pedagogy a pedagogickými pracovníky ve školách, dále sociálními pracovníky, policisty a konečně i pracovníky poradenského systému, především pak středisek výchovné péče. Výstupem depistáže je primární diference. Pod pojmem „primární diference“ je přitom zapotřebí rozumět vyjmutí problémové osoby z nevhodného prostředí, její umístění do speciálního výchovného zařízení (včetně zařízení resocializačního) a následné poskytnutí speciálně pedagogického (etopedického) servisu.

Velký význam při provádění primární diferenciaci má činnost a přístup pracovníků orgánu sociálně právní ochrany dětí sociálních referátů (OSPOD), jakož i soudů, které vydávají příslušné správní akty. V rámci primární diferenciaci bývají taktéž realizovány tzv. dobrovolné (preventivně výchovné) pobyty v diagnostických ústavech či ve střediscích výchovné péče, kde je realizována internátní formou (Slomek, 2006, s. 20).

Diagnostika a sekundární diferenciaci. Diagnostika (z řeckého *diágnōsis*, tj. rozhodnutí, poznání; Rejzek, 2012, s. 131), jejímž cílem je identifikovat rozsah narušení daného jedince předchází či následuje umístění do příslušného zařízení (včetně zařízení resocializačních). Mohou se na ní podílet diagnostické ústavy, střediska výchovné péče, pedagogicko-psychologické poradny a jiná obdobná zařízení. Je prováděna týmově (Slomek, 2006, s. 20). Jedná se o jeden z druhů pedagogické diagnostiky, kterou je podle Chrásky možno vymezit coby speciálně pedagogickou disciplínu, jež se zaobírá zjištěním, posuzováním a hodnocením vnitřních a vnějších podmínek, průběhem a výsledky výchovně-vzdělávacího procesu (1988). „Pedagogická diagnostika umožňuje ... *zjišťovat výsledky výchovného působení v širokém slova smyslu a učitel bez ní nedokáže realizovat výchovně vzdělávací proces.*“ (Mojžíšek a kol., 1987, s. 11).

Výsledkem pedagogického diagnostikování je pedagogická diagnóza. Tuto je možno chápat jako „*Závěr, který mj. obsahuje: zařazení objektu, jevu, znaku do konvencemi stanovené diagnostické kategorie; jeho označení podle platného názvosloví; stanovení míry, intenzity, závažnosti atd. znaku; formulování pravděpodobné příčiny, odhad dalšího vývoje (pedagogická prognóza); soubor doporučení pro další činnost (intervence), upozornění na rizika.*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 189). Učiněné diagnostické závěry jsou tedy podkladem výchovné prognózy a navrhování pedagogických postupů. Výchozí prognóza je zase výchozím momentem sekundární diferenciaci. Pod pojmem „sekundární diferenciaci“ je třeba rozumět přijetí dalších opatření výchovného charakteru, následné eventuální umístění do zařízení navazujících na diagnostický ústav, popřípadě návrat při ukončení dobrovolných pobytů (Slomek, 2006, s. 20).

Postpenitenciární (následná) péče. Pojem „postpenitenciární péče“ je možno vymezit jako „... *zvláštní druh sociální péče, která byla poskytována v samém začátku jen osobám, které byly propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody, z ochranného léčení a z ochranné výchovy (u mladistvých). V poslední době byla postpenitenciární péče rozšířena o tzv. včasnou pomoc a sociální péči už ve fázi trestního řízení u obviněné osoby.*“ (Černíková, Makariusová, 1996, s. 142). Postpenitenciární péče je tedy možno chápat coby oblast soci-

ální péče, která je zaměřena na jedince, kteří prošli trestním řízením, výkonem trestu odnětí svobody, ochranným léčením nebo ochrannou výchovou. Je směřována především do oblasti terciální prevence, jinými slovy vyjádřeno zabývá se především prevencí páchaní další trestné činnosti (Černíková, Sedláček, 2002).

V rámci postpenitenciární péče je jedinec sledován po ukončení ústavní nebo ochranné výchovy a odchodu ze školského zařízení, eventuálně po ukončení výkonu trestu odnětí svobody. Takovému jedinci je poskytována pomoc při řešení osobních a rodinných záležitostí, pracovního začlenění, návratu do školy apod. (Slomek, 2006, s. 21). Štěrba uvádí, že postpenitenciární péče zahrnuje pomoc při hledání případného nového pracovního zařazení, dále pomoc při zprostředkování ubytování, pomoc při opětovném začlenění se do společnosti, finanční podporu a sociálně-výchovné a poradenské působení ve věcech sociálně-právních (2007, s. 116). Uvedená pomoc je poskytována i ze strany středisek výchovné péče, přičemž se na ní podílejí i pracovníci sociální sféry.

K dalším metodám používaným v rámci převýchovy náleží metoda osobního příkladu, metoda kázně a pořádku, systém metod odměn a trestů. Nezastupitelné místo v převýchovné práci a soustavě převýchovných metod má pracovní výchova.

Metody mravní výchovy. Velký význam pro převýchovné působení mají i metody mravní výchovy, tedy metodám přesvědčování, organizace chování, stimulace chování a donucení.

Metoda přesvědčování (persuáze) je metodou ovlivňování, při níž se přesvědčovaný jedinec v důsledku verbálního i nonverbálního působení přesvědčující osoby (tzv. persuadéra) dobrovolně, zainteresovaně a zúčastněně ujistí o tom, že určité stanovisko je důvodné (Grác, 1985, s. 32). Může spočívat v přesvědčování slovním, kdy má velký význam volba způsobů komunikace, nebo v přesvědčování činem, kam spadá i přesvědčování prostřednictvím osobního příkladu.

Metoda organizace chování využívá opakování až automatizaci určitých žádoucích činností či chování. Tato metoda se vyskytuje v různých formách. Tou první je požadavek, který musí být jasný, srozumitelný a především přiměřený možnostem převychovávané osoby. Další formou je příkaz. Aby naplňoval očekávané pedagogické hledisko, musí být jednoznačný, proveditelný a musí být z něj patrná jeho účelnost. Jednou z forem metody organizace chování je i cvičení, které musí být ve vztahu ke sledovanému cíli a musí být realizováno s vhodnou frekvencí. Jako účinná forma této metody se jeví i zapojení do jiné činnos-

ti, kdy je uplatňován systém zájmově organizované výchovné činnosti. Může se jednat o různé víkendy, zájmové soboty, prázdniny, změna práce apod. (Slomek, 2006, s. 21).

Metoda stimulace chování je založena na struktuře odměn. Hlavním stimulem u této metody je kladné hodnocení. Jejimi hlavními formami jsou pochvala, která by měla být uplatňována nejen za mimořádné činnosti, a dále také vyjádření důvěry, jež by mělo být provázeno ověřením a vyzkoušením (Slomek, 2006, s. 21).

Metoda donucení bývá nezřídka ztotožňována s trestem a trestáním, avšak nemusí tomu tak být vždy. K formám této metody totiž patří i morální přinucení, využití působení veřejného mínění či podmíněnosti chování. Na principu podmíněnosti chování je zpravidla založen hodnotící systém v resocializačních zařízeních (Slomek, 2006, s. 21).

Praktické využívání shora uvedených metod mravní výchovy v praxi speciálních výchovných zařízení se odvíjí od množství faktorů. K těm nejvýznamnějším náleží (Slomek, 2006, s. 21):

- osobnostní výbava vychovatele, učitele, etopeda a jejich erudiční úroveň;
- názorová homogenita výchovného týmu;
- propracovanost systému a úroveň metodiky a řízení přímé výchovné práce;
- programová diverzita resocializační péče;
- spolupráce speciálního pedagoga s kolektivem svěřenců a jeho jednotlivými členy;
- využití svěřeneckého aktivu (např. samosprávy) v průběhu řešení vnitřních problémů zařízení (může jít o hodnocení svěřenců, výběr činností, výchovné situace apod.);
- dosavadní způsoby výchovného působení, která se promítá do fixace vlivů prostředí, doba pobytu v resocializačním zařízení;
- vazba k rodině, složení výchovné skupiny;
- úmyslně laděný postoj jedince k přístupu pracovníků (čili jeho odpor, ochota nebo naopak neochota) apod.

Pracovní výchova. Pracovní výchova je přípravou dětí a mládeže (popřípadě i starších jedinců) na práci. Má však i výrazný výchovný náboj, což platí i o pracovní výchově využívané v rámci resocializačního procesu. Pracovní výchova umožňuje jedincům osvojit si

nejrůznější praktické dovednosti, pracovní postupy a techniky, přispívá také k pochopení rozličných technologií, k rozvoji tvořivé schopnosti, probouzí zájem o různé profese a v neposlední řadě uvádí do světa práce (Průcha, Walterová, Mareš, 2009).

Cílem pracovní výchovy může být (Valenta, Müller, 2003):

- vytváření elementárních pracovních vědomostí o materiálech, nástrojích, pracovních postupech apod.;
- rozvíjet manuální, intelektové a pracovní dovednosti a návyky, připravovat jedince k účasti ve výrobní praxi;
- naplňovat roli pracovní výchovy coby hlavního prostředku profesní orientace.

Vedle shora uvedených obecných cílů pracovní výchova naplňuje speciální úkoly terapeutické, a to v oblastech reedukace deficitu schopností a kompenzace. V oblasti reedukace deficitů může pracovní výchova přispívat ke zmírňování eventuálních motorických vad, dále se podílí na kultivaci kognitivních funkcí, stimulaci řeči a myšlení a v neposlední řadě se pozitivně projevuje ve snižování případných nedostatků v prostorové orientaci. V oblasti kompenzace může pracovní výchova nahrazovat nedostatečné schopnosti jedinců v jiných oblastech např. uspokojením z úspěšného vykonání daného pracovního úkolu apod. Pracovní výchova může být i přínosem v oblasti sociální rehabilitace svým praktickým zaměřením, a to např. organizační formou (Valenta, Müller, 2003). Konečně je třeba poukázat i na jeden z důležitých úkolů pracovní výchovy, jímž je úkol diagnostický. V průběhu pracovní výchovy se vyskytuje řada situací, které umožňují získávat o daném jedinci diagnostické údaje. Může se tak díť za využití metody pozorování a vedení pozorovacích (kumulativních) karet, jež dávají možnost k systematickému a všestrannému poznání jedincovy osobnosti (Kysučan, Kuja, 1996).

3 PSYCHOTERAPIE V RESOCIALIZAČNÍM PROCESU

V rámci resocializačního působení náleží významná role psychoterapii a jejím metodám. Vzhledem k této skutečnosti, jakož i se zřetelem k tomu, že v empirické části je pozornost upřena právě na využívání těchto metod v procesu resocializace vězňů, je této problematice věnována samostatná kapitola.

3.1 Vymezení pojmu „psychoterapie“

Termín „psychoterapie“ je složeninou řeckých slov *psyche*, které znamená duše, duch, srdce či rozum, a *therapeia*, což značí služba ošetřování, nebo *therapōn*, tj. služebník, pomocník (Rejzek, 2012, s. 542 a 593). Označuje se jím komplexní léčebné působení na nemoc, poruchu nebo abnormalitu, které je realizováno za využití vhodných psychologických prostředků. Pod tímto pojmem je tak možno rozumět buď záměrné a cílené upravování činnosti organismu nebo úpravu sociálních vztahů člověka.

Lze se setkat s polemikou, zda je psychoterapie vědou či se jedná o praktickou disciplínu. Přes určitou odlišnost různých názorů na tuto problematiku je možno veškeré názory začlenit do dvou skupin, přičemž první z nich pojímá psychoterapii coby vědeckou metodu, druhý pak v psychoterapii spatřuje praktický přístup k léčbě. Oba zmíněné přístupy mají společné to, že psychologické prostředky jsou aplikovány v souladu s určitými zásadami (čili systematicky a plánovitě), a to za využití vhodné metody a jasného rozpracovaného postupu. Z uvedeného je patrné, že ne jakýkoliv psychologický zásah lze označit jakožto psychoterapii.

Podle Lakomé *„Psychoterapie je vedle fyzioterapie a terapie chirurgické jednou ze čtyř klasických forem terapie. Z historie je patrné, že její pojetí souviselo vždy se změnami společenského řádu a s jeho dorazem v medicíně a zvláště pak v psychiatrii, kde potřeba ovlivnění pacienta byla zvláště významná. Psychoterapie má nejdelší tradici právě v psychiatrii, kde bylo využíváno psychologických postupů k záměrnému léčebnému ovlivnění trpícího určitými potížemi a těžkostmi zdravotními nebo osobními. Psychoterapie je souhrn systematických léčebných postupů, jimiž se snažíme pomoci psychologických prostředků, využíváním poznatků i principů psychologie, psychopatologie i neurofyziologie upravovat ty psychické reakce a pochody, které úzce souvisejí s chorobou nebo jsou jejím projevem. Regulujeme je tak, aby se dosáhnutými změnami ovlivnila celá aktivita nemocného ve smě-*

ru adaptace a zasahovaly se podstatné články chorobného procesu.“ (Lakomá, 1993, s. 31).

Kondáš uvádí, že psychoterapie představuje „... cílevědomé působení na duševní procesy, funkce a stavy, na osobnost, na poruchy a činitele, které podmiňují chování, a to především prostřednictvím psychologických prostředků a zákonitostí, které cíleně a systematicky používáme ve formě určitého metodického postupu na obnovení zdraví.“ (Kondáš, 1985, s. 25).

Bruchová k tomuto pojmu uvádí, že „*Psychoterapie se zabývá vnitřními obtížemi, jež oslabují pacientovu schopnost vyrovnávat se s úkoly a tlaky přítomnými v jeho životě. Psychoterapie se dá definovat jako situace, kdy na sebe působí lidé a snaží se dospět k vzájemnému pochopení s tím, že konkrétním cílem je, aby to bylo nějak ku prospěchu tomu, který je v tísní.*“ (Bruchová, 1997, s. 8).

O psychoterapii lze tedy říci, že se jedná o formu léčení problémů osobnosti, především pak problémů citových, jakož i poruch funkce některých tělesných orgánů a narušených mezilidských vztahů, kterou patřičně vyškolená osoba (může jí být psychoterapeut, psychiatr, psycholog, pedagog či vychovatel) cílevědomě a záměrně za využití různých psychologických prostředků utváří profesionální vztah s klientem, a to s cílem odstranit či oddálit existující příznaky a poruchy, měnit narušené formy chování a umožnit pozitivní růst a zrání dotčeného jedince.

Psychoterapie umožňuje pozitivně působit (ovlivnit, odstranit a vyléčit) poruchy osobnosti, které jsou zapříčiněny faktory psychogenními (jsou determinovány životními zážitky a zkušenostmi) či somatogenními (tyto jsou reprezentovány skutečnými poruchami funkce orgánů). V širším slova smyslu je možno psychoterapii chápat coby léčbu prostředím, kdežto psychoterapie v užším slova smyslu je záměrným a cíleným působením terapeuta předem zvolenou metodou. Resocializace bývá v některých případech uskutečňována právě prostřednictvím psychoterapie.

Peseschkian se v souvislosti s psychoterapií vyjadřuje i ke vztahu výchovy a svépomoci. K tomuto uvádí následující: „*Výchova a svépomoc představují integrální součást samotné psychoterapie. Psychoterapie jako převýchova bezprostředně navazuje na to, co bylo již předem zformulováno a naučeno výchovou. Svépomoc vyžaduje od pacienta aktivní partnerství, nikoli postoj pasivního očekávání. Proto zároveň představuje metodu prevence, je tedy součástí preventivní medicíny a psychohygieny a nadto tvoří podstatnou složku psychoterapeutického postupu.*“ (Peseschkian, 2000, s. 16).

3.2 Základní dělení psychoterapie

Z dříve uvedeného vymezení bylo možno učinit závěr, že psychoterapie zahrnuje množství prostředků a postupů, které vedou k naplnění jejího cíle. Pro lepší orientaci v problematice psychoterapie tak bývají používána její různá členění, k čemuž slouží různá klasifikační kritéria. V rámci této části kapitoly budou zmíněny taxonomie psychoterapie podle druhů, forem a směrů.

3.2.1 Druhy psychoterapie

V odborné literatuře je možno se setkat s několika dichotomickými členěními, jež vystihují kontrastní možnosti psychoterapeutického přístupu. Tato členění bývají označována jako druhy psychoterapie. V závislosti na míře terapeutovy direktivnosti je možno psychoterapii rozdělit na (Kratochvíl, 2006, s. 15):

- **Direktivní** – v tomto případě terapeut působí na pacienta přímým usměřováním jeho myšlení, postojů a chování. Udílí mu příkazy a poskytuje rady, přičemž současně vyžaduje splnění určitých úkolů.
- **Nedirektivní** – zde terapeut prostřednictvím svého neutrálního postoje podněcuje pacienta ke slovní, emoční, nebo činnostní produkci, kdy současně navozuje příznivou atmosféru.

Podle kritéria zaměření je možno psychoterapii členit následovně (Kratochvíl, 2006, s. 15 a 16):

- **Symptomatickou** – v centru její pozornosti je chorobný příznak.
- **Kauzální** – je zaměřena na ovlivnění (tj. identifikaci a odstranění) příčiny.

