

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2019-2022

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Michaela Janovská

**Návykové chování a závislosti látkové a nelátkové u klientů
v ústavní a ochranné výchově Karlovarského kraje**

Praha 2022

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2019-2022

BACHELOR THESIS

Michaela Janovská

**Addictive behaviour and substance and non-substance
addictions amongst clients of institutional and pro-
tective education in the region of Karlovy Vary**

Prague 2022

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

.....

Michaela Janovská

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. Zdeňku Mouchovi, CSc. za odbornou pomoc a vedení, poskytnutí praktických rad a připomínek při zpracování této bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou návykového chování a závislostí látkových a nelátkových u klientů v ústavní a ochranné výchově. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zabývá náhledem do historie návykových látek, terminologickým vymezením, diagnózami a dělením závislosti, užíváním drog a jejich dělením, popisuje závislosti nelátkové a uvádí příčiny závislosti z hlediska biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů. Dále se věnuje legislativě ústavní a ochranné výchovy, vymezením těchto pojmů a v neposlední řadě institucím ústavní a ochranné výchovy a charakteristikou klientů, kteří se nachází v těchto zařízeních. Poslední kapitola práce je o prevenci závislosti u klientů v ústavní a ochranné výchově a prostředcích a metodách převýchovné práce s těmito klienty.

Empirická část má za cíl formou kazuistik nahlédnout především do problematiky související s příčinami nařízení ústavní nebo ochranné výchovy vycházející z rodinného prostředí a nastínit četnost výskytu návykového chování a závislostí látkových vyskytující se u klientů v ústavní a ochranné výchově. Výsledkem práce bude doporučení pro pedagogy ve sledované oblasti.

Klíčová slova

Dětský domov se školou, diagnostický ústav, drogová závislost, legislativa ústavní a ochranné výchovy, metody převýchovné práce, návyková látka, prevence.

Annotation

This bachelor thesis is concerned with the issue of addictive behaviour and substance and non-substance addictions amongst clients of institutional and protective education. The thesis is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part deals with the overview of the history of addictive substances, their terminology, diagnoses, addiction and drug taxonomy and drug usage. It describes non-substance addictions and presents their biological, psychological, social and spiritual causes. It also focuses on the legislation and terminology of institutional and protective education and characteristics of those institutions and their clients. The last chapter of the theoretical part is concerned with prevention of addictions amongst clients of institutional and protective education and means and methods of re-educational work with those clients.

The practical part of the thesis is by means of case interpretations based on looking into the causes of issuing the order of institutional and protective education based on the family environment, and then on outlining the frequency of addictive behaviour and substance addictions amongst clients of institutional and protective education. The practical part is concluded by recommendations for teachers in an observed area.

Keywords

Addictive substance, drug addiction, children's home with school, institutional and protective education legislation, juvenile detention centre, prevention re-educational work methods.

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 VHLLED DO HISTORIE NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	11
2 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ ZÁVISLOSTI.....	16
2.1 Diagnóza závislosti.....	17
2.2 Dělení závislosti.....	18
2.3 Užívání drog a jejich rozdělení.....	19
2.3.1 Dělení drog.....	20
2.4 Závislosti nelátkové.....	24
3 PŘÍČINY ZÁVISLOSTI.....	25
3.1 Biologické faktory.....	25
3.2 Psychologické faktory.....	25
3.3 Sociální a spirituální faktory.....	27
4 LEGISLATIVA ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVY.....	29
4.1 Ústavní výchova.....	30
4.2 Ochranná výchova.....	31
4.3 Instituce ústavní a ochranné výchovy.....	32
4.3.1 Diagnostický ústav.....	33
4.3.2 Dětský domov a dětský domov se školou.....	34
4.3.3 Výchovný ústav.....	35
4.4 Charakteristika klientů ústavní a ochranné výchovy.....	35
5.1 Primární prevence.....	37
5.2 Sekundární prevence.....	39
5.3 Terciální prevence.....	39
5.4 Metody převýchovné práce u klientů v ústavní a ochranné výchově.....	40
PRAKTICKÁ ČÁST.....	42
6 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	42
6.1 Cíl výzkumného šetření.....	42

6.2	Metodologie výzkumného šetření.....	42
6.3	Výzkumný soubor a oblast šetření.....	43
7	INTERPRETACE VÝZKUMU-VLASTNÍ ŠETŘENÍ.....	44
7.1	Popis zařízení.....	44
7.2	Kazuistiky.....	45
7.2.1	Kazuistika č. 1.....	45
7.2.2	Kazuistika č. 2.....	48
7.2.3	Kazuistika č. 3.....	51
7.2.4	Kazuistika č. 4.....	54
7.2.5	Kazuistika č. 5 a č. 6.....	56
7.3	Shrnutí výzkumného šetření.....	63
7.4	Doporučení pro praxi.....	69
	ZÁVĚR.....	71
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	72
	SEZNAM ZKRATEK.....	76
	SEZNAM TABULEK.....	77

ÚVOD

Problematika závislostí látkových i nelátkových je celospolečenský problém. Setkat se s tímto druhem nemoci může prakticky každý. V dnešní době se čím dál častěji setkáváme se skutečností, že závislosti různých forem se týkají i dětí a mladistvých. Příčiny jsou biologického a psychologického charakteru spojené již s obdobím prenatálním, perinatálním, postnatálním a účinky drog, pro které jsou s oblibou užívány. Dále hlavně sociálního charakteru, kde zastává důležitou funkci rodina, vrstevníci, školní kolektiv, veškerá média a sociální síť. Především rodina je podstatným faktorem při vývoji a formování osobnosti dítěte. Příčiny výskytu sociálně patologických jevů a rizikového chování u dětí tkví právě v základech přijímaných z rodinného prostředí. Případů, že se rodinné prostředí stává rizikovým faktorem při výchově dítěte stále přibývá a je nutno nastalou situaci způsobenou nevhodnou výchovou a výchovnými přístupy řešit formou náhradní výchovné péče, která je poskytována institucemi jako je dětský domov, výchovný ústav, dětský domov se školou a diagnostický ústav.

Důvodem, proč jsme zvolili toto téma pramení z osobní zkušenosti autorky bakalářské práce, která souvisí s její rodinou. Tyto zkušenosti se týkají závislostí i ústavní výchovy rodinných příslušníků, kteří měli přímý vliv na osobní život autorky. Každý nemá tu příležitost vyrůstat ve fungující rodině s plně harmonickým prostředím pro správné formování osobnosti a vývoj dítěte. Každé dítě je individuální a dysfunkce rodiny působí velmi rozmanitě na děti dle jejich charakteristických předpokladů. Rodinu si dítě nevybírá a nemůže za to, do jaké rodiny se narodí, a především co mu jeho rodičovský vzor do života předá a naučí.

Cílem bakalářské práce je zmapovat negativní vlivy vyskytující se v rodinném prostředí dětí, které byly umístěny do výchovného zařízení a zda jsou tyto děti uživateli návykových látek či mají problém s nelátkovými závislostmi. Dále považujeme za cíl prokázat, že pro rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy byly podstatným faktorem právě tyto předcházející negativní vlivy plynoucí z rodinných podmínek, ve kterých tyto děti vyrůstají.

V teoretické části se v první kapitole věnujeme náhledu do historie návykových látek k získání všeobecného přehledu původu a historie užívání drog. V kapitole druhé se zaměřujeme na definici závislosti, formy užívání drog, dělení drog dle účinku, závislosti nelátkové a na důsledky užívání návykových látek v oblasti psychického a fyzického zdraví. V kapitole třetí se zabýváme příčinami závislosti z hlediska biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů.