V závislosti na účelu léčby lze rozlišovat psychoterapii (Kratochvíl, 2006, s. 16):

- **Podpůrnou** – tato neusiluje o změnu chování a vlastností osobnosti daného jedince, nýbrž mu poskytuje porozumění, podporu a pomoc. Je tak zaměřena na zdůrazňování pozitivních rysů jeho osobnosti.
- **Rekonstrukční** – vyznačuje se snahou o přestavbu struktury osobnosti, přičemž závažně zasahuje do postojů, motivací a hodnotového systému dotčeného jedince.

3.2.2 Formy psychoterapie

Psychoterapii je možné členit v závislosti na prostředí, ve kterém je léčba realizována, dále podle počtu pacientů či terapeutů, místa pobytu mimo dobu uskutečňování psychoterapie, institucionálního nebo provozního začlenění, časového rozvržení psychoterapie apod. Takovéto rozdělení psychoterapie bývá v odborné literatuře označován jakožto formy psychoterapie. Z pohledu problematiky řešené v této práci je nejvíce relevantní dělení psychoterapie z hlediska objektu (počtu pacientů, klientů).

Z pohledu objektu léčby je možno se v odborné literatuře setkat se dvěma základními přístupy, přičemž u prvního stojí v centru pozornosti jedinec, druhý je zaměřen na systém, kterým je obvykle rodina. Z tohoto pohledu může jedincova léčba být realizována ve formě individuální terapie, skupinové terapie či terapie v rámci léčebného společenství (Vavrda In: Vymětal, 2004, s. 65 až 67).

Další členění je založeno na uspořádání mající souvislost s počtem a vztahem pacientů, kteří se zároveň účastní terapie. Z tohoto hlediska je možno rozlišovat individuální psychoterapii, hromadnou psychoterapii, skupinovou psychoterapii a rodinnou (ev. manželskou) psychoterapii (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000, s. 33).

U Kratochvíla je možné se setkat s poněkud modifikovaným dělením. Působení individuální psychoterapie je zaměřeno na jednotlivce. Při hromadné psychoterapii je zase psychoterapeutem stanovován postup, jehož prostřednictvím tento za využití vhodných metod individuální psychoterapie působí na více pacientů naráz. Při skupinové psychoterapii je psychoterapeutem využívána dynamika vztahů (Kratochvíl, 2006, s. 16).

Individuální psychoterapie. Individuální terapie představuje setkání, jehož se obvykle účastní jen terapeut a pacient. Výjimečně, pokud to vyžadují okolnosti konkrétního případu, mohou být terapii přítomny i významné osobnosti pacientova života. U nedospělých jedinců může být přínosem, když jsou terapii přítomni jejich rodiče. V některých případech tvoří nedílnou součást terapie pohyb, činnostní terapie nebo hra (Vavrda In: Vymětal, 2004, s. 68).

Skupinová psychoterapie. Je možno se setkat s několika různými pojetími skupinové terapie. Kratochvíl k vymezení skupinové teorie konstatuje, že se jedná o „... *postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem.*“ (Kratochvíl, 1995, s. 14). Podle jiného vymezení, které akcentuje podmínky realizace skupinové psychoterapie, je „*skupinová psychoterapie*

... tradičním označením pro psychoterapii prováděnou v uměle vytvořených skupinách pacientů. Ustupuje význam individuálních vztahů a hlavním nástrojem léčby se stává dynamika a vývoj intenzivních vztahů mezi členy skupiny navzájem.“ (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000, s. 34).

Pod pojem skupinové terapie spadají dva odlišné přístupy, kterými jsou terapie skupiny a terapie ve skupině. Terapie ve skupině je typická léčbou pacientů, kteří se sice společně setkávají za účelem terapie, avšak jinak jsou v zásadě léčeni jakožto samostatní jedinci. Dalším lidem zde připadá role pomocníků (např. při psychodramatu). V případě terapie skupiny si terapeut klade za cíl podporovat a rozvíjet hladce plynoucí kooperaci a komunikaci v rámci skupiny. Velmi důležité je zde porozumět vlivům, které mají vliv na utváření dobrého skupinového klimatu. Nežádka bývá přítomna patologie jednotlivců, která se za určitých okolností může přeměnit v patologii celé skupiny. Rozvinutí patologie skupiny, procesy a mechanismy, jichž využívá k jejich zvládnutí, stejně jako vývoj směrem k jejímu zdraví, bývá označován pojmem „skupinová dynamika“. V tomto ohledu je úkolem psychoterapeuta eliminovat překážky, které brání efektivní komunikaci, jakož i nalézt účinné prostředky ke zvládnutí a zmírnění napětí vyskytujícího se ve skupině (Vavřda In: Vymětal, 2004, s. 69).

Na léčbu pacientů (klientů) má vliv řada faktorů, jež je možno využít k terapeutickému působení. K takovým faktorům náleží dodávání naděje, univerzalita, předání informací, altruismus, korektivní rekapitulace primární rodiny, rozvoj socializace (komunikace), napodobující chování, interpersonální chování, skupinová soudružnost, katarze a existenciální faktory. Vztah těchto faktorů je dialektický, což znamená, že se navzájem ovlivňují (tj. jsou na sobě navzájem závislé), hranice je vymezující je pouze umělá a kterýkoliv z nich nefunguje sám o sobě (Yalom, Leszcz, 2007, s. 14).

Léčebné společenství (nebo též „terapeutická komunita“). Forma léčebného společenství je využívána hlavně pro léčbu pacientů, u nichž byly indikovány závažnější potíže, především pak poruchy osobnosti. V porovnání se zdravotnickými zařízeními zde existuje málo strukturovaná situace. Akcent je zde kladen především na emoční výměny probíhající ve společenství, na dění v něm, na způsob a průběh vzniku vztahů mezi pacienty apod. (Vavřda In: Vymětal, 2004, s. 70). „*Léčebné společenství je pro psychoterapii strukturou vyššího řádu, která dodává jejím základním formám novou kvalitu jejich zasazením do reálného života pacientů v institucionálním prostředí léčebného zařízení.*“ (Langmeier, Balcar,

Špitz, 2000, s. 35). S ohledem na specifický charakter jejího působení se pro její označení jeví jako vhodnější výraz „socioterapie“.

V porovnání s ambulantní skupinovou psychoterapií se skupinová psychoterapie v terapeutické komunitě vyznačuje dvěma výhodami (Kratochvíl, 1979, s. 54):

- sezení lze uskutečňovat s vyšší frekvencí, de facto denně, čímž se zvyšuje intenzita i kontinuita terapeutického působení;
- využívá materiálu ze společného života, společné činnosti – v případě ambulantní terapie jsou pacienti odkázáni pouze na to, co si o sobě navzájem sdělí, poněvadž nemají možnost se pozorovat při vyrovnávání se a zvládání nejrůznějších situací.

3.2.3 Směry v současné psychoterapii

Při klasifikaci směrů v současné psychoterapii se nelze vyhnout určité zjednodušující schematizaci, která je však pro snazší orientaci a určité zpřehlednění nezbytná. Základní teoretické přístupy v psychoterapii zahrnují terapii hlubinnou, dynamickou, rogersovskou, behaviorální, kognitivní a komunikační psychoterapii, Gestalt terapii, existenciální a humanistickou terapii, jiné přístupy, eklektická a integrativní pojetí.

Shora uvedená pojetí je možno při určité míře zjednodušení rozčlenit do tří různých orientací, kterými jsou níže uvedené (Kratochvíl, 2006, s. 19):

- Dynamická (nebo též hlubinná) orientace – její pozornost je zaměřena na vliv dřívějších zážitků a nevědomých procesů na aktuální problémy a potíže. Sem mimo jiné spadá i psychoanalýza.
- Kognitivně-behaviorální psychoterapie – prostředkem k překonání stávajících potíží zde je nácvik žádoucího chování a myšlení. V rámci těchto orientací jsou uplatňovány přístupy, které aplikují poznatky z experimentální, sociální a obecné psychologie, především pak z teorie učení.
- Humanistická – jejím předmětem jsou sebeuskutečňování, kultivace vnitřního prožívání a naplňování životního smyslu. Jejimi teoretickými základy jsou fenomenologická a existenciální antropologie.

U Vymětala se lze setkat s jinou diferenciací nynějších směrů v psychoterapii. Zmíněný autor uvádí, že v současné psychoterapii existují následující základní proudy: psychoterapie humanistická, hlubinná a behaviorální, dále přístup sugestivní a hypnoterapeutický,

postupy relaxační a psychofyziologické, pojetí systémové a komunikační, psychoterapie transpersonální a konečně i integrativní a obecné pojetí (Vymětal, 2010, s. 36 a 37).

V Evropě je možno za nejvlivnější přístupy v psychoterapii považovat ty, které jsou samostatně zastoupeny v Evropské asociaci pro psychoterapii (EAP; angl. *European Association for Psychotherapy*). Veškeré tyto přístupy jsou rozpracovávány v rámci vlastních institutů a nezdá se, aby vydávaly i vlastní periodika. V porovnání se stavem v USA je evropská psychoterapie zřetelně diferencována podle jednotlivých tradičních směrů. V USA se naopak proti tomu převážná část představitelů psychoterapie hlásí k integrativnímu hnutí, které si klade za cíl poskytovat psychoterapii, která je maximálně individualizovaná potřebám daného klienta (Vybíral, Roubal a kol., 2010, s. 33).

3.3 Skupinová psychoterapie

Skupinové (kolektivní) formy práce v převýchovném procesu se inspirovaly novými metodami, které vycházejí zvláště z psychoterapie. Zmíněné formy práce jsou základem pro práci ve veškerých psychoterapeutických a psychokorektivních zařízeních, mezi něž spadá i Věznice Kuřim, v níž byla realizována empirická část této práce. V dalším výkladu jsou zmiňovány obecně známé prostředky, pravidla, způsoby a klasifikace jednotlivých dílčích systémových prvků, jež působí během práce ve skupině.

Štúrová a Danešová uvádějí, že za hlavní prostředky terapeutické změny je zapotřebí považovat (1982):

- Náhled – tento je možno uskutečňovat ve třech relativně samostatných rovinách:
 - náhled I – rozumí se jím uvědomění si toho, jaký vliv mají psychogenní faktory, tenzní a konfliktové situace na vznik a přetrvání charakterových nedostatků a poruch chování;
 - náhled II – jedná se o náhled na vlastní podíl v existujících problémech, přičemž vyjadřuje pochopení toho, jakým způsobem se jedinec svými vlastnostmi, postoji a chováním podílí na vzniku konfliktních situací, jak si je sám spoluvytváří, jakož i uvědomění si toho, jak by bylo možné se problémovému chování vyvarovat změnou jeho postojů a chování;
 - náhled III – znamená náhled na hlubší nevědomé kořeny vlastních postojů, citů a chování, stejně tak jako jde o uvědomění si příčin potlačených přání a konfliktů z dětství, a v neposlední řadě i důsledků psychotraumat prožitých

ve vzdálenější minulosti, plynoucích z emočních vazeb v dětství, ze vztahu k rodičům a z nesprávných zážitků v minulosti;

- Prožitek – pod tímto pojmem je třeba si představit zapojení emotivity v průběhu terapeutického procesu. Prožitek zahrnuje níže uvedené složky:
 - abreakce – značí projevení vlastních problémů, konfliktů a traumat s odpovídajícím citovým nábojem, možnost nebrzděného vyjádření lítosti, zlosti či dalších emocí, které jedinec potlačuje;
 - emoční podpora – jedná se o prožitek, který souvisí s dojmem jedince, že je akceptován, přijímán a chápán ostatními, a nabytým pocitem empatického porozumění, vřelosti, sounáležitosti a bezpečí;
 - emoční korekce – jde o citový prožitek skutečnosti, že se lidé mohou chovat odlišně od toho, jak by jedinec na základě nesprávných generalizací z dřívějších předpokládal;
- Návčik – je možno jej vymezit jako opakované provádění postupných cvičení, která jsou uskutečňována za účelem naučení se a upevnění nových žádoucích reakcí na straně jedné a odstranění reakcí nežádoucích na straně druhé. Návčik sestává z níže uvedených složek:
 - návčik účelného chování v interpersonálních vztazích – za účelné chování je možno považovat takové, jež je v dostatečné míře adaptivní i sebeprosazující, a směřuje ke konstruktivnímu řešení konfliktů;
 - návčik relaxace – má formu autogenního tréninku;
 - návčik se zaměřením na přímé odstraňování symptomů – může jít např. o trénink vůle, fyzický trénink aj.

Dominantním nositelem terapeutické změny je skupina (Kratochvíl, 1995). V rámci terapeutické skupiny dochází k modelování reálných interpersonálních vztahů, čímž je umožňována i projekce. Psychoterapeutická skupina představuje zároveň i model jiných ideálnějších vztahů, čímž umožňuje také korekci. Za účelem podpory náhledu, emočního prožitku i návčiku nových forem chování jsou využívány takové prostředky, jakými jsou psychodrama, psychogymnastika, kresby, zpěv, specifická cvičení, pracovní terapie celodenního programu, dynamika skupiny a skupinová diskuse. Přínosem posledního uvedeného prostředku – skupinové diskuse – je to, že poskytuje jedinci zpětnou vazbu ze strany

dalších členů skupiny. Ta je přitom vedena tím způsobem, aby docházelo k vytváření skupinové tenze, avšak zároveň i tak, aby tato tenze byla vyvažována skupinovou kohezí (soudržností).

Při organizaci skupinové práce jsou zohledňovány potřeby režimu a systém výchovného zařízení. Zároveň musí i respektovat zákonitosti skupinové práce (např. konání schůzek skupiny v témže časovém termínu a v týchž prostorách). V případě, že je ze strany jedince skupinová atmosféra odmítána a toto odmítání se jeví jako přechodného charakteru, eventuálně i v případě výskytu neurotických reakcí, lze přistoupit ke kombinaci skupinové a jiné formy práce s prací individuální.

V průběhu sezení by mělo být seskupení uspořádáno do malého kroužku. Doporučuje se neorganizovat zasedací pořádek seskupení, který by měl být ponechán na spontánnosti účastníků sezení, a sice již jen z důvodu jeho diagnostického významu, respektive významu sociometrického. Seskupení účastníků by mělo umožňovat, aby terapeut i členové skupiny měli jednak přehled o všech účastnících sezení, jednak možnost vstupu do interakce tváří v tvář. K požadavkům na prostory, v nichž se sezení koná, je možno uvést, že tyto by měly poskytovat dostatečné místo k realizaci náročnějších akcí, které jsou během sezení plánovány (např. dostatečný prostor pro psychodramatické přehrávání situací apod.).

V průběhu sezení se svěřenci ve skupině učí porozumět sami sobě a tím i zprostředkovaně dalším lidem. Svěřenci se zároveň snaží dopátrat příčin toho, co je mrzí či trápí. Během skupinových sezení se probírají taková témata jako např. vzájemné sympatie, přátelství, zklamání apod. V ústavech platí pro skupiny některá pravidla. Tato je možno formulovat do následujících tezí (Štúrová, Danešová, 1982):

- ve skupině nikoho neodsuzujeme a netrestáme, máme snahu se dotazovat na to, „proč se člověk určitým způsobem zachoval“ a „co jej k tomu vedlo“;
- mluvíme otevřeně, přičemž kdo lže, činí tak na vlastní riziko; postupujeme podle hesla „dej a ber“;
- ze skupiny se nic nevynáší a cokoliv se na skupině přihodí, stává se skupinovým tajemstvím, jež nelze porušit.

Velký význam pro průběh a výsledek sezení konaných v rámci skupinové psychoterapie má skupinová dynamika. Uvedený pojem, který spadá do oblasti sociální psychologie, byl zaveden Kurtem Lewinem. Tento badatel založil společně se svými spolupracovníky stejnojmenný

výzkumný program v oblasti malých skupin, předmětem jehož zkoumání byla především organizace skupinového života ve vztahu k výkonnosti skupiny, problematika vůdcovství a struktury skupin a v neposlední řadě i otázky skupinových konfliktů. Pojem „skupinová dynamika“ lze vymezit jakožto souhrn komplexních a vzájemných sil a protisil, které působí ve společném sociálním prostředí, tj. ve skupině. Tato dynamika je ovlivňována veškerým děním ve skupině, její strukturou, pozicemi a rolemi, cíli a normami, vývojem skupinových vztahů i vývojem skupiny jako celku. Jakákoliv skupina se vyznačuje dynamikou. V opačném případě by se nemohlo jednat o skupinu (Kožnar, 1985).

Skupinová dynamika má velmi úzkou vazbu se skupinovou terapií, která bez ní není vůbec myslitelná. Odehrává se v průběhu jakéhokoliv sezení a představuje tak integrální součást terapeutické aktivity. Skupinová dynamika je v psychoterapii využívána k zajištění sebeprojevení každého jednotlivého člena terapeutické skupiny, stejně jako a k získání zpětných vazeb od ostatních členů skupiny. Smyslem využívání skupinové dynamiky je dosažení vzhledu do zákonitostí interpersonálních vztahů a zároveň i prožití korektivních emocionálních zkušeností. Struktura skupiny je přitom tvořena diferenciovaným systémem pozic a rolí ve skupině, jenž je odvozen od vztahů mezi členy skupiny. Ve skupině se jednotlivé pozice uspořádávají vzestupně v závislosti na statutu, moci a oblíbenosti.

Skupinové normy jsou souborem psaných i nepsaných pravidel a zásad, co je správné a nesprávné, eventuálně žádoucí či nežádoucí v dané skupině. Těmito normami jsou vymezována práva a povinnosti členů této skupiny, jakož i akceptovatelné způsoby chování ve skupině, popřípadě i mimo ni. Prostřednictvím skupinových norem jsou ovlivňovány postoje a chování členů ve skupině a v některých případech i mimo ni. Vztah členů skupiny k normám vcelku spolehlivě vypovídá o atraktivnosti dané skupiny – ve všeobecnosti totiž platí, že čím více je pro své členy skupina přitažlivější a atraktivnější, tím spíše její členové akceptují její normy.

Se stoupající jednotností a kompaktností skupiny se zvyšuje tlak skupiny na jedince v tom směru, aby dodržoval skupinové normy. Je však zapotřebí si uvědomit, že reakce každého jedince mají svůj základ v předchozích osobních zkušenostech, a proto jedinec nezřídka nereaguje v závislosti na situaci, nýbrž podle toho, jak danou situaci sám předem vidí a jakým způsobem si tuto situaci interpretuje. Tím ovšem své sociální okolí provokuje skutečně k takovému chování, jež očekává, a tímto mechanismem dochází k utužení anticipací, se kterými daný jedinec vstupuje do sociální situace. Popsaným způsobem dotčený jedinec ve svých aktuálních vztazích reprodukuje své dřívější vztahy do nových situací, vná-

ší vlastní předchozí zkušenosti a dřívější anticipace, jejichž základem jsou generalizace. Tyto generalizace se následně fixují nebo mění, a to v závislosti na reakcích sociálního okolí (Kožnar, 1985).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CHARAKTERISTIKA VĚZNICE KUŘIM A SPECIALIZOVANÉHO ODDĚLENÍ PRO SEXUÁLNÍ DEVIANTY

Pro účely provedení výzkumného šetření byla vybrána Věznice Kuřim. Toto zařízení bylo vybráno z toho důvodu, neboť je zde realizováno specializované zacházení se sexuálními devianty. Toto zacházení se zde děje již během výkonu trestu odnětí svobody, přičemž zde funguje část ústavního léčení, během něhož jsou adekvátní měrou využívány psychoterapeutické metody. Pro takové působení na odsouzené ve Věznici Kuřim je vyhrazeno specializované pracoviště, které je označováno jako speciální oddělení pro sexuální delikventy (ve zkratce SONO).

Stejně jako činnost celé věznice, i činnost oddělení SONO vychází zejména ze zákona č. 169/99 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o VTOS“) a dále pak z Vyhlášky Ministerstva spravedlnosti č. 345/1999 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „řád VTOS“).

V zákoně o VTOS je relevantní především ustanovení § 57, které se týká výkonu ochranného léčení. Z uvedeného ustanovení přitom vyplývá, že uložené ochranné léčení je možno vykonávat již během výkonu trestu odnětí svobody (dále též „výkon trestu“). Jak vyplývá z ustanovení § 57 odst. 2 zákona o VTOS, započíná se s výkonem ochranného léčení uloženého ve formě ambulantní zdravotní péče za předpokladu, že to umožňuje výměna uloženého trestu či jeho zbytku, bezprostředně po nástupu výkonu trestu. Ustanovení § 57 odst. 3 zákona o VTOS pak ukládá příslušné věznicím, kam odsouzený výkon trestu nastoupil, za povinnost, aby v případě, že nebylo soudem uložené ochranné léčení v ústavní formě, jež bylo uloženo vedle výkonu trestu, vykonáno před nástupem výkonu trestu, a s ohledem na kapacitu věznice lze takové léčení v podmínkách výkonu trestu provádět, učinila opatření nezbytná k tomu, aby bylo s výkonem takového ochranného léčení započato co nejdříve po nástupu výkonu trestu. V dalších odstavcích zmiňovaného ustanovení zákona o VTOS jsou zakotveny varianty postupu pro případy, kdy není výkon ochranného léčení v ústavní formě vedle výkonu trestu realizován vůbec či tento nebyl ukončen.

V řádu VTOS je výkon ochranného léčení během výkonu trestu upraven ustanovením § 99 a § 100. Zde je zejména zakotveno, že ochranné léčení v ústavní formě je vykonáváno ve specializovaných odděleních věznic, která jsou zřízena generálním ředitelem Vězeňské služby. Vzhledem k určitým specifikům zde umístěných vězňů řád VTOS stanovuje, že jak

vnitřní řád, tak i obsah a formy aplikovaných programů zacházení musejí zásadně zohledňovat zdravotní stav odsouzených, jakož i léčebný režim ochranného léčení. Jak je zřejmé z ustanovení § 100 odst. 1 řádu VTOS, ochranné léčení v ambulantní formě je zajišťováno poradnami zřízenými ve věznicích určených generálním ředitelem Vězeňské služby.

K Věznici Kuřim je možno uvést, že se jedná o věznici s ostrahou. Ubytovací kapacita této věznice je stanovena na počet 452 odsouzených. Z uvedeného počtu je vyhrazeno 54 míst pro kapacity specializovaného pracoviště SONO. V minulosti se Věznice Kuřim potýkala s problémem přeplněnosti. Tento problém se poněkud zlepšil na počátku roku 2013, kdy Věznici Kuřim v důsledku prezidentské amnestie opustilo 90 vězňů (<http://www.ceskatelevize.cz/zpravodajstvi-brno/zpravy/209476-amnestovani-na-jihu-moravy-proudi-na-urady-prace/>).

Zkušenosti z praxe poukazují na skutečnost, že efektivní je započítí specifické práce s odsouzenými (včetně zahájení ochranné léčby) alespoň jeden rok před propuštěním z trestu nebo před termínem podmíněného propuštění, nejdéle však dva roky před takovým termínem. Po delší dobu trvající pobyt na oddělení SONO již není efektivní, poněvadž po uplynutí doby dvou let se výrazně vytrácí motivace odsouzených (Jirku, Macků, 2008, s. 15). Účel zařízení SONO je objasněn v následující části této kapitoly.

4.1 Oddělení SONO

Specializované oddělení pro odsouzené za sexuálně motivovaný trestný čin s nařízenou ochrannou sexuologickou léčbou ústavní (eventuálně ambulantní) bylo ve Věznici Kuřim otevřeno v měsíci březnu 1998. Profilované specializované oddělení bylo zřízeno za tím účelem, aby bylo dosaženo co nevyšší účelnosti a smysluplnosti výkonu trestu odnětí svobody u odsouzených, kteří spáchali sexuální delikt v důsledku svých osobnostně determinovaných odlišných sexuálních preferencí, čili v důsledku sexuální deviace. Toto oddělení bylo zřízeno na základě poznatku, že u takových odsouzených pouze samotný výkon trestu v zásadě nijak pozitivně neovlivňuje riziko možné recidivy sexuálně motivované trestné činnosti. Další důvod ke zřízení tohoto oddělení tkvěl ve snaze snížit celkovou nákladovost péče o tyto klienty. Tohoto cíle mělo být dosaženo souběhem nařízeného ochranného léčení s výkonem trestu odnětí svobody, respektive zahájením ochranné léčby již v průběhu výkonu trestu. Tím se podařilo výrazně zkrátit následnou dobu pobytu klienta v civilních léčebnách poté, kdy byl propuštěn z výkonu trestu odnětí svobody.

Jak bylo uvedeno již dříve, odsouzený má možnost zahájit nařízenou ústavní ochrannou léčbu již v průběhu výkonu trestu. Dokončení ústavní ochranné léčby a její následná přeměna na formu ambulantní však probíhá až v civilním zařízení. Nemožnost přeměny ústavní formy ochranného léčení na formu ambulantní už v průběhu výkonu trestu je dána skutečností, že stávající legislativní podmínky neumožňují v průběhu výkonu trestu odnětí svobody provést tzv. ověřovací fázi léčby. Její podstatou je postupné propouštění jedince do jeho původního prostředí, přičemž tuto fázi léčby je možno z logiky věci provést až v civilním zařízení.

Koncepce činnosti specializovaného oddělení ve Věznici Kuřim je založena na bázi standardů léčebné péče ve specializovaných sexuologických pavilonech civilních psychiatrických léčeben, přičemž je však v nezbytné míře modifikována pro vězeňské podmínky. Odsouzený, který je umístěn na toto specializované oddělení, souběžně vykonává nepodmíněný trest odnětí svobody se zařazením ve věznici s ostrahou, kdy je mu současně umožněno podrobit se speciálnímu terapeutickému zacházení v podmínkách režimové léčby. Pobyt odsouzeného na tomto oddělení si klade za cíl úspěšně a bezproblémově absolvovat uložený trest při současném zahájení úvodní části ochranné ústavní sexuologické léčby, která zahrnuje tzv. náhledovou fázi a v době alespoň půl roku před propuštěním i medikaci. Pro zařazení do specializovaného vězeňského oddělení musí být splněna tři kritéria. Prvním kritériem je nařízení výkonu ochranného sexuologického léčení příslušným soudem, druhým kritériem je souhlas odsouzeného se zařazením do speciálního programu zacházení a konečně třetí podmínkou je trvalý pobyt odsouzeného na území České republiky.

Podstatou léčby na oddělení SONO je terapeutické ovlivňování jedince, jež je především zaměřeno na změnu jeho postojů a způsobů jednání. V průběhu první etapy je jedinec veden k tomu, aby si vytvořil náhled na vlastní problematiku léčby. V rámci této etapy je rovněž odsouzený motivován k terapii. Léčba je zahajována lékařským vyšetřením, které představuje pro tuto léčbu výchozí odborný podklad. Zmíněné vstupní lékařské vyšetření je prováděno lékařem – specialistou s atestací z psychiatrie a sexuologie. Pro Věznici Kuřim, toto vstupní vyšetření provádí na smluvním základě lékaři ze sexuologického oddělení Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně, které vedou MUDr. Růžena Hajnová a MUDr. Zuzana Švehláková. Vyšetřující sexuolog disponuje pravomocným rozsudkem soudu i znaleckým posudkem, jenž byl v trestní věci vypracován na odsouzeného. Vstupní vyšetření je uskutečňováno na specializovaném oddělení Věznice Kuřim, na kterém může sexuolog provádět další nezbytná vyšetření. K takovým vyšetřením náleží např. monitorování

hladiny testosteronu, jaterní testy, PPG (phaloplethysmograf¹) aj. (Jirku, Macků, 2008, s. 15).

Při pobytu na oddělení SONO je uplatňována komplexní terapie, jež spočívá především v psychoterapeutickém vedení odsouzeného. Její součástí může být za podmínky udělení souhlasu ze strany odsouzeného taktéž farmakologický útlum hormonální aktivity. Farmakologická část léčebného programu náleží zcela do kompetence lékaře – sexuologa. Tento je zároveň garantem průběhu ochranného léčení. Vedle již uvedeného se rovněž vyjadřuje k úspěšnosti průběhu léčby u konkrétních svěřených klientů. Do jeho působnosti spadá rovněž odepisování na dotazy soudů ve věci ochranné léčby a jejího průběhu. K aplikaci léků může docházet toliko na základně kvalifikovaného souhlasu odsouzeného. Z uvedeného je zřejmé, že k této aplikaci není přípustné klienty jakkoliv nutit. Odsouzenému jsou poskytovány informace o průběhu léčby, taktéž je obeznamován s podstatou své sexuální deviace a v neposlední řadě je také informován o účincích aplikovaných farmak. Sexuolog má stanoveny ordinační hodiny pravidelně jedenkrát týdně. V jeho ordinačních hodinách je k dispozici i zdravotní sestra. Přítomni jsou i psychoterapeuti (psycholog a vychovatel-terapeut).

Psychoterapeutická část léčebného programu je založena na bázi komunitního systému. S ohledem na podmínky výkonu trestu odnětí svobody jde o systém režimový, jehož součástí je dodržování veškerých stanovených povinností ze strany odsouzeného. Akcent je zde kladen především na aktivitu, osobní odpovědnost a motivaci odsouzených. Psychoterapeutická složka léčby, která probíhá pod supervizí lékaře sexuologa a externího klinického psychologa PhDr. Marcely Langové-Šindelářové, náleží do kompetence psychologa specializovaného oddělení. Při skupinové terapii je vytvářen a upevňován náhled na spáchanou trestnou činnost i na vlastní deviaci, dále na vytváření možných strategií zvládnutí deviantního puzení v krizových situacích, na posilování nedevariantních sexuálních preferencí (tam, kde to lze), a v neposlední řadě i na schopnost nahlížet na spáchanou trestnou činnost z pozice oběti, a to včetně schopnosti empatie. V odůvodněných případech je skupinová terapie doplňována terapií individuální, stejně jako podpůrnou psychoterapeutickou péčí, motivačními pohovory, odbornými konzultacemi a konečně i poradenstvím.

¹ Jedná se o přístroj, kterým je zjišťována sexuální odezva na různé podněty, většinou erotické obrázky.

Spolupracujícím odsouzeným je po splnění povinných terapeutických aktivit poskytována možnost, aby se v maximální možné míře zapojovali do zájmové činnosti. Taktéž bývají přednostně zařazováni do zaměstnání na pracovišti speciálního oddělení. Díky těmto krokům je pozitivně ovlivňováno rozhodování odsouzených v tom směru, budou-li spolupracovat na své léčbě již v průběhu výkonu trestu nebo ne. Je tomu tak totiž i z toho důvodu, neboť pracujícím odsouzenému po ukončení trestu a nástupu do léčebny vzniká nárok na nemocenskou dávku. U těch odsouzených, kteří nespolupracují na léčbě, je opakovaně řešen jejich prozatímní postoj k léčbě, kdy je jim poskytována příležitost ke změně jejich negativního postoje v průběhu výkonu trestu a k aktivnímu zapojení se do procesu léčby.

V roce 2004 došlo k rozdělení specializovaného oddělení výkonu trestu pro sexuální devianty na následující dvě části (Jirku, Macků, 2008, s. 2008, s. 15):

- část, v níž jsou ubytováni spolupracující odsouzení – zde jsou ubytováni ti odsouzení, kteří spolupracují na své léčbě, popřípadě se u nich projevuje zájem spolupracovat;
- část, v níž jsou ubytováni nespolupracující odsouzení – v této části jsou ubytováni ti odsouzení, kteří nespolupracují, nehodlají si přiznat spáchání trestného činu ani svoji deviaci, eventuálně i ti odsouzení, kteří spolupráci na léčbě odkládají až na svůj pobyt v léčebně.

4.2 Obsahové zaměření a jednotlivé činnosti na oddělení SONO

Na oddělení SONO jsou v rámci terapie realizovány různé druhy činností. Patří sem komunita, práce ve skupinách, pracovní terapie, psychoterapie, individuální terapie, zájmová činnost, speciální aktivity a lékařská činnost.

Komunita

Komunitu je možno charakterizovat coby společné setkávání veškerých odsouzených s výchovnými pracovníky. V rámci těchto setkání probíhá vzájemná komunikace a jsou zde řešeny i organizační otázky a problémy, ke kterým mají všichni klienti možnost se vyjádřit. Komunitu, která se koná vždy jednou za týden, řídí psycholog. V úvodu každé komunity probíhá pod vedením sexuologa tzv. sexuální ordinace.

Práce ve skupinách

Smyslem práce ve skupinách je trénink dovedností v souladu s cíli zacházení. Vzhledem ke svému skupinovému charakteru je založena jednak na aktivní spolupráci odsouzených, jednak na jejich interaktivní komunikaci. Náplní práce ve skupinách je pracovní terapie a psychoterapie.

Pracovní terapie záleží ve vhodném využití manuálních schopností odsouzených. Touto terapií je podněcováno estetické vnímání odsouzených a jsou u nich vybudovávány a posilovány pracovní návyky. Aktuálně z celkového počtu 52 odsouzených zařazených na oddělení SONO pracuje 35, což jsou téměř přesně dvě třetiny zde zařazených odsouzených (67,31 %). Celkem 12 odsouzených pracuje pro externí firmu zabývající se šitím zdravotní obuvi, dalších 8 odsouzených skládá pro externí firmu krabice na kolekce nebo čokoládové kalendáře, 4 odsouzení se podílejí na kompletaci dřevěných hraček opět pro externí firmu, 1 odsouzený brousí pro externí firmu kovové odlitky, 1 odsouzený dohlíží coby ekolog na odvoz tříděného odpadu ve věznici, 1 odsouzený je zařazen jako údržbář ve stolárně pro potřeby věznice a zbylých 8 odsouzených se věnuje úklidu jídelny a střežené části věznice.