V kapitole čtvrté uvádíme legislativu ústavní a ochranné výchovy a vymezení těchto pojmů, v dalších podkapitolách zmiňujeme instituce pro výkon ústavní a ochranné výchovy a obecnou charakteristiku klientů umístěných v zařízeních.

V páté kapitole se zabýváme prevencí drogových závislostí a metodami, které se používají při převýchovné práci s klienty ústavní a ochranné výchovy.

V praktické části bakalářské práce jsme si stanovili za cíl zmapovat jaké negativní vlivy rodinného prostředí působí na děti umístěné do zařízení s ústavní výchovou. Dále zda při rozhodování soudem o nařízení ústavní výchovy jsou tyto předcházející negativní vlivy podstatným faktorem, který umístění dětí do zařízení ovlivňuje a jestli jsou tyto děti uživateli návykových látek. Metodu výzkumu jsme zvolili ve formě kazuistik dětí, které jsou v systému náhradní výchovné péče umístěny do dětského domova se školou. V závěru praktické části zhodnotíme výsledné šetření každé kazuistiky a vyhodnotíme, zda uvedené cíle korespondují s výsledky výzkumného šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VHLED DO HISTORIE NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Návykové látky mají svůj původ již v pravěku z doby kamenné, dle nálezů jeskynních maleb a provází nás napříč dějinami celého lidstva. Původními látkami, které způsobovaly změněný stav vědomí, byly psychedelické látky užívané především v rituálním šamanství a v léčitelství. V Mexiku to byl peyotl (kaktus), v Amazonii ayahusaska (liana smrti), v Africe ibogy (kořeny využívané jako afrodisiakum a stimulant) nebo „kavy“ v Oceánii. Veškeré užívání těchto psychedelických látek souviselo s náboženstvím a kulturou národů. Mezi tyto národy se řadí Aztékové, Mayové, indiáni z kmene Huicholů a Mazatekové (Escohotado, 2003).

Využívány byly především šamany, tudíž těmito zkušenostmi disponoval pouze omezený počet osob. Mahdalíčková uvádí, že se využívaly za účelem léčení nemocí a v oblasti náboženství, tudíž nebyly zneužívány (Mahdalíčková, 2014). Při hostiích a podávání posvátného jídla se vyskytovaly psychoaktivní látky ve formě peyotlu, vína a hub. K navození halucinogenních účinků se využívaly mochromůrky červené, durman obecný, rulík zlomocný nebo blín černý, který je spojován s čarodějnictvím. Zmínky o používání těchto halucinogenů se objevují na Středním východě a Dálném východě. Dle Escohotada již v 10. století př. n. l. se na území dnešní Guatemaly, ve formě památek izapacké kultury, objevují kamenné houby. Sochy z Peru z období 4. století př. n. l v ruce drží vizionářský kaktus. Socha Xochipiliho, boha lásky a květín z chrámu Tenochtitlánu, je pokryta psychoaktivními rostlinami. V čínské medicíně se užívání psychedelických látek objevuje již před 3500 lety. První dochované zmínky o drogách pocházejí již ze 3. tisíciletí př. n. l. o máku, o kterém se píše v sumerských tabulkách. Je to považováno za znak radosti. V egyptských hieroglyfech je mák zmiňován ve formě šťávy. Opium je využíváno pro své analgetické a uklidňující účinky. Pěstování máku se praktikovalo nejdříve ve Španělsku a Řecku, severovýchodní Africe a Mezopotámii. V oblibě měli opium staří Římané. Marcus Aurelius užíval opium každé ráno v kombinaci s vlažným vínem. Využívalo se též k euthanasii v Římě i Islámu (Escohotado, 2003).

Další brzce objevenou drogou bylo konopí, které má svůj původ v Číně již ve 4. tisíciletí př. n. l. Konopí se taktéž vyskytuje odpradáвна v Indii. Budhistický směr využívá konopí jako meditační prostředek a v lékařství se užívalo k léčení očních zánětů, nespavosti, suchého kašle a úplavice (Escohotado, 2003).

V Mezopotámii se objevuje konopí v 9. století př. n. l. používané jako obřadní kadidlo. V 7. století př. n. l. je využíváno Kelty ve formě konopných provazů, koudelí a z nálezů dýmek je zřejmé, že konopí bylo využívání též jako droga. V Římě se samiči konopí kouřilo k pozvednutí zábavy a potěšení. V islámské kultuře v 11. století vzniká řád hašašínů, jehož členové před bojem dostávali hašiš. Ilegalizovat marihuanu se podařilo až v Americe Anslingerovi pomocí zákona o zdanění z roku 1937 (Mariuhana Tax Act) (Escohotado, 2003).

Stimulujících drogy založené na kofeinu a kokainu, které mají své počátky již před 5000 lety pocházejí z And. Ve 3. století př. n. l. je žvýkání kokových listů zobrazeno na sochách s nafouklými tvářemi. Z Ameriky pochází guarana, maté obsahující kofein a kakao. V Indii a Indonésii je to betel, v Číně je zase tein vyskytující se v čaji. V Africe má původ ořech koly, což je kofeinový stimulant. Káva v 10. století byla objevena i v Arábii (Escohotado, 2003).

Alkohol je nejstarší droga, kterou lidstvo poznalo. Název alkohol pochází z arabského jazyka od slova „al-ka-hal“, které znamená označení pro látku jemnou a zvláštní. Již ve starověku se alkohol stal součástí lidské společnosti. Kvašením lze vyrobit roztok, kde je obsah alkoholu maximálně 12-13 %. V Římě bylo víno považováno za původce osobních i společenských konfliktů. Hippokratés radil jednou za čas podlehnout opilosti a považoval pití alkoholu za zdraví prospěšné. Zajímavá je myšlenka o tom, že drogy jsou neutrální a nestranné látky, které pouze zesilují přirozenou náklonnost k dobrému či zlému a tím pádem přispívají k sebepoznávání. Tento fakt zmiňuje Escohotado ve své knize v souvislosti s Filonem Alexandrijským, od něhož pochází pojem sobria ebrietas-střídá opilost, S koncem pohanství však přichází doba zatracování alkoholu a vznik abstinentských sekt, které tvrdí, že víno vzniklo, když byl Lucifer svržen z nebe a spojil se se Zemí. V Islámu Mohamed pití vína zakázal a trestáno bylo fyzickými tresty. V roce 1920 vyvrcholil boj s alkoholem v Americe takzvaným Suchým zákonem zavedeným senátorem Volsteadem, avšak v roce 1932 tento zákon způsobil nárůst delikventů, korupce, krádeží a úmrtí na otravu alkoholem. Roku 1933 byla prohibice zrušena, jelikož toto opatření vedlo k bezpráví, nárůstu kriminality, korupci a ke vzniku organizovaného zločinu (Escohotado, 2003).

Další vývoj užívání drog se odvíjí dle Slavomíra Laci od rozvoje a vzniku velkých měst, kdy tato změna měla vliv na stav společnosti a změnila postoje společnosti k drogám (Laca, 2019).

Ve starém Řecku jsou drogy hojně využívány v lékařství. Hippokratés využívá drogy k léčbě různých chorob. Drogy se z nadpřirozené látky mění na látku, jejímž účelem je změna stavu, a to například uvolnění, spánek nebo vyvolání chladu a tepla (Escotado, 2003).