Psychoterapie

Psychoterapie je vedena psychologem, kterému v jejím průběhu pomáhá vychovatel-terapeut. Je založena na podstatě kognitivně-behaviorální terapie, jež je uplatňována především u jedinců se specifickými poruchami osobnosti. U psychoterapie, jejíž podstata tkví ve změně osobní filozofie odsouzeného na racionální myšlení a reálné hodnocení skutečnosti, se předpokládá aktivní přístup terapeuta. V jejím průběhu se odsouzený motivuje k tomu, aby si uvědomil své myšlenkové pochody a osobní situace. Odsouzený se zde dostává do emočně vypjatých situací, během nichž je opětovně nucen prožívat vlastní nezdařry a negativní reakce ze strany svého okolí. Terapeut zde odsouzeného vede za využití veškerých dostupných k tomu, aby si intenzivně vyjasnil vlastní patologické zvyky a prožívání, popřípadě i k jejich narušení a odkrytí náhledu na své patologické reakce a své chování ve vztahu k sociálnímu okolí.

Individuální terapie

Individuální terapie je realizována pod dohledem psychologa a sexuologa v závislosti na potřebách odsouzeného. Bývá aplikována tehdy, pokud se u odsouzeného vyskytují komplikovanější osobnostní problémy, nebo i když není u daného odsouzeného vhodná a účinná terapie skupinová.

Zájmová činnost

Zájmová činnost odsouzených je zajišťována vychovateli, pedagogy a lektory. Tito poskytují odsouzeným možnost realizace v jimi oblíbených činnostech, a to tím, že jim umožňují zapojení se do kroužků a vhodných sportovních aktivit. U zájmové činnosti se využívá jejího pozitivního působení na odsouzené.

Speciální aktivity

K realizaci speciálních aktivit je přistupováno v návaznosti na aktuální potřeby a zájmy odsouzených, eventuálně je jimi reagováno na vyskytnuvší se jejich problémy. Ke zde realizovaným speciálním aktivitám je možno zařadit nejrůznější vzdělávací akce, dále relaxační techniky, odbourávání napětí nebo antiagresivní program.

Lékařská činnost

Speciální lékařská sexuologická činnost je zajišťována odborníky ze sexuologického oddělení Fakultní nemocnice Brno-Bohunice.

4.3 Program GREPP

V průběhu roku 2008 nabyt účinnosti Pokyn č. 1 ředitele odboru výkonu vazby a trestu Věznice Kuřim, o stanovení postupu zacházení s odsouzenými za trestné činy násilí na dětech (dále jen „Pokyn č. 1“).² Tímto pokynem je stanoven postup zacházení s těmi odsouzenými, kteří se dopustili trestných činů na dětech, a současně stanovuje způsob evidence takových odsouzených a jejich zařazování do standardizovaného reedukačního psychologického programu určeného pro tuto cílovou skupinu. Za děti jsou zde v návaznosti na trestněprávní předpisy považovány osoby do osmnácti let věku. Trestnými činy spáchanými na dětech se rozumí týrání dětí, komerční sexuální zneužívání dětí a sexuální zneužívání bez komerčního aspektu. Výše zmíněný standardizovaný psychologický program je označován jako program GREPP. Toto označení je akronymem složeným z úvodních písmen anglických slov **G**uilt (vina), **R**Eeducation (reedukační), **P**sychological (psychologický) a **P**rogram (program). Ve Věznici Kuřim je program GREPP v souladu se zadanou

² SBÍRKA POKYŇŮ ředitele odboru výkonu vazby a trestu Věznice Kuřim, květen 2008.

metodikou zahrnut do souboru standardizovaných programů využívaných při zacházení s odsouzenými na oddělení SONO od roku 2009. Ještě předtím byl program GREPP pilotně realizován ve věznicích v Novém Sedle a v Heřmanicích (<http://www.vscr.cz/veznice-nove-sedlo-81/informacni-servis-1598/aktuality-390/grepp-vychovne-vzdelavaci-program-pro-pachatele-odsouzene-za-trestne-ciny-nasili-na-detech>).

Při psychologickém posuzování odsouzených v rámci programu GREPP je uplatňován následující postup (Pokyn č. 1):

1. Psycholog v rámci provádění psychologického posouzení osob, které byly odsouzeny pro spáchání trestných činů uvedených v následujícím bodu, zhodnotí, je-li odsouzený vhodný pro zařazení do programu GREPP a dále zjistí, zda odsouzený se zařazením do tohoto programu souhlasí. Psychologickému posouzení vhodnosti k zařazení do programu GREPP jsou podrobováni všichni odsouzení, které lze podřadit pod podmínky uvedené v následujícím bodu.
2. Kritériem pro zařazení do programu GREPP je spáchání dále uvedené trestné činnosti na dětech: znásilnění (§ 185), sexuální nátlak (§ 186), pohlavní zneužití (§ 187), výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií (§ 192), svádění k pohlavnímu styku (§ 202) a vražda (§ 140 vše zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, ve znění pozdějších předpisů; dále jen „trestní zákoník“), popřípadě spáchání některého z těchto jednání ve stavu nepřičetnosti, v jejímž důsledku nenastává trestní odpovědnost takového pachatele³.
3. Kontraindikací pro zařazení do programu GREPP je zjevně nízká mentální úroveň, výrazná porucha osobnosti, sklony k šikanování, sklony k opakovanému sebepoškozování a přítomnost těžké smyslové vady (např. hluchoty) u odsouzeného.
4. Svůj závěr vzešlý z posouzení a vhodnost zařazení do programu GREPP poznamená psycholog do formuláře, který je pojmenován „Psychologické posouzení“. V tomto záznamu psycholog rovněž uvede stanovisko odsouzeného k zařazení do programu GREPP.

³ Ustanovení § 26 trestního zákoníku uvádí následující: „Kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu nemohl rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně odpovědný.“

Program GREPP je možno charakterizovat jakožto vzdělávací program, jenž respektuje široké spektrum cílové skupiny, je realizován skupinově a je v jeho průběhu pracováno s prvky skupinové dynamiky. Nejde o terapeutický program, jenž by primárně využíval přístupů a metod některé ze škol uvedených v teoretické části práce, nýbrž se jedná o tzv. „program narovnání“. Smysl a cíl tohoto programu vychází z premisy, že za prvotní krok libovolného zacházení s pachateli trestné činnosti je kromě motivovanosti zapotřebí považovat vytvoření adekvátního náhledu na jimi spáchanou trestnou činnost a dále také uvědomění si, poznání a přijetí konkrétních důsledků za tuto trestnou činnost. Není-li dosaženo zmíněného základního terapeutického předpokladu, potom bývá obvykle další terapeutické zacházení s odsouzenými neefektivní.

Se zřetelem k dosud uvedenému je možno uvést, že hlavní cíl programu GREPP spočívá v poskytnutí následujících přínosů odsouzenému:

- informací o možných důsledcích a dopadech páchaní trestných činů;
- náhledu na dopady a důsledky spáchaných trestných činů, na spouštěcí mechanismy a zdroje trestné činnosti;
- návodu, jak jednat v budoucnu tak, aby bylo minimalizováno riziko recidivy trestné činnosti;
- podpory do dalších kroků a řešení situace odsouzeného prostřednictvím vytvoření nabídky situací, z nichž si sám vybere, jakým způsobem bude postupovat.

Dalším významným předpokladem pro absolvování tohoto programu je, že po něm bude práce s odsouzenými motivovanými ke spolupráci a k řešení svých problémů, navazovat v individuální či skupinové formě, přičemž tato práce bude mít více terapeutický charakter. Jinými slovy vyjádřeno, obsahem této navazující práce je práce s konkrétními problémy, jejímž cílem je dosažení terapeutické změny. Časový harmonogram programu GREPP je rozvržen do pěti týdnů. Časová struktura tohoto programu sestává z pěti týdenních bloků. Cílem časového uspořádání je dosáhnout splnění alespoň 21 hodin terapeutické práce týdně. Aby bylo dodrženo takové časové schéma, pak v první den týdne (obvykle se jedná o pondělí) je stanoveno 5 hodin, v následujících čtyřech dnech pak po 4 hodinách denně přímé práce s odsouzenými. Podle plánu je na dopoledne vyhrazeno půl hodiny na komunitní sezení a jeden a půl hodiny na edukativní činnost. Rozpis dne zahrnuje v odpoledních hodinách skupinovou činnost o délce 1,5 hodiny. V závěru dne je jedna hodina plánována

na rozbor dne a závěrečné zhodnocení. V rámci volného času pak odsouzení plní zadané úkoly a píší své deníky. V rámci tematického rozdělení program GREPP počítá s celkem 24 skupinovými sezeními, což obnáší 12 skupin o každém z odsouzených (sebereflexe, zpětná vazba), dále 8 skupin tzv. tematických (návčikové prvky, technika, čtení dopisů) a konečně i 4 tzv. nestrukturované skupiny (relaxace, meditace, volná témata). V průběhu programu GREPP je naplánováno celkem 17 edukativních setkání.

4.4 Praktické využívání terapie

Odsouzení vybraní k pobytu na specializovaném oddělení SONO jsou diferencováni do několika skupin podle deviací, které jsou uvedeny ve znaleckých posudcích zpracovaných na odsouzené. V tomto ohledu není podstatné, pro spáchání jakého trestného činu byli klienti odsouzeni, ani jaká je výměra jejich trestu. Aktuálně jsou odsouzení rozdělováni do dvou skupin, které jsou označeny velkými písmeny. Písmenem A je označena skupina sexuální patologické agrese, písmenem P pak skupina pedofilie. Počty odsouzených zařazených do jednotlivých těchto skupin se mění v čase v závislosti na momentální skladbě odsouzených na oddělení SONO.

Odsouzení jsou dále rozčleňováni v závislosti na své motivaci do tří níže uvedených terapeutických skupin:

- 1. skupina – odsouzení vyspělí pro terapeutickou práci a odsouzení, u kterých existuje vysoká pravděpodobnost úspěchu;
- 2. skupina – odsouzení, které se nepodařilo zcela získat pro terapeutickou práci;
- 3. skupina – odsouzení se složitou osobní pozicí – za takovou složitou osobní pozici je považován např. mentální defekt, výrazná osobní disharmonie, totální odmítání režimu, popřípadě i další záležitosti, které nejsou orientovány sexuálně.

Do Věznice Kuřim jsou zařazováni odsouzení z území celé České republiky, a to na základě vytypování, v němž je kritériem vhodnost pro léčbu při výkonu trestu nebo vyhovění vlastní žádosti odsouzeného. Po nástupu do věznice je zahajován resocializační pobyt, jenž je zároveň spojen s vykonáváním ochranné léčby. O přemístění do Věznice Kuřim a o započetí ochranné léčby je uvědomován soud, který ji nařídil.

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V rámci zpracování diplomové práce bylo provedeno taktéž výzkumné šetření mezi klienty oddělení SONO ve Věznici Kuřim. V této části práce je rozebrána metodika kvantitativně orientovaného výzkumného šetření a následně jsou analyzovány jeho výsledky, načež jsou verifikovány formulované hypotézy. V souvislosti s provedeným výzkumným šetřením je možno předeslat, že jeho provádění bylo vzhledem k prostředí, v němž bylo prováděno, poněkud složitější, neboť výkon trestu odsouzených i režim v samotné věznici je striktně upraven příslušnými právními předpisy a omezení z toho vyplývající bylo zapotřebí respektovat. Především bylo nutno zajistit souhlas ředitele Věznice Kuřim s prováděním výzkumu. Bez něj by nebylo možné jej realizovat.

5.1 Cíl výzkumného šetření, hypotézy

Cílem prováděného výzkumného šetření bylo zjistit, jaká část odsouzených, kteří jsou zařazeni na oddělení SONO, spolupracuje na své léčbě, jaké jsou pohnutky jejich spolupráce a zda u odsouzených v průběhu pobytu na tomto oddělení dochází k posunu v jejich ochotě spolupracovat na své léčbě, tedy jestli během jejich pobytu zde stoupá jejich ochota zahájit ochrannou léčbu ještě během výkonu trestu či nikoliv.

Na základě studia dané problematiky byly v průběhu přípravné fáze výzkumného šetření formulovány níže uvedené hypotézy:

Hypotéza 1: Podíl odsouzených zařazených na oddělení SONO, kteří jsou ochotni se podrobit ochranné léčbě již během výkonu trestu, činí minimálně 60 %.

Hypotéza 2: Odsouzení, kteří se podrobují na oddělení SONO ochranné léčbě již během výkonu trestu, tak činí hlavně proto, že je to pro ně spojeno s výhodami.

Hypotéza 3: Podíl odsouzených zařazených na oddělení SONO, kteří jsou ochotni se podrobit ochranné léčbě již během výkonu trestu, se v průběhu jejich pobytu zde zvyšuje.

V první uvedené hypotéze je vyjádřen předpoklad, že větší část (v hypotéze je tento pojem precizován numerickým údajem 60 %) odsouzených, kteří jsou zařazeni na oddělení SONO, je ochotna se podrobit ochranné léčbě již v průběhu výkonu trestu odnětí svobody. Tento předpoklad vychází ze skutečnosti, že podrobení se ochranné léčbě je pro odsouzené v takovém případě spojeno s některými výhodami, které jsou pro ně potenciálně atraktivní.

Z obdobného předpokladu vychází i druhá hypotéza, která predikuje převažující motivaci odsouzených k podrobení se ochranné léčbě již během výkonu trestu. Vyjádřeno jinými slovy, tato hypotéza předpokládá, že primárním cílem, který odsouzení při nástupu ochranné léčby v průběhu výkonu trestu sledují, není jejich snaha o vyléčení, nýbrž získání výhod, které jsou s touto léčbou v takovém případě spojené.

U třetí hypotézy se předpokládá, že příklad odsouzených, kteří se podrobují na oddělení SONO ochrannému léčení, může postupem času přimět i dosud nespolupracující obviněné k tomu, aby na své léčbě spolupracovali.

5.2 Použité metody

Již výše bylo uvedeno, že výzkumné šetření bylo pojato jako kvantitativně orientované. Ke sběru dat tak byla použita tradiční metoda kvantitativně orientovaných výzkumů, a sice metoda dotazování, respektive její nástroj, kterým je dotazník. V této souvislosti je zapotřebí uvést, že se nejednalo o žádný ze standardizovaných výzkumných nástrojů, nýbrž o dotazník sestavený autorem této práce pro její účely. Dotazník je možno charakterizovat jako písemné dotazování respondenta, který odpovídá na položené otázky. Tyto otázky mohou být podle možnosti odpovědi na ně trojího druhu. Jednak se může jednat o otázky uzavřené, dále otázky otevřené a konečně i otázky polouzavřené.

O otázky uzavřené se jedná v tom případě, že respondent může odpovídat na položenou otázku toliko prostřednictvím odpovědí, které jsou mu dány k dispozici. Výhodou těchto otázek je to, že se dobře vyhodnocují, poněvadž odpovědi jsou zřejmé. Navíc respondent má možnost z odpovědí vidět, na co se dotazník u dané otázky konkrétně ptá. Na druhé straně je u uzavřených otázek rizikem, že nabízené varianty odpovědí nebudou pokrývat všechny možnosti, které v daném případě mohou nastat. Vzhledem, k této okolnosti je nezbytné, aby výzkumník znal poměrně dobře zkoumanou realitu, aby se tomuto riziku vyhnul a předešel tak nežádoucímu zkreslení výsledků výzkumu.

Zcela opačná je situace u otázek otevřených, které nenabízejí respondentům žádné varianty odpovědí a je tak na nich, aby na otázku sami odpověděli podle své situace, postoje, stavu apod. Zde je riziko toho, že odpovědi nebudou zahrnovat některou z možných variant v porovnání s otázkami uzavřenými výrazně nižší. Proto je i riziko zkreslení výsledků výzkumu také nižší. U otevřených otázek jsou však kladeny daleko vyšší nároky na jejich vyhodnocování. Při použití otevřených otázek je zároveň zapotřebí zvážit, nakolik jsou

vhodné s ohledem na vyjadřovací schopnosti respondentů a jejich schopnost formulovat pokud možno stručnou a výstižnou odpověď.

Nedostatky obou předchozích typů otázek eliminují otázky polouzavřené (nebo též polootevřené), které respondentovi nabízejí výčet možných odpovědí a zároveň mu poskytují i možnost, aby se v případě potřeby k otázce vyjádřil sám (pokud navrhované odpovědi nezahrnují tu, která vystihuje jeho situaci).

Jak je zřejmé z dotazníku v příloze, který byl použit k provedení výzkumného šetření, tento zahrnoval otázky otevřené a uzavřené. V případě otevřené otázky se jednalo o otázku na věk, kterou bylo možno vyhodnocovat bez problémů. Ostatní otázky tak byly uzavřené a jejich vyhodnocování nečinilo větších problémů.

Vzhledem k režimu, který je ve Věznici Kuřim, byla distribuce dotazníků mezi odsouzené zařazené na oddělení SONO zajištěna prostřednictvím tazatelů z řad pracovníků věznice. Tito byli seznámeni jednak s cílem prováděného výzkumného šetření, jednak s distribuovaným dotazníkem, a to tak, aby byli schopni reagovat na případné dotazy odsouzených-respondentů. Díky spolupráce s tazateli bylo možno taktéž provést se třemi odsouzenými předvýzkum (tzv. pilotáž), v jehož průběhu byla ověřována formulace otázek v navrženém dotazníku, jakož i kompletnost nabízených odpovědí. Pilotáž proběhla ve druhé polovině měsíce ledna 2014, samotný sběr dat pak během měsíce února 2014.