Ve starém Římě platil předpis lex Cornelia, jenž platil až do úpadku říše: *„Droga je neurčité slovo, jímž lze označit jak to, co slouží k zabítí, tak to, co slouží k léčení, včetně nápojů lásky, ale tento zákon postihuje pouze použití k zabíjení někoho.“* (Escotado, 2003, s. 23)

Šířením křesťanství v Římě se však postavení k drogám mění, šamani byly nahrazeni veleknězi a z tvrzení franckého krále Childericha je užívání „d'ábelských rostlin“ zradou křesťanské víry. Tím se začaly vytvářet základy na budoucí čarodějnické procesy. V knize Stručné dějiny drog náleží tomuto tématu celá kapitola, která se zmiňuje o tom, jak byly čarodějnice obviňované z vaření mastí a lektvarů a pořádání sabatů. Mastičky byly spojovány i s létáním na koštěti. Recept na tuto mast obsahoval hašiš, opium, lilkovité rostliny, ropuší kůži a halucinogenní houby. Z toho plyne, že po užití takové masti bylo vyvolání stavu extáze snadno dosažitelné. Mezi roky 1330 a 1700 byly veškeré halucinogenní lilkovité rostliny považovány za zosobnění d'ábla, přitom jsou v dnešní době řazeny mezi léčivé byliny (blín, durman, rulík, mandragora). Ke vzniknutí farmakologie dochází postupně až v 16. století, a to prostřednictvím alchymisty Parceluse, který zavedl legitimní spojení terapie a chemie a využívá středověké bylinkářství. V Evropě za užívání drog upalovali, avšak při příležitosti objevení Ameriky došlo k poznání, že domorodé kmeny užívají botanické rostliny k léčení. Lékaři pluli do Nového světa za poznáním od místních šamanů, a to dalo podnět ke vzniku Přírodní historie Indií, ve které lékař Francis Hernández zmiňuje na 3 tisíce rostlin americké flóry. Tvoření a budování botanických zahrad je zásluhou Aztéků (Escotado, 2003).

V 17. století nastává zlatý věk opia, ve kterém užívali opium i největší osobnosti doby (Petr Veliký, carevna Kateřina, Marie Terezie, Goethe, básníci Novalis a Byron, malíři Goya a Scott) ve formě laudána, které bylo vyrobeno a doporučováno jako lék Thomasem Sydenhamem.

Jedná se o tinkturu z alkoholu a opia. Dalším proslulým opiovým lékem se v 18. století stal Doverův prášek vyrobený anglickým lékařem Thomasem Doverem (Escohotado, 2003).

V Číně se opium užívalo zpočátku jako surovina používaná k vaření či jako lék. S nástupem kouření tabáku v 15. století se situace změnila. Kouření opia získávalo na popularitě. V roce 1644 následkem vydání zákazu kouření císařem se lidé přeměrovali pouze na užívání a kouření opia (Policie České republiky, online, cit. 2022-01-04).

Vlivem mořeplavectví a cestováním po světě se rostlinné bohatství Číny a Indie šířilo dál po světě a dalo podnět ke vzniku obchodu s opiem, s čímž souvisí i opiové války v Číně probíhající s Brity v letech 1839, 1856, 1860. Jelikož je v Číně od roku 1729 zákaz nakupování opia od Evropanů vydané mandžuským císařem Jun-čengem a od roku 1793 je zakázáno též pěstování máku na celém území Číny, dochází k rozkvětu pašeráctví. Britové pašovali přes kantonský přístav 1000 tun opia, které bylo čínskými úřady zničeno. Britové však požadovali náhradu škody a tím pádem došlo k první opiové válce, která byla ukončena Nakingskou smlouvou z roku 1842, která Britům umožňovala dovážet opium do pěti přístavů. Avšak 13 let poté se objem pašovaného opia zvýší na 5 milionu kilogramu. Což vede k odmítnutí placení válečných náhrad a vzniká druhá opiová válka, která končí kapitulací podepsanou v Tiencinu roku 1858. Poslední třetí opiovou válku v roce 1859 rozpoutala snaha evropských mocností proniknout do Pekingu. Čína byla v roce 1860 poražena britsko-francouzskými jednotkami v Pekingu, který byl obsazen a vydrancován (Policie České republiky, online, cit. 2022-01-04).

V 19. století je naprostě běžné a normální, že jsou v každé lékárně dostupné přípravky, jejichž složkou jsou psychoaktivní látky. Je to z toho důvodu, že dochází k velkému objevu morfinu (1806), kodeinu (1832), kofeinu (1841), kokainu (1860), heroinu (1883), meskalinu (1896), barbiturátu (1903), jež byly extrahovány z rostlin. Morfin byl především využíván ve válkách, jelikož tlumil bolest. Heroin se v roce 1898 pyšnil velkou popularitou a byl doporučován jako léčba uživatelů opia. Kokain je na trh uveden jako neškodný lék pomáhající k vyléčení smutku a na uklidnění nervů. Přidáván je též do nápojů a v roce 1885 je obsazen v Coca-Cole (Escohotado, 2003).

Na závěr historie návykových látek byl velký objev látek ve 30tých letech 20. století. Mezi lidi se dostávají přípravky na záněty nosohltanu, nevolnosti, obezitu a depresi ve formě stimulantů obsahující amfetamin, dexamfetamin, metafetamin.

Byly lehkou dostupné a levnější než kokain. Podávaly se ve velkém vojáku během druhé světové války. Po skončení války se tyto stimulanty dostaly mezi starší lidi, ženy a studenty. Užívaly se ve formě inhalátorů a tablet. I přes veškeré varovné signály škodlivosti těchto látek se užívaly v Americe až do sedmdesátých let (Escohotado, 2003). Dalšími nově objevenými stimulanty byly barbituráty. Velmi účinná hypnotika a sedativa. Přestože se vědělo, že mají silné abstinční příznaky, jsou vysoce návykové a často bývá po požití náhodné předávkování, byly barbituráty předepisovány lékaři jako lék na nespavost. Dalšími z řady syntetických opiátů objevenými v meziválečném období je petidin (analgetikum), metadon, cetobemidon, dextromoramid (povzbuzovač silnější než heroin), benzodiazepiny (sedativa) (Escohotado, 2003).

„Jejich příběh bude vždy stejný: nejdříve je uvedou na trh jako drogy bez pozorovatelných vedlejších účinků, poté se zjistí, že jsou návykové, a nakonec-po několika letech budou zakázány.“ (Escohotado, 2003, s. 92)

Poslední novinkou ve světě drog se stal diethylamid kyseliny lysergové-LSD 25, získaný z houby známé jako ergol. Objevitel Albert Hofmann vytvořil preparát Delysid, který je expedován psychoterapeutům po celém světě a využíván při léčbě v psychoterapii. Též se využíval při léčbě závislosti na alkoholu ve formě náhražky (Escohotado, 2003).

2 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ ZÁVISLOSTI

Jsme toho názoru, že markantní většina lidské populace je na něčem závislá. Když slyšíme pojem závislost, představí si většina z nás pravděpodobně pouze drogy tzv. látkové, mezi ně patří např. alkohol, tabák, pervitin, extáze, LSD, marihuana, opiáty, koka-in. Presl ve své knize *Drogová závislost* tvrdí, že závislost na čemkoliv se dá postupně vypěstovat prakticky u každého v závislosti na určitých podmínkách daného člověka (Presl, 1995). Závislosti jsou však i nelátkové. Tyto závislosti se týkají našich zvyků a návyků, které se mohou stát velkou překážkou v běžném životě. *„Dnes jsou závislosti definovány obšírněji, takže do nich nespadá pouze užívání drog, ale také přetrvávající nutkavé chování, které je škodlivé nebo destruktivní, charakterizované neschopností člověka s nimi přestat.“* (Griffinová, 2011, s. 21)

V důsledku modernizace civilizace tyto nelátkové závislosti přibývají. Domníváme se, že mnoho lidí v naší společnosti se stalo obětí nějaké závislosti, ať už v menší či větší míře. Závislost je celospolečenský problém a můžeme ji nazvat závislým chováním člověka.

Dle Laci existuje mnoho závislostí, které se mezi sebou liší především projevy, ale v závěru jsou následky vlivu užívání drog nebo závislostního chování, pro závislou osobu a její okolí, velmi podobné a spočívají především v poškození těla a duše, ve zhoršující se finanční situaci a také vedou ke ztrátě sociálních vazeb (Laca, 2019).

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

„Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák.“ (Nešpor, 2007, s. 8, 9)

Závislosti látkové i nelátkové jsou problémem už u dětí mladších 15 let. Je to především závislost na sociálních sítích, internetu, herních konzolích a bohužel také na tabáku a alkoholu, se kterými začínají velmi brzy experimentovat. V horších případech se děti mladší 15 let setkají i s drogami typu marihuana, hašiš, pervitin, extáze a jiné.

Jelikož jsou děti velmi dobře ovlivnitelné, stávají se závislými příliš brzy a v určitých případech se s nimi závislosti táhnou až do dospělosti.

Závislost u dětí je velmi vážná záležitost a není radno ji podceňovat, jelikož čím je člověk mladší, tím je vyšší riziko vzniku závislosti.

Závislost je jednoduše návyk a zvyk, který si vytváříme my sami. Dle Laci v knize Sociální pedagogika je závislost duševní stav, ale i tělesný, který vzniká vzájemným působením mezi živým organismem a drogou. Je to nezdravý vztah k drogám a je podmíněn nekontrolovatelnou touhou dostat drogy do těla všemi možnými způsoby (Laca, 2019).

Fišerová uvádí v kapitole Neurobiologie závislostí, že droga látková je psychotropní látkou, což znamená, že má vliv na CNS a po její aplikaci vyvolává změny ve vnímání. Navozuje stavy euforie, stimuluje či tlumí, uvolňuje, přináší pocit štěstí, ale též halucinace. Okamžitý účinek těchto látek bývá většinou příjemný v počátcích závislosti. Následně vzniká základní rys závislosti a tím je obsedantně kompulzivní chování, tedy nevladatelné nutkání k užívání drogy či nutkání k určité činnosti (In: Kalina, 2003).

Dle Kudrleho je závislost chronická a postupující porucha, která se odvíjí od přirozené touhy člověka po změně prožívání (In: Kalina, 2003).

2.1 Diagnóza závislosti

Nešpor ve své knize uvádí, že definitní diagnóza závislosti se stanovuje v případě, že během jednoho roku došlo ke třem a více z následujících jevů.

Při užívání návykových látek převládá silná touha k dalšímu užití (jedná se o začátek a ukončení, či množství požité látky). Důležitým jevem jsou problémové projevy v oblasti sebeovládání při užívání návykové látky. Dalším z jevů potvrzující diagnózu závislosti je odvykací stav projevující se fyzicky (je to v případě, že je potřeba zredukovat příznaky, které způsobilo předchozí užití návykové látky, či látky příbuzné s podobnými účinky). Dále uvádí zvyšující se toleranci k účinkům návykové látky (k dosažení kýženého účinku je zapotřebí vyšší dávka), postupně dochází k potlačování a zanedbávání vlastních potřeb, zájmů nebo potěšení, jen za účelem dalšího užití látky. Poslední a nejzávažnější jev je, že uživatel návykových látek i přes vědomí toho, že je to škodlivé s ohledem na zdraví, dále pokračuje v užívání (dochází k poškození jater v případě nadměrného pití alkoholu, psychickým problémům jako například depresím v souvislosti s užíváním návykových látek) (Nešpor, 2007).

V souvislosti se závislostmi a jejich rozdělením Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 uvádí:

F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

F11 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů

F12 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů

F13 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik

F14 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu

F15 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů včetně kofeinu

F16 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů

F17 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku

F18 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel

F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek (MKN-10, online, cit. 2021-12-16).

2.2 Dělení závislosti

V souvislosti s užíváním těchto návykových látek dochází k rozvoji fyzické a psychické závislosti, které fungují na odlišných principech.

Fyzická závislost vzniká tehdy, kdy po vysazení drogy dochází k abstinčním příznakům. Mahdalíčková uvádí, že závislost fyzická se pozná dle abstinčních příznaků, které se dostaví v momentě, kdy je přerušena pravidelná přísun drogy a tím se naruší systém látkové výměny, na kterou byl organismus již navyklý (Mahdalíčková, 2014).

Abstinční příznaky se mohou lišit podle druhu drogy. Dle Laci se mohou tyto příznaky projevit nevolností, bolestmi hlavy, změnou v krevním tlaku, nespavostí, epileptickými záchvaty, nadměrným pocením (Laca, 2019).

Psychická závislost spočívá v touze a nutkání užívat drogu opakovaně navzdory tomu, že si závislý jedinec je vědom škodlivých účinků drogy. Riesel je toho názoru, s kterým se ztotožňujeme, že psychická závislost je neoprávněně brána na lehkou váhu, tedy za méně nebezpečnou než závislost fyzická, ale opak je pravdou. (Riesel, 1999).

Dle Mahdalíčkové je tato závislost příčinou opakovaných recidiv a je hůře ovlivnitelná než závislost fyzická a její zvládnutí se pohybuje v rozmezí několika měsíců či let (Mahdalíčková, 2014).

Závislost můžeme ještě rozdělit na primární a sekundární. V případě primární dochází k závislosti z důvodu užívání drog z toxikomanických důvodů (Riesel, 1999). Sekundární je však způsobena častým užíváním léků, či v důsledku jiné duševní poruchy (deprese), kdy se pacient snaží příznaky nemoci tlumit alkoholem či jinými návykovými látkami (Mahdalíčková, 2014).

Fišerová v kapitole Neurobiologie závislosti, jak jsme již zmínili, uvádí spojitost obsedantně kompulzivního chování se závislostmi, což úzce souvisí se serotoninem a tzv. systémem odměňování, na kterém se organismus stává závislým, z čehož vyplývá důležitost též dopaminu, který výrazně ovlivňuje mechanismus navození závislosti. Návykové látky ovlivňují vylučování těchto hormonů a z toho důvodu se mění okamžité pocitové stavy, vnímání, prožívání a dochází k vytvoření závislosti a nutkání užívat návykovou látku opakovaně (In: Kalina, 2003).