Při vyhodnocování četnosti jednotlivých odpovědí bylo použito tabulkového procesoru Microsoft Excel, který umožnil dosažené výsledky vyhodnotit jak z hlediska absolutních četností, tak i z hlediska četností relativních (tj. četnosti v %). Analýza a vyhodnocování dat byla provedena v první polovině měsíce března 2014.

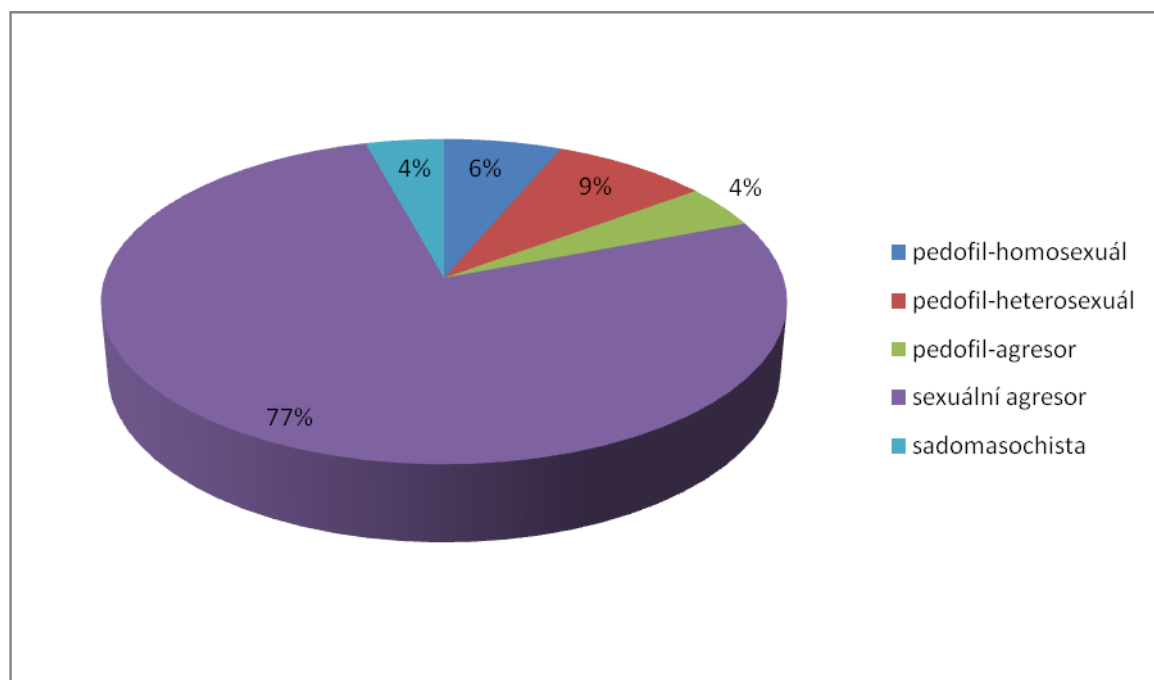
5.3 Výběrový soubor

Výběrový soubor respondentů byl složen z odsouzených zařazených do oddělení SONO Věznice Kuřim. Poněvadž se jedná o věznici, kde vykonávají trest odnětí svobody výhradně muži, je logické, že výběrový soubor byl tvořen pouze muži. Prostřednictvím tazatelů z řad proškolených zaměstnanců věznice bylo mezi ně distribuováno 52 dotazníků, z nichž se vrátilo kompletně vyplněných a vhodných ke zpracování 47. Z tohoto údaje je zřejmé, že návratnost dotazníků činila 90,04 %, což je oproti běžné návratnosti u dotazníků velmi solidní výsledek. Z tohoto údaje pak dále vyplývá, že výběrový soubor respondentů byl tvořen 47 respondenty.

První charakteristikou, která byla u respondentů zjišťována, byl jejich věk. Z údajů uvedených k příslušné otázce v dotazníku vyplynulo, že nejmladšímu z respondentů bylo 19 let, nejstaršímu pak 56 let. Průměrný věk respondentů činil 39,2 roku.

Další charakteristikou, jež byla u odsouzených-respondentů zjišťována, byl charakter jejich deviace. V tomto ohledu mohly respondentům nabídnuty následující varianty odpovědí: pedofil-homosexuál, pedofil-heterosexuál, pedofil-agresor, sexuální agresor a sadomasochista. Složení výběrového souboru podle této charakteristiky je zřejmé z grafu 1.

Graf 1 Složení výběrového souboru podle charakteru deviace

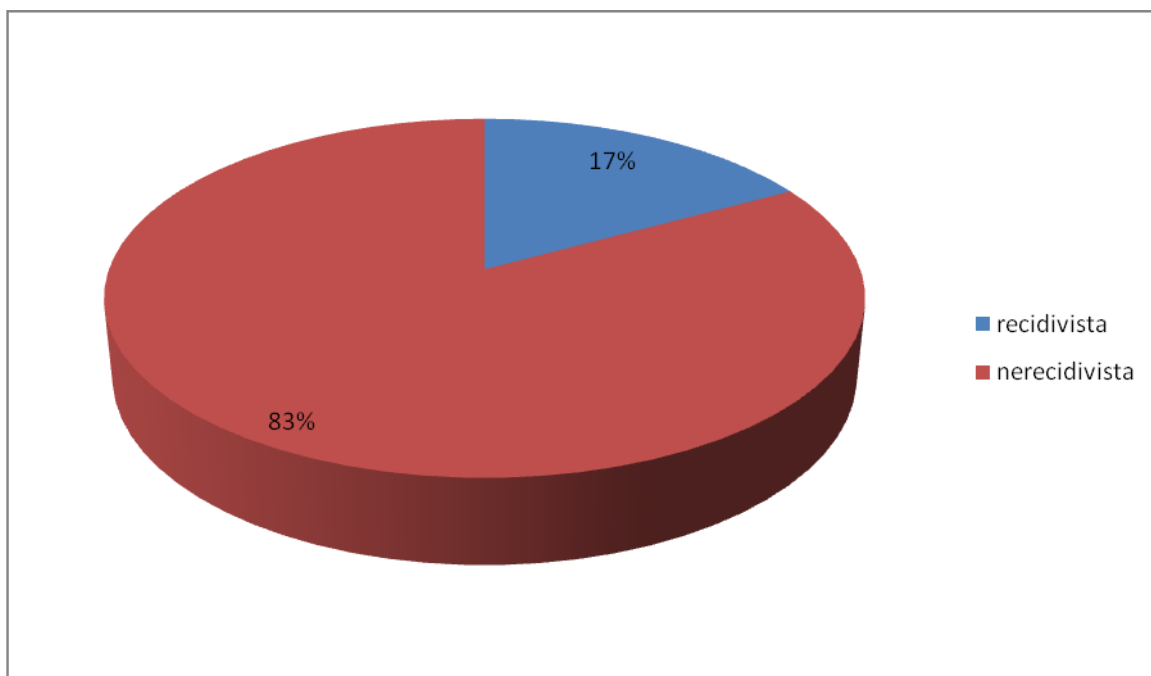


Zdroj: Vlastní zpracování

Z grafu 1 je zřejmé, že největší zastoupení mezi respondenty měli sexuální agresori, kterých bylo 36 (76,60 %). Druhou nejpočetnější skupinou byli heterosexuální pedofilové, kteří byli ve výběrovém souboru celkem čtyři (8,51 %). Homosexuální pedofilové byli ve výběrovém souboru zastoupeni třemi respondenty (6,38 %). Po dvou respondentech (shodně po 4,26 %) měli mezi respondenty pedofilové-agresori a sadomasochisté.

U respondentů bylo také zjišťováno, zda se již někdy podrobili ochrannému léčení. V případě kladné odpovědi se jedná tedy o recidivistu, u něhož předchozí ochranná léčba nevedla k nápravě jeho deviantního zaměření. V případě této otázky se jednalo o klasickou dichotomickou otázku, tedy otázku, na kterou je možno odpovědět pouze dvěma způsoby, zde prostřednictvím odpovědí „ano“ a „ne“. Jaké bylo složení výběrového souboru podle tohoto kritéria, je možné zjistit z grafu 2.

Graf 2 Složení výběrového souboru podle případné recidivy



Zdroj: Vlastní zpracování

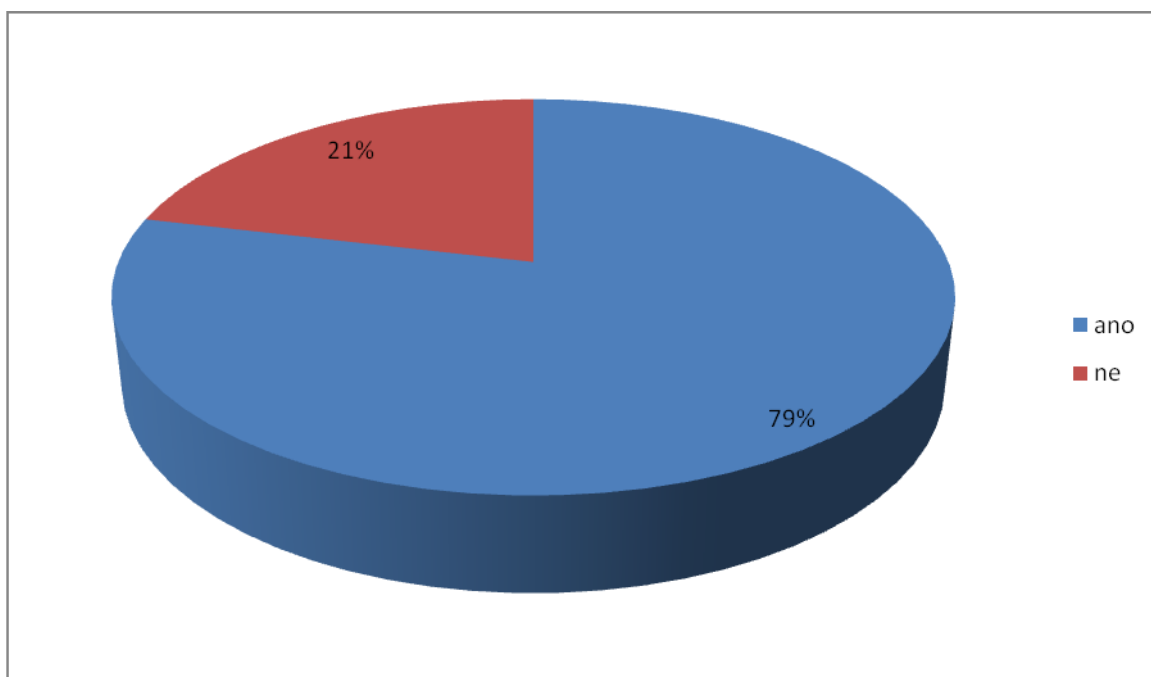
Z grafu 2 vyplývá, že recidivistů byla ve výběrovém souboru necelá jedna pětina. Konkrétně jich bylo osm, což v relativním vyjádření představuje 17,02 % všech respondentů. Zbylých 39 respondentů (82,98 %) mělo soudem nařízenou ochrannou léčbu poprvé. Mezi recidivisty měli největší zastoupení agresori, kterých bylo sedm, zbývající jeden recidivista byl pedofil. V této souvislosti je možno uvést, že ne vždy má ochranná léčba očekávaný efekt, což platí především z hlediska dlouhodobější perspektivy.

5.4 Prezentace výsledků výzkumného šetření

5.4.1 Podrobení se ochrannému léčení během výkonu trestu

Otázka č. 4 se respondentů z oddělení SONO dotazovala, zda se podrobují nařízenému ochrannému léčení již během výkonu trestu odnětí svobody. I v tomto případě se jednalo o klasickou dichotomickou otázku, na kterou bylo možno odpovědět z logiky věci buďto „ano“ či „ne“. Jednalo se přitom o otázku, která měla přímý vztah k hypotéze č. 1. Výsledky výzkumného šetření k této otázce jsou zachyceny v přehledné podobě v grafu 3.

Graf 3 Podrobení se ochrannému léčení během výkonu trestu



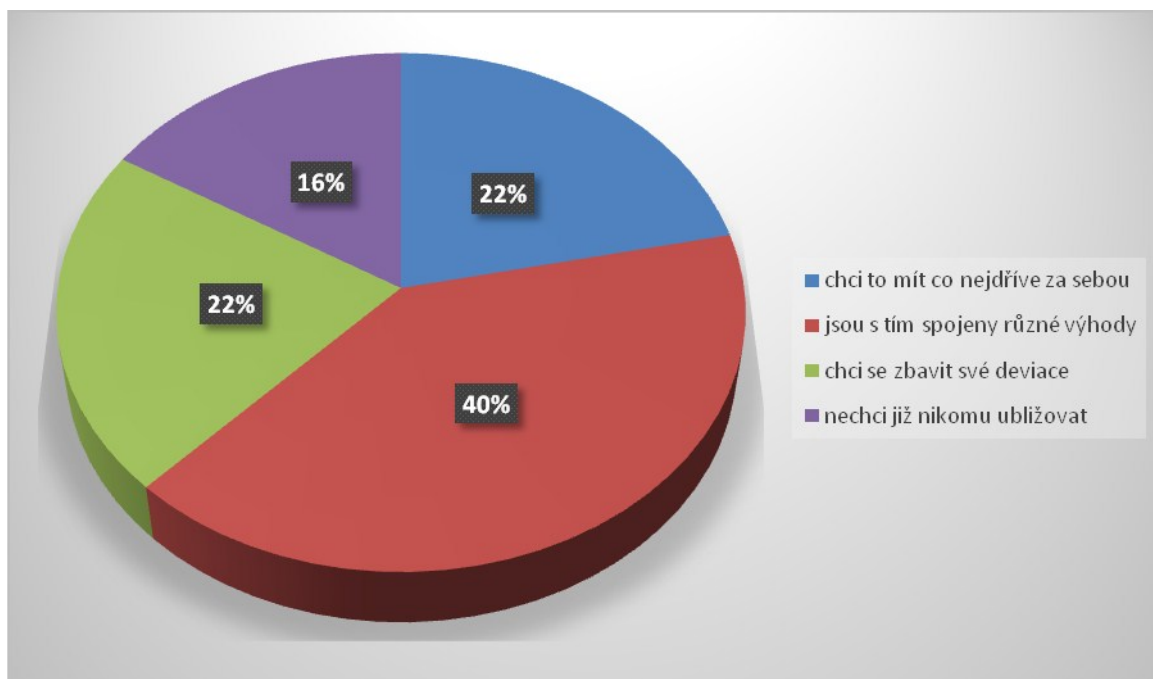
Zdroj: Vlastní zpracování

Pohled na graf 3 prozrazuje, že již během výkonu trestu se podrobují ochranné léčbě nařízené soudem téměř přesně čtyři pětiny všech dotazovaných odsouzených. Bylo jich 37 ze 47, což představuje v relativním vyjádření 78,72 % všech respondentů. Zbýlých 10 dotazovaných odsouzených z oddělení SONO (21,28 %) se doposud nařízenému ochrannému léčení nepodrobují. V této skupině je zastoupeno signifikantně více těch odsouzených, kteří se již v minulosti ochranné léčbě podrobili. Bylo jich celkem pět z uvedeného počtu.

5.4.2 Důvody respondentů k absolvování ochranné léčby již během výkonu trestu

V otázce č. 5 byli respondenti dotazováni na to, z jakého důvodu podstupují nařízenou ochranou léčbu již v průběhu výkonu trestu odnětí svobody. Jednalo se o otázku, která se přímo váže k další hypotéze, jež se vztahuje k předpokladu o motivech odsouzených k podrobování se léčbě už v průběhu výkonu trestu. Na základě výsledků pilotáže a konzultace s pracovníky věznice, kteří působí na oddělení SONO, byly respondentům k této otázce nabídnuty následující znění odpovědí: „chci to mít co nejdříve za sebou“, „jsou s tím spojeny různé výhody“, „chci se zbavit své deviace“ a „nechci již nikomu ubližovat“. Zastoupení jednotlivých těchto odpovědí u respondentů, kteří u předchozí otázky uvedli, že se podrobují nařízené ochranné léčbě již během výkonu trestu, je uvedeno v grafu 4.

Graf 4 Důvody respondentů k absolvování ochranné léčby již během výkonu trestu



Zdroj: Vlastní zpracování

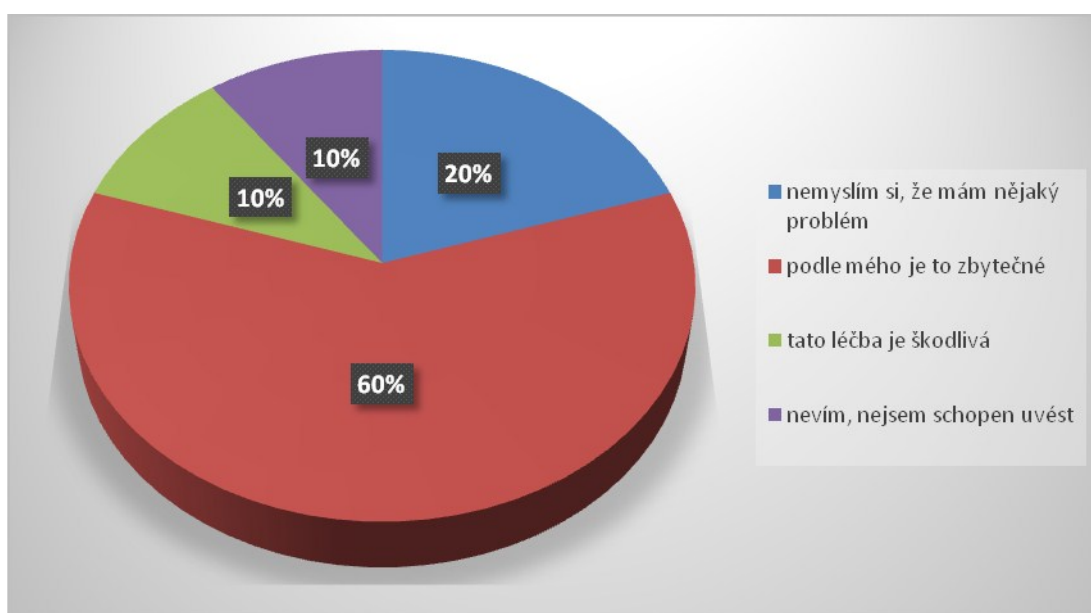
Zhruba dvě pětiny dotazovaných odsouzených deklarovalo, že absolvují ochranné léčení proto, že jsou s tím spojeny různé výhody. Těchto respondentů bylo celkem 15, což v relativním vyjádření představovalo 40,55 %. Dalších 8 respondentů (21,62 %) na stejnou otázku odpovědělo, že tak činí z toho důvodu, že chtějí mít ochrannou léčbu co nejdříve za

sebou. Dalších 8 odsouzených, kteří se zúčastnili výzkumného šetření (21,62 %), k této otázce uvedlo, že důvodem tohoto jejich kroku je to, že se chtějí zbavit své deviace. Zbylých 6 dotazovaných (16,22 %) se k ochranné léčbě odhodlalo již během výkonu trestu odnětí svobody z toho důvodu, že již nechtějí nikomu ubližovat. Zatímco se tedy respondenti, kteří na otázku č. 5 odpověděli za využití prvních dvou odpovědí, ochrannému léčení podrobují víceméně ze zjištěných důvodů, pak respondenti, kteří na tuto otázku odpověděli za využití dalších dvou odpovědí, patrně chápou, že mají problém, s nímž je nutno něco udělat.

5.4.3 Důvody respondentů k neabsolvování ochranné léčby již během výkonu trestu

Následující otázka dotazníku (otázka č. 6) naopak u respondentů zjišťovala, z jakého důvodu se nepodrobují nařízené ochranné léčbě již v průběhu výkonu trestu. I v tomto případě byly odpovědi, které mohli respondenti využít, konzultovány s pracovníky věznice, kteří působí na oddělení SONO. Na základě této konzultace nakonec vykrystalizovaly následující varianty odpovědí: „nemyslím si, že mám nějaký problém“, „podle mého je to zbytečné“, „tato léčba je škodlivá“ a „nevím, nejsem schopen uvést“. Četnost jednotlivých těchto odpovědí je zachycena v grafu 5.

Graf 5 Důvody respondentů k neabsolvování ochranné léčby již během výkonu trestu

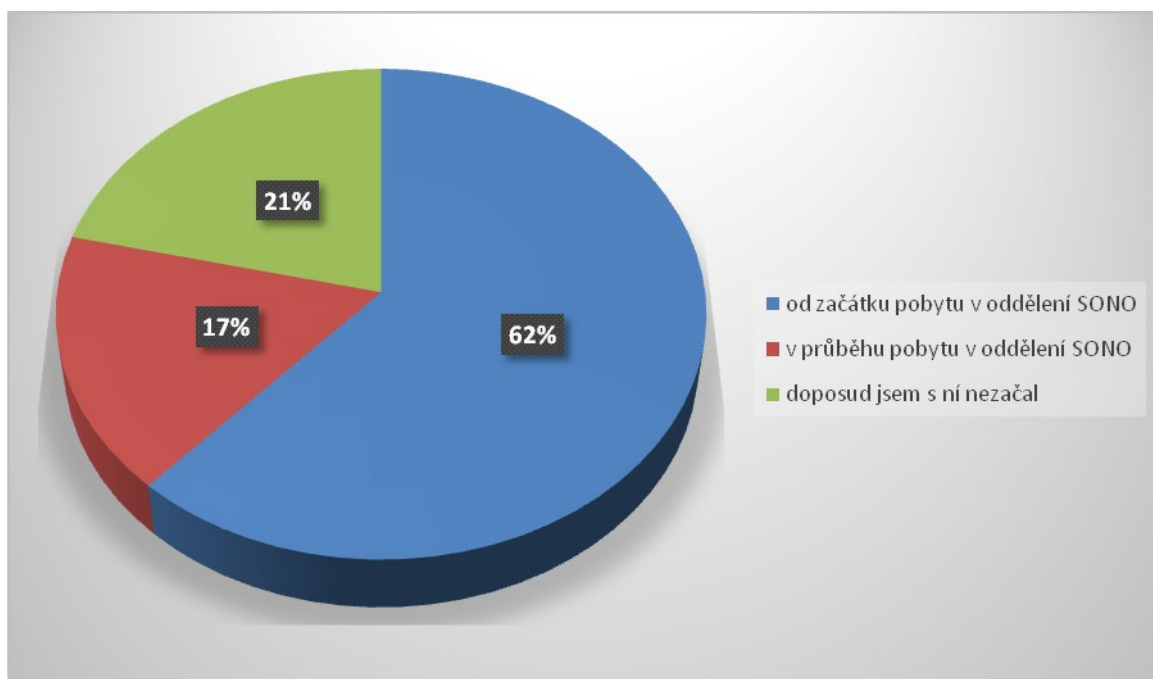


Zdroj: Vlastní zpracování

Z grafu 5 je naprosto zřejmé, že nejvíce respondentů, kteří nepodstupují ochrannou léčbu již v průběhu výkonu trestu, tak činí proto, neboť se domnívá, že tato léčba je zbytečná. Těchto respondentů bylo 6 (60 % z těch, kteří nezahájili ochrannou léčbu v průběhu výkonu trestu). Nositelem tohoto názoru byli zejména ti respondenti, kteří již v minulosti ochrannou léčbu absolvovali, avšak tato u nich nebyla úspěšná, poněvadž u nich došlo k recidivě. Je možné vyjádřit přesvědčení, že právě tito jedinci by měli být objektem působení specialistů oddělení SONO v tom směru, aby zahájili ochrannou léčbu již v průběhu výkonu trestu, poněvadž jejich negativní příklad může působit záporně na jiné odsouzené. Další dva dotazovaní (20 %) doposud nařízenou ochrannou léčbu nezahájilo z toho důvodu, neboť podle jejich názoru nemají žádný problém. U těchto respondentů bude zapotřebí působením na oddělení SONO docílit toho, aby si uvědomili, že jejich násilné chování je problémem, který by měli neprodleně řešit. Jeden z respondentů (10 %) doposud nezahájil nařízenou ochrannou léčbu z toho důvodu, neboť se domnívá, že tato léčba je škodlivá. Tohoto respondenta by bylo možno k zahájení ochranné léčby přimět tím, že by mu byla přiměřeně objasněna její podstata, kdy by tento pochopil, že ochranná léčba nijak neškodí a že v tomto ohledu podlehl nějakým nepodloženým mýtům a informacím, které nevycházejí z žádných lékařsky ověřených poznatků. Poslední z respondentů (10 %) nebyl schopen zaujmout k této odpovědi žádné vyhraněné stanovisko, neboť zatlhl odpověď znění „nevím, nejsem schopen uvést“. Lze se domnívat, že tohoto respondenta by bylo možno opakovaným vysvětlením výhod zahájení ochranné léčby již v průběhu výkonu trestu přesvědčit k jejímu nástupu.

5.4.4 Okamžik zahájení ochranné léčby

Přímo k poslední hypotéze se vázala otázka č. 7, která se dotazovala na okamžik, kdy odsouzený zahájil v průběhu výkonu trestu nařízenou ochrannou léčbu. Při formulaci odpovědi na tuto otázku nebyla zahrnuta odpověď, že respondent již zahájenou ochrannou léčbu přerušil, poněvadž dle informací od pracovníků věznice zařazených na oddělení SONO bylo zjištěno, že na tomto oddělení žádný takový odsouzený není. Vzhledem k tomuto zjištění byly do konečného znění dotazníku zařazeny následující odpovědi: „od počátku pobytu v oddělení SONO“, „v průběhu pobytu v oddělení SONO“ a „doposud jsem s ní nezačal“. Jakým způsobem výsledky výzkumného šetření k této otázce dopadly, je možné zjistit z grafu 6.

Graf 6 Okamžik zahájení ochranné léčby

Zdroj: Vlastní zpracování

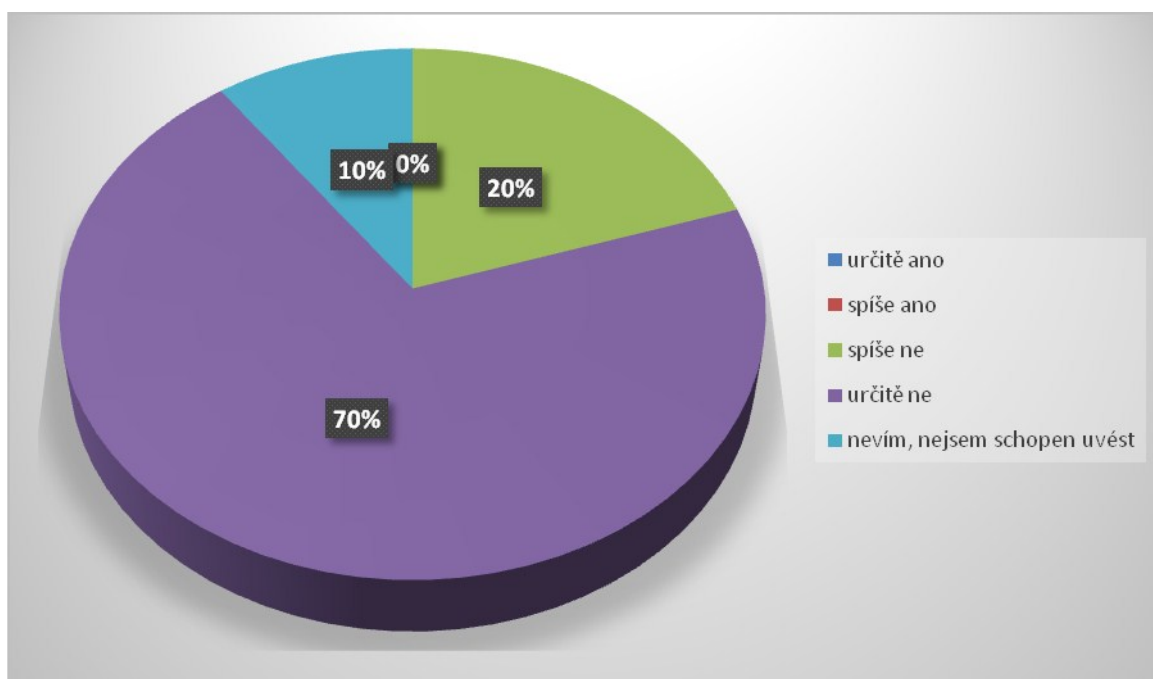
Zhruba tři pětiny dotazovaných (v absolutních počtech 29 respondentů, v počtech relativních 61,70 %) zahájilo nařízenou ochrannou léčbu hned na počátku vstupu na oddělení SONO. Dalších 8 respondentů tuto léčbu zahájilo až v průběhu pobytu v tomto oddělení. Z uvedených údajů tak vyplývá, že v průběhu pobytu v oddělení SONO došlo ke zvýšení počtu odsouzených, kteří zahájili ochrannou léčbu o 27,59 %. Je možno předpokládat, že tento nárůst je zapříčiněn terapeutickým působením na odsouzené v průběhu pobytu na uvedeném oddělení, kdy odsouzení získají náhled na trestnou činnost, pro kterou byli odsouzeni, což přispívá následně k jejich rozhodnutí zahájit ochrannou léčbu již v průběhu výkonu trestu. Zbývajících 10 dotazovaných odsouzených (21,28 %) podle očekávání uvedlo, že doposud s nařízenou ochrannou léčbou nezapočali.

5.4.5 Úvahy o možném zahájení ochranné léčby ještě v průběhu výkonu trestu

V dotazníku byla také zahrnuta otázka, která u respondentů, kteří doposud nezahájili nařízenou ochrannou léčbu, zjišťovala, zda alespoň o jejím zahájení uvažují. Respondenti zde měli na výběr z odpovědí, které vedle polarity jejich postoje indikovaly i intenzitu tohoto jejich postoje. Pro takové odpovědi bývá používáno podle jejího tvůrce označení Likertova

škála. Tato v daném případě zahrnovala odpovědi následujícího znění: „určitě ano“, „spíše ano“, „spíše ne“, „určitě ne“ a „nevím, nejsem schopen uvést“. Četnosti jednotlivých těchto odpovědí jsou v přehledné podobě zachyceny v grafu 7.

Graf 7 Úvahy o možném zahájení ochranné léčby ještě v průběhu výkonu trestu



Zdroj: Vlastní zpracování

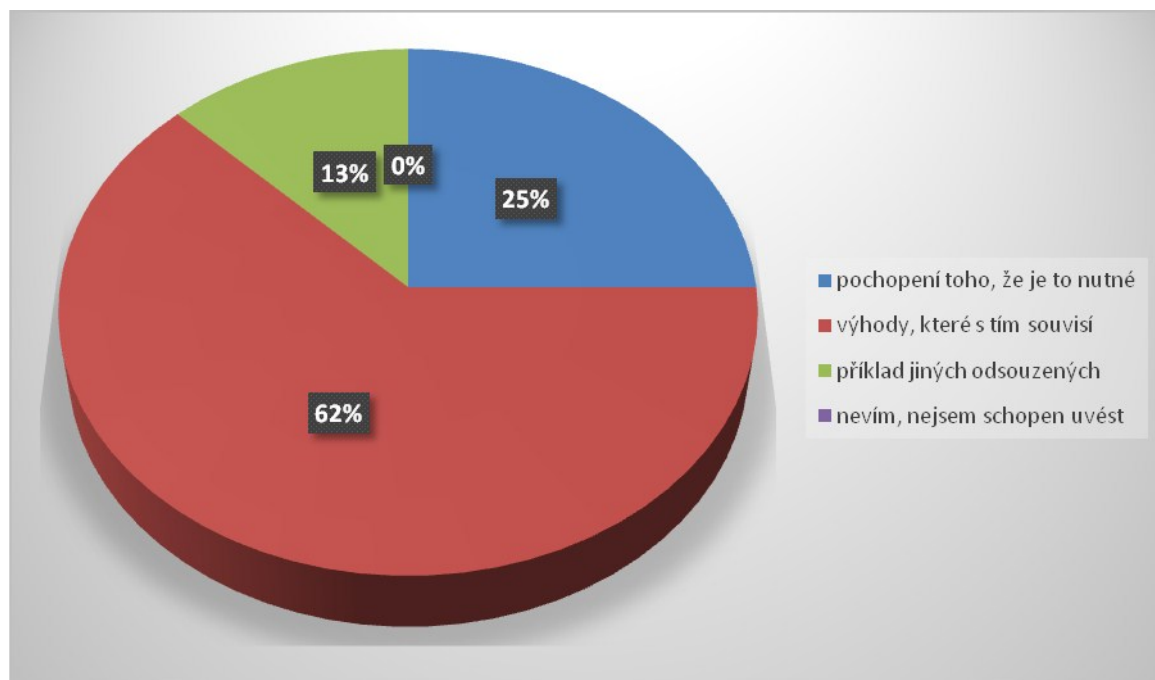
Výsledky výzkumného šetření k této otázce poměrně jednoznačně poukazují na skutečnost, že ti odsouzení, kteří doposud nezahájili ochrannou léčbu nařízenou soudem, o této eventualitě v podstatě ani momentálně neuvažují. Z deseti těchto respondentů totiž 7 (čili 70 %) na položenou otázku znění: „Pokud se nařízené ochranné léčbě nepodrobujete již během výkonu trestu, uvažujete aspoň o tom?“ zadrželo odpověď „určitě ne“ a další 2 dotazovaní (tj. 20 %) odpověď „spíše ne“. Jeden z respondentů (10 %) pak nebyl schopen k této otázce zaujmout vyhraněnější odpověď a na shora uvedenou otázku odpověděl tak, že neví a není schopen se vyjádřit. Z těchto výsledků je patrné, že možnosti působení na tyto jedince tím směrem, aby zahájili ještě v průběhu výkonu trestu odnětí svobody nařízenou ochrannou léčbu, jsou zřejmě omezené. Za této situace je možno doporučit, aby zaměstnanci oddělení

SONO usilovali o to, aby tito jedinci negativně neovlivňovali nově nastoupivší odsouzené na toto oddělení.