2.3 Užívání drog a jejich rozdělení

Užíváním jakékoliv návykové látky, které pozměňuje stav psychických i tělesných funkcí, dochází k intoxikaci organismu. „*Droga je jakákoliv látka, která je po vstupu do organismu schopná pozměnit jednu, anebo víc funkcí, působí přímo anebo nepřímo na nervový systém a může mít příznivé postavení léku.*“ (Novomestský, 1996, s. 23, překlad vlastní)

Užívání drog dle Novotného a Kolibáše může být experimentální, které je motivováno tužbou po vyzkoušení něčeho nového, neznámého u lidí, kteří například nejsou spokojeni se svým životem či situací, ve které se mohou nacházet. Příjemný zážitek po užití návykové látky vede k opakování aplikace, a tudíž k potencionálnímu rozvoji závislosti. Další forma je rekreační, která se vyznačuje epizodickým užíváním drogy při společenských aktivitách, a to jak legálních drog, tak i nelegálních. O symptomatické užívání se jedná v případě, že se užití drogy využívá ke zmírnění tělesných nebo psychických potíží či k tlumení příznaků nemoci. O kompulzivním užívání hovoříme tehdy, kdy je užití drogy výsledkem silné touhy po droze a je již jedním z příznaků závislosti (Novotný, Kolibáš, 1996).

Laca ve své knize hovoří o užívání drog z hlediska oprávněnosti a třech rovinách kontaktu člověka s drogou. Prvním je úzus, což znamená mírné užívání léčiv nebo jiných látek s charakterem drog v přiměřené dávce. Druhým je misúzus a dochází k němu v případě, kdy už užívání drog a léčiv není v souladu s aktuálními potřebami uživatele a jde o nepřiměřené překračování terapeutických dávek léčiv. Posledním třetím způsobem je abúzus, který může být pravidelný i občasný, avšak tento typ zneužívání drog a léčiv je nadměrný natolik, že může být ohrožený psychický i fyzický stav a výkonnost uživatele (Laca, 2019).

Riesel uvádí formy užívání drog následovně. Užívání se vyznačuje častostí náhodnou, rekreační či víkendovou, která neškodí jednotlivci ani společnosti. Zneužívání se týká případů, kdy drogy užíváme za účelem potěšení a vytvoření stavu otravy drogou, při kterém dochází ke změně duševního stavu ve frekvencích častého a nadměrného užití, které ovlivňuje duševní, fyzický stav a sociální vztahy. Zneužívání drog bez návyku se dá charakterizovat tím, že ještě chybí puzení k pravidelnému nebo nadměrnému užívání, čímž není prozatím ohrožena svoboda rozhodování. Zneužívání s návykem je již, když nutkání vzít si drogu je silnější než svoboda v rozhodování a je nutné stále navyšovat dávku a vzniká tolerance nervovými buňkami a organismem. Zvláštní formou užívání je doping, kdy se droga bere s účelem zvýšit výkonnost nebo bdělost (sportovci, studenti před zkouškou). Poslední a finální formou užívání je závislost na droze chorobná a vystupňovaná, nutkání užít drogy přetrvává i přes vědomost škodlivosti jejich účinku na zdraví. Drogově závislý dochází až k intoxikaci s psychickými změnami a brání se vystřízlivění, které doprovází abstinenční příznaky (Riesel, 1999).

2.3.1 Dělení drog

Rozdělit drogy můžeme z více hledisek. Kalina uvádí v Klinické adiktologii dělení dle účinku na psychiku, při kterém se bere v potaz hlavní účinek drogy ve zneužívaných dávkách. Jsou to tlumivé látky neboli narkotika (zpomalují psychomotorické tempo, zklidňují či navozují spánek), psychomotorická stimulancia (motoriku aktivují, zbaví únavy), halucinogeny (mají vliv na změny vnímání). Dále uvádí rozdělení dle míry rizika, což je dle Kaliny neznámější a nejpoužívanější dělení na měkké a tvrdé drogy (Kalina, 2015).

Ještě podrobnější rozdělení drog uvádí Laca v knize Sociální pedagogika. Prvním dělením je podle zákona na legální drogy (sociálně akceptovatelné) a nelegální drogy (výroba, prodej, uchovávání a šíření je trestné). Druhé dělení uvádí dle výroby na přírodní drogy (tabák, marihuana) a syntetické drogy (heroin, pervitin, kokain). Jako poslední dělení je, podle nejvýraznějšího účinku, na drogy s převážně sedativním účinkem, kam se řadí alkohol, barbituráty, hypnotika, inhalační prostředky, kdy při jejich užití dochází k celkové uvolněnosti, ztrátě zábran, zvýšené aktivitě, euforii, úzkostným stavům a ztrátě koncentrace. Dále uvádí drogy s převážně povzbuzujícím účinkem, do kterých spadá kokain a amfetaminy, tudíž se jedná o stimulanty, jejichž účinky způsobují dráždění nervové soustavy, zvyšují krevní tlak a krevní oběh, navozují stav vyšší energie a síly, dochází ke ztrátě chuti. Další kategorií jsou halucinogeny, tam spadá marihuana, hašiš, LSD, MDMA, extáze, meskalin, syntetické drogy, houby, které navozují stav transu, úzkosti, zmatku nebo také euforie, vidin následovanými depresí. Dále uvádí dělení na narkotické látky, což je heroin, morfium, opium, kodein, syntetické opiáty, metadon, které mají vliv na navození pocitu radosti, euforie, síly, utlumují CNS a mohou způsobit problémy s dýcháním, též mají analgetické účinky, vyvolávají zmatenost, letargii a ospalost. Poslední kategorií jsou steroidy, při jejichž užívání dochází k rychlému nárůstu svalů, výkonnosti, síly, vytrvalosti, avšak s mnoha vedlejšími účinky jako je diabetes, hypertenze, změna nálad (Laca, 2019).

V následujících tabulkách ke každé droze uvedeme základní údaje vztahující se k jejich účinkům na psychické a fyzické zdraví, jakou závislost způsobují, a jak se projevují abstinční příznaky.

Tabulka 1 Rozdělení drog podle míry závislosti

DROGA	PSYCHICKÁ ZÁVISLOST	FYZICKÁ ZÁVISLOST	ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY
Benzinodizepiny	<i>Slabá</i> (vzniká pomalu)	<i>Slabá</i>	Slabé, různorodé, těžký strach, insomnie, epileptické záchvaty, poruchy spánku, citění mimo realitu, třes, křeče, halucinace, nevolnost a zvracení, paranoidní stavy.
Barbituráty	<i>Slabá až střední</i> (vzniká pomalu)	<i>Výrazná</i>	Těžké, strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku, třes, křeče, nevolnost a zvracení, insomnie, epileptické záchvaty, paranoidní stavy.
Kodein, morfin, heroin,	<i>Silná</i> (vzniká rychle)	<i>Silná, silná, silná</i>	Střední, těžké, strach, úzkost, nespavost, svalové křeče a bolesti, nevolnost a průjem, chvění a třes
Methadon	<i>Slabší</i>	<i>Silná</i>	Slabší (pomaleji se vylučuje z organismu).
Kokain	<i>Silná</i> (vzniká snadno)	<i>Slabá</i>	Především psychické znaky, těžké deprese, únava, špatné sny, nespavost či nadměrná spavost, zvýšená chuť k jídlu.
Marihuana	<i>Střední</i> (vzniká relativně rychle při kouření)	<i>Střední</i>	Slabé, strach, úzkost, podrážděnost, třes rukou, poruchy spánku, svalová slabost.
Amfetamin, extáze	<i>Silná</i> (trochu pomalejší vznik-pokud se neaplikuje injekčně)	<i>Slabá</i>	Především psychické znaky, těžké deprese, dysforie, poruchy spánku, letargie a únava, zvýšená chuť k jídlu, psychomotorický neklid.
Halucinogeny-LSD, meskalin	<i>Slabá</i>	<i>Slabá</i>	Řídké, nezvyklé vzhledem k frekvenci užívání, která nebývá tak častá, aby se vyvinula "fyzická závislost".
Toluen, tetrachloretylen	<i>Slabá</i> (rychle rozvíjející)	<i>Slabá</i>	Neobjevují se fyzické abstinenční příznaky.
Kofein	<i>Slabá</i> (pomalu vzniká)	<i>Slabá</i>	Především psychické znaky, deprese, únavnost, bolest hlavy.
Alkohol	<i>Středně silná</i> (vzniká pomalu)	<i>Střední až silná</i>	Těžké, strach, úzkost, deprese, bolesti hlavy, nespavost, třes, zvýšený krevní tlak a tep, zvracení, pocení, křeče, zmatenost, halucinace.
Nikotin	<i>Slabá</i> (rychlý vznik u kouření)	<i>Slabá</i>	Především psychické znaky, podrážděnost, strach, úzkost, deprese, zvýšená chuť k jídlu.