5.4.6 Důvody podrobení se ochranné léčbě v průběhu pobytu v oddělení SONO

V průběhu výzkumného šetření byly u respondentů, kteří započali s nařízenou ochrannou léčbou až v průběhu svého pobytu v oddělení SONO, taktéž zjišťovány důvody, které je k tomuto kroku vedly. Znalost těchto důvodů a frekvence jejich výskytu má totiž význam pro pracovníky, kteří jsou zaměstnáni na oddělení SONO, neboť ti pak ví, které z těchto důvodů zejména odsouzeným předestírat a tím je přivést k závěru, že by bylo vhodné ochrannou léčbu zahájit během výkonu trestu. Respondentům zde byly k otázce „Pokud jste se začal podrobovat nařízené ochranné léčbě až v průběhu pobytu na oddělení SONO, co vás k touto rozhodnutí nejvíce motivovalo?“ nabídnuty následující odpovědi: „pochopení toho, že je to nutné“, „výhody, které s tím souvisí“, „příklad jiných odsouzených“ a „nevím, nejsem schopen uvést“. Četnost výskytu těchto odpovědí je patrná z grafu 8.

Graf 8 Důvody podrobení se ochranné léčbě v průběhu pobytu v oddělení SONO



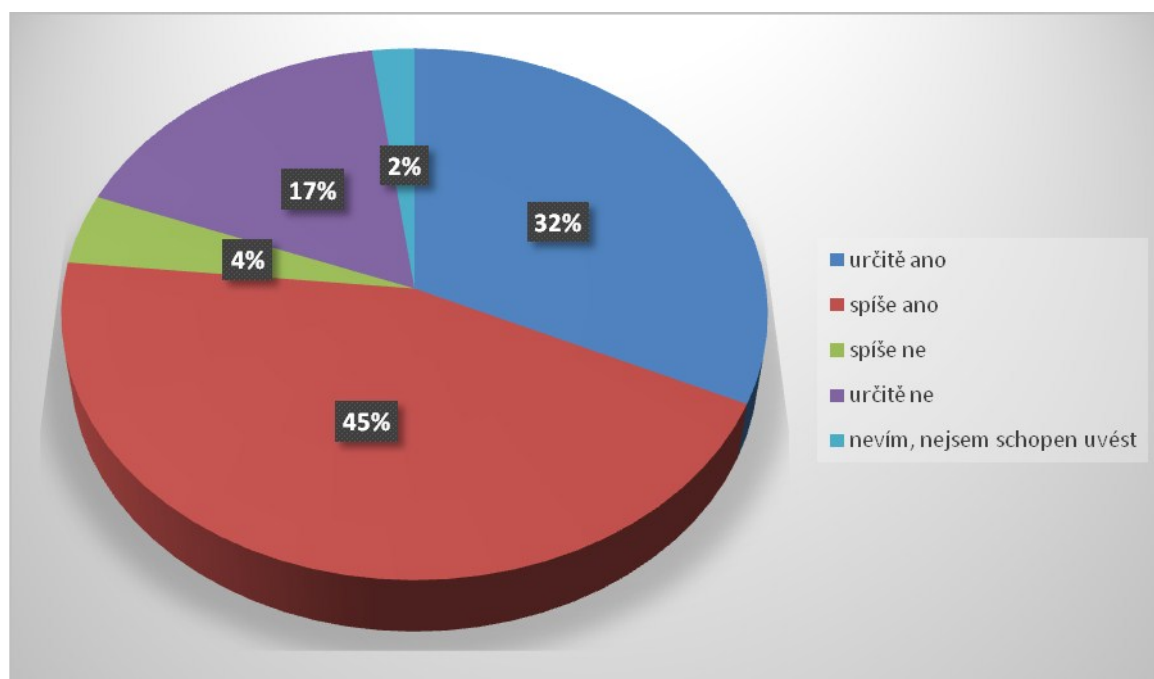
Zdroj: Vlastní zpracování

U pěti dotazovaných (62,5 %) bylo zjištěno, že rozhodnutí podrobit se nařízené ochranné léčbě v průběhu pobytu na oddělení SONO, bylo založeno na uvědomení si výhod, které jsou s tím spojeny. V případě dvou odsouzených (25 %) tomu tak bylo z toho důvodu, že pochopili nutnost tohoto léčení. Jeden odsouzený (12,5 %) zahájil v průběhu pobytu v oddělení SONO ochrannou léčbu na základě příkladu jiných odsouzených. Odpověď znění „nevím, nejsem schopen uvést“ u této otázky neuvedl žádný respondent. Shora uvedené výsledky poukazují na skutečnost, že pobyt v oddělení SONO je přínosem i z hlediska rozhodování odsouzených zahájit ochrannou léčbu až v průběhu zdejšího pobytu. Toto rozhodnutí přitom vychází z různých pohnutek, které je možno ze strany personálu oddělení ovlivňovat a tím i využívat.

5.4.7 Názory respondentů na přínos pobytu v oddělení SONO

Otázka č. 10 zjišťovala, v jaké míře respondenti souhlasí s tvrzením, že pobyt v oddělení SONO je pro ně přínosem. Ke zjišťování jejich názorů byla pro odpovědi využita opět Likertova škála, a to ve stejném znění, jako tomu bylo u otázky č. 8. Jaký mají respondenti názor na svůj pobyt v oddělení SONO, je možno vyčíst z grafu 9.

Graf 9 Názory respondentů na přínos pobytu v oddělení SONO



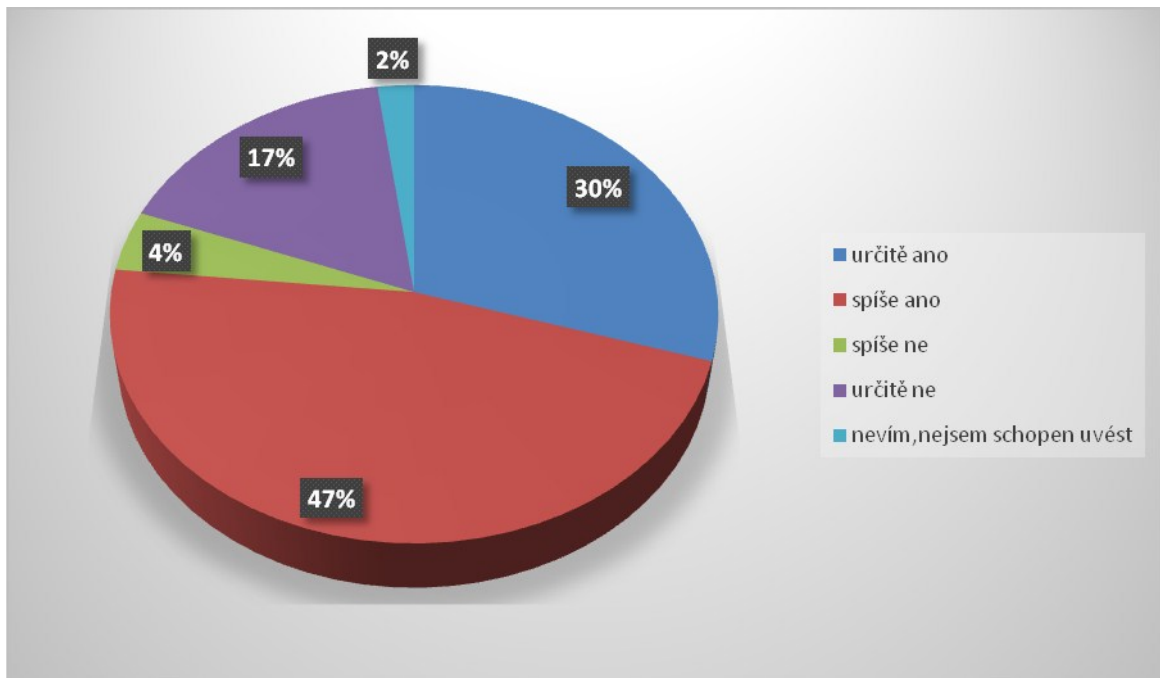
Zdroj: Vlastní zpracování

Za přínos svůj pobyt v oddělení SONO považují ve větší či menší míře zhruba tři čtvrtiny odsouzených (76,60 %). Odpověď znění „určitě ano“ zadrželo 15 dotazovaných (31,91 %), odpověď znění „spíše ano“ pak 21 respondentů (44,68 %). Takto odpovídali především ti respondenti, kteří již podstupují nařízenou ochrannou léčbu. Dále takto odpovídali bezmála všichni ti, kteří se ochranné léčbě podrobují již během výkonu trestu z toho důvodu, neboť se chtějí zbavit své deviace, popřípadě proto, že již nechtějí nikomu ubližovat. Zhruba pětina dotazovaných (21,28 %) naopak svůj pobyt v oddělení SONO za přínos nepovažuje. Jedná se výlučně o odsouzené, kteří doposud nezahájili soudem nařízenou ochrannou léčbu. Z nich odpověď znění „spíše ne“ k této otázce zadrželi dva respondenti (4,26 %), zcela kategorickou odpověď znění „určitě ne“ pak 8 dotazovaných (17,02 %). Jeden respondent (2,13 %) na položenou otázku nedokázal vyhraněně odpovědět a zvolil tak odpověď znění „nevím, nejsem schopen uvést“.

5.4.8 Ochota doporučit absolvování ochranné léčby během výkonu trestu dalším odsouzeným

Předposlední otázka v dotazníku (otázka č. 11) u respondentů zjišťovala, zda by byli ochotni doporučit jiným odsouzeným z oddělení SONO, aby nařízenou ochrannou léčbu zahájili již v průběhu výkonu trestu. I v tomto případě respondenti odpovídali za využití Likertovy škály totožné s tou, která byla využita u otázky č. 8. Výsledky výzkumného šetření k této otázce jsou v grafické podobě vyjádřeny v grafu 10.

Ochotu doporučit absolvování ochranné léčby během výkonu trestu dalším odsouzeným vyjádřily, stejně jako u předchozí otázky, tři čtvrtiny dotazovaných odsouzených (76,60 %). Struktura odpovědí zde byla takřka navlas stejná, jako tomu bylo u předchozí otázky. Odpověď znění „určitě ano“ totiž zadrželo 14 respondentů (29,79 %), odpověď znění „spíše ano“ pak 22 oslovených odsouzených (46,81 %). Stejně jako u předchozí otázky, i zde se jednalo o respondenty, kteří již podstupují nařízenou ochrannou léčbu, a dále také o respondenty, kteří se ochranné léčbě podrobují již během výkonu trestu z toho důvodu, neboť se chtějí zbavit své deviace, popřípadě proto, že již nechtějí nikomu ubližovat. Pokud se týká odsouzených, kteří by absolvování ochranné léčby během výkonu trestu dalším odsouzeným nedoporučili, zde bylo složení odpovědí identické jako u předchozí otázky. Konečně jeden respondent (2,13 %) se nebyl schopen k této otázce vyjádřit. Jednalo se o téhož, jako u otázky č. 10.

Graf 10 Ochota doporučit absolvování ochranné léčby během výkonu trestu

Zdroj: Vlastní zpracování

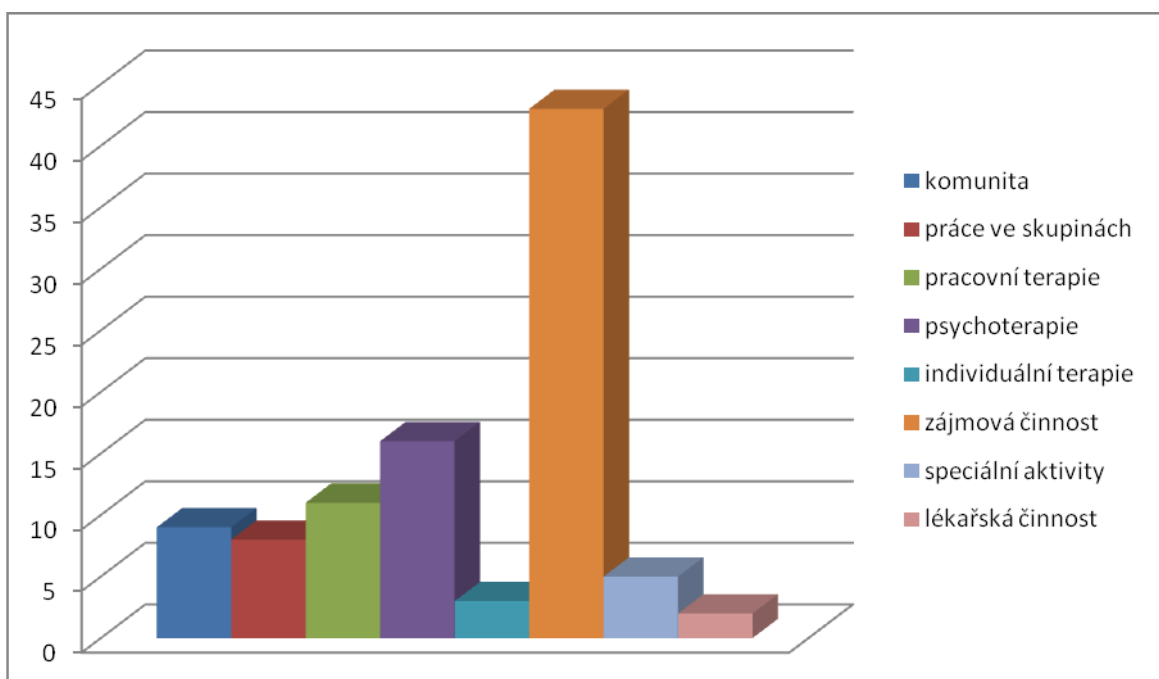
5.4.9 Oblíbenost aktivit realizovaných v oddělení SONO

Poslední otázka se respondentů dotazovala na jejich oblíbené aktivity, jež jsou realizovány v oddělení SONO Kuřimské věznice. V této uzavřené otázce byly respondentům nabídnuty možnosti aktivit, které byly uvedeny a blíže charakterizovány v kapitole 4 této práce. Těmito aktivitami jsou komunita, práce ve skupinách, pracovní terapie, psychoterapie, individuální terapie, zájmová činnost, speciální aktivity a lékařská činnost. Jednalo se přitom o jedinou otázku v dotazníku, u níž bylo možno uvést více odpovědí. U ostatních otázek uvedení více odpovědí možné nebylo. Vzhledem k této skutečnosti činil součet všech odpovědí v relativních četnostech více než 100 %, proto k zachycení četnosti jednotlivých odpovědí byl použit jiný typ grafu, než tomu bylo v dosavadních případech. Oblíbenost aktivit v oddělení SONO je zachycena v grafu 11.

Jednoznačně nejoblíbenější aktivitou, která je realizována v průběhu pobytu v oddělení SONO, je u odsouzených zájmová činnost. Tuto preferuje 43 dotazovaných vězňů (91,49 %). Tento výsledek není nijak překvapivý, poněvadž právě v rámci zájmových aktivit se mohou odsouzení realizovat dle vlastní vůle. Poměrně oblíbená je z aktivit taktéž psychoterapie, kterou jako svoji oblíbenou aktivitu uvedlo 16 dotazovaných (34,04 %).

Relativně vysoké oblibě se těší i pracovní terapie. Tato je oblíbená u 11 odsouzených (23,40 %), kteří si na ní cení toho, že během ní „dobře ubíhá čas“. Následovaly hromadné aktivity – komunita (9 respondentů, tj. 19,15 %) a práce ve skupinách (8 dotazovaných, tj. 17,02 %). Speciální aktivity si oblíbilo 5 odsouzených (10,64 %). Nejméně oblíbenými aktivitami jsou individuální terapie (3 odsouzení, tedy 6,38 %) a lékařská činnost (2 respondenti, čili 4,26 %).

Graf 11 Oblíbenost aktivit realizovaných v oddělení SONO



Zdroj: Vlastní zpracování

5.5 Vyhodnocení platnosti hypotéz

Na základě výsledků výzkumného šetření prezentovaných v předchozí části této kapitoly je možno vyhodnotit platnost formulovaných hypotéz.

První hypotéza měla přitom následující znění: „Podíl odsouzených zařazených na oddělení SONO, kteří jsou ochotni se podrobit ochranné léčbě již během výkonu trestu, činí minimálně 60 %.“ Jak vyplynulo z výsledků výzkumného šetření, již během výkonu trestu se podrobují ochranné léčbě nařízené soudem 37 odsouzených ze 47 respondentů. V relativním vyjádření tak jejich podíl na všech respondentech činí 78,72 %. Tento údaj je

vyšší, jak hranice 60 % stanovená v hypotéze. Proto je možno konstatovat, že **hypotéza H1 byla verifikována kladně**.

Následující hypotéza – hypotéza H2 – zní takto: „Odsouzení, kteří se podrobují na oddělení SONO ochranné léčbě již během výkonu trestu, tak činí hlavně proto, že je to pro ně spojeno s výhodami.“ K této hypotéze se přímo vázala otázka č. 5 dotazníku. Z výsledků výzkumného šetření přitom vyplynulo, že ochrannou léčbu absolvuje proto, že jsou s tím spojeny různé výhody, 15 respondentů (40,55 %). Z uvedeného je zřejmé, že těchto respondentů není ani polovina, takže sotva jich může být většina. Z toho důvodu je možno konstatovat, že **hypotéza H2 nebyla potvrzena**. Na druhé straně však i přes tuto skutečnost je nutno uvést, že respondentů, kteří zahajují ze zjištěných důvodů nařízenou ochrannou léčbu již v průběhu výkonu trestu, je nezanedbatelný podíl. Nadto je zapotřebí k dosud uvedenému doplnit, že dalších 8 respondentů (21,62 %) zahajuje ochrannou léčbu během výkonu trestu proto, že ji chtějí mít co nejrychleji za sebou. I to lze brát jako určitou výhodu z pohledu odsouzeného a pokud by tato odpověď byla pro účely verifikace hypotézy interpretována jako sledování výhody, pro kterou odsouzený zahajuje nařízenou ochrannou léčbu již během výkonu trestu, potom by byla hypotéza 2 verifikována kladně.

Poslední hypotéza měla následující formulaci: „Podíl odsouzených zařazených na oddělení SONO, kteří jsou ochotni se podrobit ochranné léčbě již během výkonu trestu, se v průběhu jejich pobytu zde zvyšuje.“ Pro kladné verifikování této hypotézy tak bylo nezbytné, aby se počet respondentů, kteří v průběhu pobytu v oddělení SONO zahájili nařízenou ochrannou léčbu, zvyšoval. Z odpovědí k otázce č. 7 vyplývá, že zhruba tři pětiny dotazovaných (v absolutních počtech 29 respondentů, v počtech relativních 61,70 %) zahájilo nařízenou ochrannou léčbu hned na počátku vstupu na oddělení SONO. Dalších 8 respondentů tuto léčbu zahájilo až v průběhu pobytu v tomto oddělení. Z výsledků výzkumného šetření tak vyplývá, že počet odsouzených, kteří zahájí nařízenou ochrannou léčbu, se v průběhu jejich pobytu v oddělení SONO zvyšuje. Proto lze mít za to, že **hypotéza H3 byla verifikována s kladným výsledkem**.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části této práce bylo charakterizovat proces socializace a resocializace, vysvětlit metody převýchovné práce a objasnit základy psychoterapie v resocializačním procesu.

K podstatě socializace bylo uvedeno, že představuje komplexní proces, v jehož rámci se z člověka coby biologického tvora za významného přispění sociální interakce a komunikace s dalšími jedinci stává sociální bytost, která disponuje schopností chovat se jakožto člen určité skupiny a společnosti. Podstata tohoto procesu přitom spočívá ve specifickém druhu sociálního učení. Resocializace je pak procesem, v jehož průběhu jsou u jedince eliminovány společensky nežádoucí, dříve zakořeněná trvalá zaměření osobnosti daného jedince. Konečně podstata poruch chování je vymezována jakožto odchylka v chování jedince od sociálních norem v dané společnosti.

Ve vztahu k metodám převýchovné práce, které jsou používány v resocializačních zařízeních, bylo uvedeno, že vycházejí především z poznatků psychologických disciplín, dále z poznatků psychiatrie, sociologie, penologie, kriminologie ale i dalších vědních oborů, jejichž využitelnost je především v modifikační rovině. Jedná se o metody, které významnou měrou přispívají k naplnění základních cílů převýchovy, přičemž jejich smyslem je dosažení co nejvyššího stupně sociální integrace a resocializace objektu působení (narušených jedinců). V etopedii jsou využívány především metody reedukace, kompenzace, rehabilitace, aplikace psychoterapeutických přístupů a prevence.

Ve třetí kapitole byla psychoterapie charakterizována jako forma léčení problémů osobnosti, především pak problémů citových, jakož i poruch funkce některých tělesných orgánů a narušených mezilidských vztahů, kterou patřičně vyškolená osoba (může jí být psychoterapeut, psychiatr, psycholog, pedagog či vychovatel) cílevědomě a záměrně za využití různých psychologických prostředků utváří profesionální vztah s klientem, a to s cílem odstranit či oddálit existující příznaky a poruchy, měnit narušené formy chování a umožnit pozitivní růst a zrání dotčeného jedince. Následně byly vysvětleny jednotlivé používané metody a formy psychoterapie.

Praktická část si kladla za cíl charakterizovat Věznici Kuřim a specializované oddělení SONO, v jehož prostředí bylo uskutečněno výzkumné šetření, a poté rozebrat výsledky výzkumného šetření, jež bylo realizováno s cílem zjistit, jaká část odsouzených, kteří jsou zařazeni na tomto oddělení, spolupracuje na své léčbě, jaké jsou pohnutky jejich spoluprá-

ce a zda u odsouzených v průběhu pobytu na tomto oddělení dochází k posunu v jejich ochotě spolupracovat na své léčbě. V průběhu výzkumného šetření byla přítom ověřována platnost tří hypotéz. Hypotéza 1 zněla „Podíl odsouzených zařazených na oddělení SONO, kteří jsou ochotni se podrobit ochranné léčbě již během výkonu trestu, činí minimálně 60 %.“ a byla ověřena kladně. Naopak Hypotéza 2 znění „Odsouzení, kteří se podrobují na oddělení SONO ochranné léčbě již během výkonu trestu, tak činí hlavně proto, že je to pro ně spojeno s výhodami.“ se nepotvrdila. Verifikována kladně byla Hypotéza 3, jež byla formulována následovně: „Podíl odsouzených zařazených na oddělení SONO, kteří jsou ochotni se podrobit ochranné léčbě již během výkonu trestu, se v průběhu jejich pobytu zde zvyšuje.“

Psaní diplomové práce mi přineslo řadu nových poznatků a zkušeností v dané problematice a stanovené cíle mé práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

- [1.] BARTOŇOVÁ, M. *Kapitoly ze specifických poruch učení II: reedukace specifických poruch učení*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 152 s. ISBN 80-210-3822-5
- [2.] BRUCH, H. *Základy psychoterapie*. 1. vydání. Praha: Triton, 1997. 123 s. ISBN 80-85875-45-4
- [3.] ČERNÍKOVÁ, V., MAKARIUSOVÁ, V. *Sociální ochrana*. 2. upr. vydání. Praha: Policejní akademie České republiky, 1996. 156 s. ISBN 80-85981-36-x
- [4.] ČERNÍKOVÁ, V., SEDLÁČEK, V. *Základy penologie pro policisty*. 1. vydání. Praha: Vydavatelství Policejní akademie České republiky, 2002. 148 s. ISBN 80-7251-104-1
- [5.] EXNEROVÁ, M., ZAVADIL, M. *Studijní texty a prezentace ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Nymburk: Semiramis, 2010.
- [6.] GEIST, B. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 1992. 647 s. ISBN 80-85605-28-7
- [7.] GIDDENS, A. *Sociologie*. 1. vydání. Praha: Argo, 1999. 595 s. ISBN 80-7203-124-4
- [8.] GRÁC, J. *Persuázia: ovplyvňovanie človeka človekom*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1985. 367 s.
- [9.] HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3
- [10.] HOLÝ, I. *Úvod do sociologie*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 65 s. ISBN 80-210-3855-1
- [11.] HRONCOVÁ, J., HUDECOVÁ, M., MATULAYOVÁ, T. *Sociálna pedagogika a sociálna práca*. 2. vydání. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2001. 298 s. ISBN 80-8055-427-7
- [12.] HRONCOVÁ, J., KRAUS, B. a kol. *Sociálna patológia pre sociálnych pracovníkov a pedagógov*. 1. vydání. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2006. 252 s. ISBN 80-8083-223-4
- [13.] CHRÁSKA, M. *Metody pedagogické diagnostiky*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 1988. 50 s.
- [14.] JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 285 s. ISBN 80-7178-535-0
- [15.] KALIBÁN, V. *Obtížně vychovatelná mládež: (K pojmu a etiologii)*. Praha: [s. n.], 1968. 164 l.

-
- [16.] KAPR, J. a kol. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. 2., upr. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. 116 s. ISBN 80-85850-03-6
- [17.] KLÍMA, P., KLÍMA, J. *Základy etopedie (uvedení do etopedie, nárys vývoje a organizace péče)*. 2. vydání. Praha: SPN, 1984. 124 s.
- [18.] KLIMENT, P. *Sociální psychologie: studijní texty pro distanční studium*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 95 s. ISBN 80-244-0488-5
- [19.] KONDÁŠ, O. a kol. *Psychoterapia a reedukácia*. Martin: Osveta, 1985.
- [20.] KOŽNAR, J. *Skupinová dynamika, skupinová psychoterapie a reedukace*. Bratislava: SPN, 1985.
- [21.] KRATOCHVÍL S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 1995. 329 s. ISBN 80-85824-20-5
- [22.] KRATOCHVÍL, S. *Terapeutická komunita*. 1. vydání. Praha: Academia, 1979. 122 s.
- [23.] KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. 383 s. ISBN 80-7367-122-0
- [24.] KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3
- [25.] KYSUČAN, J., KUJA, J. *Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky*. 1. vydání. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1996. 99 s. ISBN 80-7067-677-9
- [26.] LAKOMÁ, J. *Skupinová psychoterapie v reedukačním procesu*. 1. vydání. Praha: Psyché, 1993. 125 s.
- [27.] LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vydání. Praha: Portál, 2000. 431 s. ISBN 80-7178-381-1
- [28.] MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2., přeprac. vydání. Praha: Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0
- [29.] MATOUŠEK, O., KROFTOVA, A. *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. 2., aktualiz. vydání. Praha: Portál, 2003. 340 s. 267. ISBN 80-7178-771-x
- [30.] MOJŽÍŠEK, L. a kol. *Teoretické otázky pedagogické diagnostiky*. 1. vydání. Praha: Academia, 1987. 161 s.
- [31.] PESECHKIAN, N. *Psychoterapie v každodenním životě: jak se účinně vypořádat s konflikty*. Brno: Cesta, 2000. 269 s. ISBN 80-7295-010-x
- [32.] POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3., rozš. a opr. vydání. Praha: Portál, 2001. 333 s. ISBN 80-7178-570-9
- [33.] POLÁČEK, B. *Metody užívané při resocializačním procesu ve věznici*. Bakalářská diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 52 s.

- [34.] PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 6., aktualiz. a rozš. vydání. Praha: Portál, 2009. 395 s. ISBN 978-80-7367-647-6
- [35.] REJZEK, J. *Český etymologický slovník*. 2., nezměn. vyd. Voznice: Leda, 2012. 752 s. ISBN 978-80-7335-296-7
- [36.] ŠTĚRBA, V. *Penologie*. 1. vydání. Praha: Armex, 2007. 148 s. ISBN 978-80-86795-48-5x
- [37.] ŠTŮROVÁ, J., DANEŠOVÁ, M. *Nové formy skupinové práce v převýchovném procesu*. Bratislava: VÚDPaP, 1982.
- [38.] ŠVARCOVÁ, E. *Úvod do etopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. 107 s. ISBN 80-7041-449-9
- [39.] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9
- [40.] VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 1. vydání. Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2
- [41.] VAVRDA, V. *Formy a prostředky psychoterapie*. In VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 339 s. ISBN 80-247-0723-3
- [42.] VOCILKA, M. *Výchova a vzdělávání autistických dětí: pro učitele speciálních škol*. 1. vydání. Praha: Septima. 1994, 72 s. ISBN 80-85801-33-7
- [43.] VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. a kol. *Současná psychoterapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010. 744 s. ISBN 978-80-7367-682-7
- [44.] VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 3. aktualiz. a dopl. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 287 s. ISBN 978-80-247-2667-0
- [45.] YALOM, I. D., LESZCZ, M. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. 648 s. ISBN 978-80-7367-304-8
- [46.] ZÁŠKODNÁ, H. *Sociální deviace dětí a mládeže*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 1998. 94 s. ISBN 80-7042-519-9

Odborné články

- [1.] JIRKU, M., MACKŮ, R. Sexuologická léčba během výkonu trestu. *České vězeňství*, 2008, č. 3, s. 15 a 16. ISSN 1213-9297.

Internet

- [1.] Amnestování na jihu Moravy proudí na úřady práce [online]. 3. ledna 2013. [cit. 24. března 2014]. Dostupné z: <<http://www.ceskatelevize.cz/zpravodajstvi-brno/zpravy/209476-amnestovani-na-jihu-moravy-proudi-na-urady-prace/>>
- [2.] GREPP – VÝCHOVNĚ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM PRO PACHATELE ODSOUZENÉ ZA TRESTNÉ ČINY NÁSILÍ NA DĚTECH [online]. 6. března 2013. [cit. 24. března 2014]. Dostupné z: <<http://www.vscr.cz/veznice-nove-sedlo->

81/informacni-servis-1598/aktuality-390/grepp-vychovne-vzdelavaci-program-pro-pachatele-odsouzene-za-trestne-ciny-nasili-na-detech>

[3.] NETOLICKÁ, D. Kriminalita dětí a mládeže [online]. Nedatováno. [cit. 2. března 2014]. Dostupné z:

<http://userfiles.nidm.cz/file/KPZ/Kriminalita_deti_a_mladeze.pdf>

[4.] www.vsr.cz

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

SONO Specializované oddělení pro odsouzené za sexuálně motivovaný trestný čin s
nařízenou ochrannou sexuologickou léčbou ústavní

GREPP standardizovaný reedukační psychologický program

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Složení výběrového souboru podle charakteru deviace

Graf 2 Složení výběrového souboru podle případné recidivy

Graf 3 Podrobení se ochrannému léčení během výkonu trestu

Graf 4 Důvody respondentů k absolvování ochranné léčby již během výkonu trestu

Graf 5 Důvody respondentů k neabsolvování ochranné léčby již během výkonu trestu

Graf 6 Okamžik zahájení ochranné léčby

Graf 7 Úvahy o možném zahájení ochranné léčby ještě v průběhu výkonu trestu

Graf 8 Důvody podrobení se ochranné léčbě v průběhu pobytu v oddělení SONO

Graf 9 Názory respondentů na přínos pobytu v oddělení SONO

Graf 10 Ochota doporučit absolvování ochranné léčby během výkonu trestu

Graf 11 Oblíbenost aktivit realizovaných v oddělení SONO

SEZNAM PŘÍLOH

PI – Dotazník SONO

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK SONO

Vážení přátelé,

obracím se na vás s prosbou o vyplnění tohoto krátkého dotazníku, kterým je zajišťován sběr anonymních dat pro potřeby mé diplomové práce. U každé otázky zakroužkujte písmeno u příslušné odpovědi. Výjimkou je poslední otázka, u které je možno zakroužkovat odpovědi více.

Bedřich Poláček

1.) Kolikáté jste slavil naposledy narozeniny? (uved'te číslici) _____

2.) Jaký je charakter vaší deviace?

- a) pedofil-homosexuál
- b) pedofil-heterosexuál
- c) pedofil agresor
- d) sexuální agresor
- e) sadomasochista

3.) Podrobil jste se již někdy v minulosti ochranné léčbě?

- a) ano
- b) ne

4.) Podrobujete se nařízené ochranné léčbě již během výkonu trestu?

- a) ano
- b) ne

5.) Pokud se nařízené ochranné léčbě podrobujete již během výkonu trestu, z jakého to je důvodu?

- a) chci to mít co nejdříve za sebou
- b) jsou s tím spojeny různé výhody
- c) chci se zbavit své deviace
- d) nechci již nikomu ubližovat

6.) Pokud se nařízené ochranné léčbě nepodrobujete již během výkonu trestu, z jakého to je důvodu?

- a) nemyslím si, že mám nějaký problém b) podle mého je to zbytečné
c) tato léčba je škodlivá d) nevím, nejsem schopen uvést

7.) Pokud se nařízené ochranné léčbě podrobujete již během výkonu trestu, začal jste s ní:

- a) od začátku pobytu v oddělení SONO b) v průběhu pobytu v oddělení SONO
c) doposud jsem s ní nezačal

8.) Pokud se nařízené ochranné léčbě nepodrobujete již během výkonu trestu, uvažujete aspoň o tom?

- a) určitě ano b) spíše ano
c) spíše ne d) určitě ne
e) nevím, nejsem schopen uvést

9.) Pokud jste se začal podrobovat nařízené ochranné léčbě až v průběhu pobytu na oddělení SONO, co vás k tomuto rozhodnutí nejvíce motivovalo?

- a) pochopení toho, že je to nutné b) výhody, které s tím souvisí
c) příklad jiných odsouzených d) nevím, nejsem schopen uvést

10.) Nakolik souhlasíte s následujícím tvrzením: „Pobyt v oddělení SONO je pro moji osobu přínosem“

- a) určitě ano b) spíše ano
c) spíše ne d) určitě ne
e) nevím, nejsem schopen uvést

11.) Pokud již absolvujete nařizenou ochrannou léčbu, doporučil byste tak učinit i dalším jedincům na oddělení SONO, kteří se jí ještě nepodrobují?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím, nejsem schopen uvést

12.) Která z aktivit realizovaných na oddělení SONO jsou vaše nejoblíbenější?

- a) komunita
- b) práce ve skupinách
- c) pracovní terapie
- d) psychoterapie
- e) individuální terapie
- f) zájmová činnost
- g) speciální aktivity
- h) lékařská činnost

Děkuji za spolupráci