Autorka práce, 2022 (podle: Fišerová In: Kalina, 2003, Riesel, 1999, Kalina, 2015)

Tabulka 2 Rozdělení drog podle psychických a fyzických důsledků

DROGA	PSYCHICKÉ DŮSLEDKY	FYZICKÉ DŮSLEDKY
Benzinodizepiny Barbituráty	Poruchy paměti, pozornosti, vůle, vědomí, paranoia, neklid, zmatenost, degenerace osobnosti, úbytek funkční mozkové tkáně a následná invalidita.	Zvracení, chudokrevnost, kožní problémy, únava, poruchy ledvin, útlum srdeční činnosti, úbytek na váze, třes končetin.
Kodein, morfin, heroin,	Chudost myšlení, poruchy vůle, lenost, neklid s poruchami vědomí, lhaní a úzkost, ztráta odpovědnosti.	Morfin-poruchy spánku, třes, zácpa, stařecký vzhled, poruchy metabolismu cukrů, porucha plodnosti Kodein-bledost, nechutenství, hubnutí, apatie. Heroin-žaludeční vředy, poškození jater, záněty nervů a žil, trombóza, abscesy v místě vpichu, infekční postižení kloubů.
Kokain	Deprese směřující k sebevraždě, poruchy vnímání, pokles intelektu, paranoia, násilné chování.	Úbytek na váze, poškození cévního systému, infarkty myokardu, poruchy spánku.
Marihuana	Deprese, poruchy paměti, pozornosti a citové oblastí, nespavost, zmatenost, výkyvy nálad vedoucí k sebepoškozování, agrese.	Záněty průdušek, bušení srdce, zvýšený krevní tlak, snížení imunity a poruchy hormonální činnosti.
Amfetaminy	Poruchy vnímání a nálad, agresivita, neklid, paranoia, deprese, únava, napětí a apatie končící sebevraždou.	Mozkové krvácení, smrtelné infarkty myokardu, úbytek na váze, poruchy štítné žlázy a močení.
Halucinogeny-LSD,	Poruchy vnímání, myšlení, sebevraždy způsobené poruchami prostorového vnímání, agresivita, zkreslení sluchových, zrakových a hmatových vjemů.	Chudokrevnost, poruchy plodnosti, nedostatek vitamínů a bílkovin, poškození jater a ledvin, epileptické křeče, zmenšování mozečku a mozku, záněty očních nervů, záněty průdušek.
Toluen, tetrachloretylen	Poruchy prožívání, vědomí, paranoia a bludy, úzkost, strach.	Zmenšování mozečku a mozku, poruchy vnitřního prostředí tkání, chudokrevnost, záněty průdušek, epileptické křeče, poškození jater a ledvin.
Kofein	Podráždění, neklid, nespavost.	Poškození žaludku a slinivky břišní, dráždivý vliv na močové cesty.
Alkohol	Poruchy spánku, úzkostně depresivní stavy, poškození mozku s vyústěním do demence, halucinace, poruchy paměti, paranoia, změny kognitivních funkcí.	Poruchy trávicího traktu, cirhóza jater, hypertenze, kardiomyopatie, porucha krvetvorby, organické poškození mozku, poškození endokrinního, systému, FAS poškození plodu.
Nikotin	Poruchy soustředění a spánku, neklid.	Chronický zánět dýchacích cest, poruchy trávení a potence u mužů.

Autorka práce, 2022 (podle: Fišerová In: Kalina, 2003, Riesel, 1999, Kalina, 2015)

2.4 Závislosti nelátkové

Neboli závislosti na procesech či behaviorální závislosti. Typickými projevy jsou podléhání impulzu a ztráta kontroly. Závislosti na proces se dají též definovat jako opakující se vzorec chování zvyšující riziko zdravotních či osobních a společenských problémů (Kalina, 2015).

Přestože u závislostí nelátkových nepoškozujeme tělo jako v případě látkových závislostí, dopady na společenský život i duševní zdraví mohou být ničivé. Klasifikovat tyto závislosti v dnešní době dle medicínského hlediska lze takto: aktuálně uznávané, již klasifikované diagnózy, nebo nové, dosud nezařazené poruchy. Mezi uznávané klasifikované diagnózy patří F63 nutkavé a impulzivní poruchy, kam se řadí patologické hráčství, kleptomanie (chorobné krádeže), pyromanie (chorobné zakládání požárů), trichotilománie (chorobné vytrhávání vlastních vlasů a ochlupení), dále můžeme znaky závislostního chování vyznačovat u diagnózy F52.7 hypersexualita (závislost na sexu) a F50 poruchy příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie, přejídání spojené s psychologickými poruchami apod.) Do skupiny dosud nezařazených poruch patří ty závislosti, které souvisí s lidskými aktivitami. S rozvojem moderní technologie především té informační rozlišujeme tyto kategorie: technologické závislosti (počítače, internet, televize, herní konzole, hudba), závislosti na nakupování (oniománie), závislost na práci (workoholismus). Tyto zmíněné závislosti jsou diagnostikovány jako primární porucha bez další výrazné patologie a jsou řazeny dle MKN 10 do kategorie F63.8 Jiné návykové a impulzivní poruchy. Skutečností je, že existuje mnohem více aktivit, na kterých si člověk může vytvořit závislost. U všech nelátkových závislostech pozorujeme 3 společné základní charakteristiky. Jako první je nezpůsobilost odolávat pokušení či impulzům dělat to, co je bráno jako nebezpečné. Dále nemocný si je vědom zvětšujícího se napětí před výkonem činnosti. Poslední charakteristikou je, že nemocný je schopný popsat nastalý stav uspokojení a vzrušení ve chvílích, kdy činnost provádí (Klinika Adiktologie [online], cit. 2022-01-04).

3 PŘÍČINY ZÁVISLOSTI

Problém u rozvoje příčin závislosti je komplexní záležitost stavěná na bio-psycho-socio-spirituálním modelu. Všechny tyto faktory se navzájem ovlivňují. Výzkumy drogových závislostí prokázaly určité genetické predispozice, dispozice osobnostní a rozdílné dispozice u mužů a žen (tzv. gender faktor), též je prokázána zvýšená schopnost reakce a citlivost u dětí ve vztahu k rozvoji drogové závislosti (Fišerová in Kalina, 2003).

3.1 Biologické faktory

U biologických faktorů hrají důležitou roli v období prenatálním užívání alkoholu či jiných návykových látek matkou dítěte. Dále jsou to okolnosti porodu tedy období perinatální, a to v souvislosti, zda byly matce podány tlumivé psychotropní látky v době porodního stresu. Postnatální období je podstatné z hlediska psychomotorického vývoje dítěte, přítomnosti traumat či nemocí. Za jediné potvrzené genetické faktory je zvýšená tolerance dětí vůči alkoholu u rodičů závislých na alkoholu (Kudrle in Kalina, 2003).

Kalina uvádí, na základě genetických studií u závislých osob, že závislost souvisí s psychiatrickým či psychickým onemocněním. Též uvádí, že navození či udržení drogové závislosti se mění během celého života a vývoje jedince v závislosti právě na vlivech genetických a prostředí. Studie prokazuje epigenetické změny způsobené vlivem prostředí (např. nadměrný stres prožitý v dětském věku), které způsobují větší náchylnost k závislostem a užívání návykových látek (Kalina, 2015).

Presl zmiňuje další biologické faktory jako je zhoršující se životní prostředí, škodlivé složení stravy, příliš nízký nebo vyšší věk matky (Presl, 1995).

3.2 Psychologické faktory

Psychologické faktory závislosti mají působnost již v prenatálním a perinatálním období, a to prostřednictvím matky a přenášení prožitků na dítě. Pokud je matka v těhotenství ve stresu z mnoha důvodů, přechází tento stres na dítě. V případě, kdy začne z důvodu stresu užívat léky na jeho utlumení, vzniká jakýsi záznam o efektu těchto tlumivých látek.

Pokud se následně takové dítě setká s látkou se stejným působením, vzniká sice nový, ale již poznáný pocit, tudíž může docházet k rychlejšímu rozvoji závislosti. Důležitá je též postnatální péče, kdy se především uspokojují základní potřeby dítěte. Dalším psychologickým faktorem je včasná a správná podpora v období dospívání, kdy se setkáváme s krizí hledané identity s čímž souvisí též duševní poruchy jako deprese, úzkosti či psychózy. Pokud není v těchto případech včas poskytnuta přiměřená pomoc, obvykle vede k rozvoji vzniku závislosti prvotní sebemedikace daného problému (Kudrle in Kalina, 2003).

Laca ve své knize Sociální pedagogika uvádí za psychologické faktory úzkost, nejistotu, emoční nejistotu, větší míru stresu a frustraci, slabou motivaci pro vzdálenější cíle (Laca, 2015).

Psychologické faktory vzniku závislosti, jak uvádí Frouzová, souvisí s účinkem drog. Na základě výzkumu psychologické etiologie toxikomanie jako duševní poruchy se vysledovalo a částečně potvrdilo, že uživatelé drog se stávají na nich závislími především pro jejich účinky, které ovlivňovaly uživatele drog při řešení stavů např. frustrace, odcizení, deprese, emocionální bolesti nebo jim přinášely pocity, po kterých uživatel prahнул např. odvaha, moc, zábava, uvolnění, únik. V souhrnu uvádí šest základních možností, které různé drogy poskytují:

- Jsou prostředkem k dosažení kontroly a moci nad sebou nebo druhými.
- Zprostředkovávají a urychlují zážitek ve formě zvláštního poznání k uvědomění si sám sebe a smyslu života svého.
- Mají velký vliv při nemoci fyzické nebo psychické, tím že dokáží ovlivnit nepříjemný stav osoby, ve kterém se nachází. Ovlivňují též stavy spojené s pocitem neschopnosti a méněcennosti ve smyslu zbavování těchto pocitů prostřednictvím užití návykové látky.
- Navozují příjemné a slastné stavy a navozují vyšší intenzitu smyslových prožitků.
- V případě kolektivního cítění, pomáhají lépe zapadnout do společnosti, která drogy běžně užívá.
- Navozuje stavy, které napomáhají při asociálním způsobu života v případech, kdy dochází k posilování agresivity, sebestřednosti a potlačení empatického cítění související s následnými nepříjemnými výčitkami svědomí (Kalina. 2003).

3.3 Sociální a spirituální faktory

V případě sociálních faktorů se ztotožňujeme s názorem Presla, který uvádí tyto faktory jako nejpodstatnější. Patří do nich prakticky vše, co nás obklopuje. Rodiče, sourozenci, kolektiv ve škole a v práci, vrstevníci a neposledně taktéž veškerá média a sociální síť. Nejsilněji tento proces celoživotního učení probíhá v rodině. Hlavním prvkem v rozvoji závislosti je matka. Presl zmiňuje tzv. prorotyp matky, který poznal v rámci své dlouholeté praxe. Jedná se o matky hyperprotektivního modelu, který je pro vznik drogové závislosti velmi rizikový. Tento model matky je o přepečlivosti. Vychovávané dítě je v očích matky viděno stále jako malé dítě. Nepřiměřeně o něho pečuje, kontroluje a zařizuje se nevhodným způsobem vzhledem k věku dítěte (Presl, 1995).

Kalina toto tvrzení o příčině vzniku závislosti potvrzuje spolu s dalšími na základě výzkumu (Szapocznik, Coatsworth, 1999). V této studii jsou uvedeny rodiny s charakteristikou související s užíváním drog dětmi. Je to užívání drog samotnými rodiči a jejich trestná činnost. Dále již zmíněná přepečlivá péče v období adolescence, ale také opak ve formě zanedbávání péče, na vině může být též špatná komunikace mezi rodiči a adolescenty, špatné nastavení pravidel a jejich nedodržování či nedůslednost v dodržování. V neposlední řadě se to týká rodin, ve kterých je projevem nedostatečný zájem a pozornost vůči zájmům a vztahům s vrstevníky dítěte (Kalina, 2015).

K tvrzení Kaliny o užívání drog rodiči se přiklání též Barnardová. Ve své knize *Drogová závislost a rodina* se věnuje především tématu sociálního faktoru rodiny na vznik závislosti. Z důvodu několikaletého trvání boje rodičů s drogami dochází k výkyvům mezi stabilitou a zmatky způsobenými rodiči. Dítě je součástí veškerého chaosu a nepředvídatelnosti. Potřeby dítěte jsou zanedbávány a dochází k větší zranitelnosti v případech zanedbání, zneužívání či týrání. Citové vazby jsou narušeny z důvodu náklonosti rodičů k drogám a dochází k emocionální deprivaci. Nejen rodiče, ale též starší sourozenci mají značný vliv na rozvoji závislosti u mladších sourozenců. Uvádí, že pouze starší sourozenci měli podstatný vliv na rozvoj užívání drog u mladších sourozenců. Mladší sourozenec vzhlíží k tomu staršímu a je jeho vzorem, tudíž začne jeho chování kopírovat (Barnardová, 2011).

Souhlasíme též s tvrzením Kudrleho, že závislí mohou být traumatizováni v dětství nebo později v životě, a to formou sexuálního zneužívání a fyzického týrání ze strany rodičů či blízkého příbuzného, nečekaná smrt člověka, se kterým je utvořena citová vazba, též traumatem je vážná nemoc, úraz, operace, bolestivá léčba a hospitalizace s tím související. V období dospívání a dospělosti se do traumat řadí tělesné a sexuální násilí, pokus o vraždu, vážná nehoda, znásilnění, napadení či přepadení (Kudrle in Kalina, 2003).

Mahdalíčková uvádí, že důležitou roli má též tlak kolektivu, ve které se jedinec nachází. Tlak od vrstevníků a strach z vyčlenění ze skupiny je významný faktor ovlivňující podněty k užívání drog. Proč jsou drogy pro mladou generaci tak přitažlivé? Zvědavost (jak budou drogy působit), přizpůsobení se vrstevníkům, ke snížení stresu a relaxace, překonání studu, způsob protestu proti světu kolem nás, forma úniku před problémy, u studentů zvýšení koncentrace a pozornosti, vyvolávání příjemných prožitků nebo jen kvůli tomu, že drogy jsou v módě (Mahdalíčková, 2014).

Spirituální model příčin závislostí, jak uvádí Kudrle, je otázkou smyslu života. Lidé se uchylují k braní drog v případech, kdy dochází ke ztrátě smyslu života, existenčním prázdnu a depresím. Je to především duchovní krize a touha po celistvosti (Kalina, 2003).

4 LEGISLATIVA ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVY

Ústavní a ochranná výchova jsou součástí systému náhradní výchovné péče. Je určena pro děti, u kterých došlo ke ztrátě rodiny, či k její nefunkčnosti jako celku, ve kterém nejsou rodiče schopni poskytnout adekvátní péči. Jedná se především o rizikové prostředí rodiny, která neplní základní výchovné funkce, ale týká se to též dětí psychicky nemocných, které se vzhledem ke svému onemocnění nejsou schopni rozvíjet ve standardních rodinných podmínkách (Pilař in Jedlička a kol., 2015).

Z toho plyne fakt, že rodina je základním faktorem působícím při formulaci osobnosti dítěte a jeho výchovy. V prvopočátcích je to matka, následně se přidávají ostatní členové rodiny. V případě neposkytování přiměřené péče a výchovy se rodina stává však rizikovým faktorem a vyvstává otázka, do kdy je v zájmu dítěte rodinu i přes její nefunkčnost podporovat a kdy nastává vhodná doba na přistoupení k ústavní a ochranné výchovy. Jistě je to krajní řešení, ale ve prospěch zájmů dítěte je to v mnoha případech nezbytné.

Zákony související s legislativou ústavní a ochranné výchovy jsou: zákon o sociálně-právní ochraně dětí 359/1999 Sb., občanský zákoník 89/2012 Sb., zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních 109/2002 Sb. (změněno zákonem č. 383/2005 Sb.), zákon o soudnictví ve věcech mládeže 218/2003 Sb.

Systém sociálně-právní ochrana dětí spadá do kompetencí Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva spravedlnosti. Další složkou systému jsou úřady krajů (Pilař in Jedlička a kol., 2015).

Při zachycení výchovného problému přichází jako první k řešení nastalé situace OS-POD (orgán sociálně-právní ochrany dětí) a jeho sociální pracovníci dle zákona 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, kteří jsou povinni zavést opatření, které vede k odstranění příčin a následků z důvodu ohrožení či narušení vývoje a výchovy dětí, především pokud se jedná o tělesné a psychické násilí a zanedbávání péče (Pilař in Jedlička a kol., 2015).

O nařízení ústavní a ochranné výchovy rozhoduje soud na základě šetření OSPODU a podáním návrhu od obecného úřadu.

Následně soud určí do jakého zařízení bude dítě zařazeno s ohledem na zájmy dítěte a jeho trvalé bydliště či bydliště jeho blízkých členů rodiny. Pokud se dítě dostane do krizové situace, kdy je bez jakékoliv péče nebo je jeho život a vývoj vážně ohrožen, vydává se předběžné opatření soudem, které stanoví, komu bude péče o dítě předána. Nařizuje se na základě návrhu okresního soudu a musí být rozhodnuto nejpozději do 24 hodin od podání návrhu (Pilař in Jedlička a kol., 2015).

4.1 Ústavní výchova

Dle Slomka je to výchovné opatření, které nařizuje soud v občansko-právním řízení za předpokladu, že jiná opatření nenabyla účinnosti v nápravě stavu a je evidentní, že jiné možnosti nejsou již možné. Jedná se o případy, kdy rodina není schopna plnit si svou funkci nebo zanikla. Ústavní výchova nemá trestní charakter. Povinností soudu před nařízením ústavní výchovy je prozkoumat, zda není možné výchovu dítěte zprostředkovat prostřednictvím náhradní rodinné péče. Pokud dojde k pominutí důvodů k nařízení ústavní výchovy nebo je možnost zařízení výchovy formou náhradní rodinné péče, soud může ústavní výchovu zrušit (Slomek, 2010).

Dle zákona 109/2002 je ústavní výchova poskytována dětem ve věku od 3 do 18 let, z možností prodloužení do 19 let na základě rozhodnutí soudu. Nařízení ústavní výchovy vychází z vícero předpisů uvedených v zákonech 89/2012 Sb., 109/2002 Sb., které dávají pravomoc ve věci nařízení ÚV v případech ohrožení, narušení výchovy nebo z důvodu neschopnosti rodičů ze závažných důvodů výchovu poskytnout. Dle ustanovení a předpisu zákona 109/2002 Sb. se rodičům stanoví výše a rozsah vyživovací povinnosti. Dále uvádí povinnost soudu jednou za 6 měsíců přezkoumat důvody nařízení ÚV a zda stále trvají nebo je možné zajistit náhradní rodinnou péči. Ve školských zařízeních určených pro výkon ÚV a OV se musí zajistit základní právo dítěte na výchovu a vzdělávání, měly by být vytvořeny takové podmínky, které umožňují podporu v oblasti sebedůvěry, rozvíjení citové stránky osobnosti a aktivní účasti dítěte ve společnosti. Zacházení s dítětem má být v souladu s plným a harmonickým rozvojem osobnosti s ohledem na potřeby přiměřené jeho věku.

Zařízení má poskytovat spolupráci s rodinou dítěte, pomoc rodině ve věcech týkající se záležitostí dítěte, rodinnou terapii, poradenskou pomoc při nácviku rodičovských kompetencí ke správné výchově a péči o dítě (zákon 109/2002 Sb.).

4.2 Ochranná výchova

Ochranná výchova se ukládá dle zákona 218/2003 Sb. odpovědnost mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže. Opatření ukládá soud dětem mladším 15 let nebo mladistvému starší 15 let do dovršení 18 let či dokud to vyžaduje účel uložení OV, ale může být prodloužena soudem až do 19 let. Pokud před započítáním výkonu OV zaniknou důvody uložení, může soud opatření zrušit. V případě uložení OV se jedná především o páčání protiprávních a trestných činů. Může být uložena i v případech, že výchova u mladistvého byla z nějakého důvodu nedostatečná nebo mladistvý žije v prostředí, které mu není schopno poskytnout adekvátní výchovu a ústavní výchova pozbývá účinnosti. Hlavním účelem uloženého opatření je dosáhnout vytvoření správných podmínek pro další sociální a duševní rozvoj vzhledem ke stupni mravního a rozumového vývoje, též ochrana ve smyslu, kdy je mladistvý chráněn před sebou samým a není mu umožněno páchat další trestnou činnost ve věci ochrany společnosti (zákon 218/2003 Sb.).

Ochranná výchova nemá trestní charakter a neuvádí se do trestního rejstříku. Příčiny uložení ochranné výchovy spočívají především pokud jsou přítomny zvláště výrazné negativní a antisociální projevy chování a činů, které by v dospělosti byly kvalifikovány jako trestný čin (Slomek, 2010).

Uložení OV je opatřené nejprísnejší, jak uvádí Zeman, je to odnětí nezletilce z výchovy zákonných zástupců a následně jeho zařazení do prostředí s prísnyým režimem (Zeman, 2009).

4.3 Instituce ústavní a ochranné výchovy

Školskými zařízeními jsou dle zákona 109/2002 Sb. diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav. Jsou do nich umisťováni děti od 3 do 18 let, ale též zletilé osoby na základě žádosti do 26 let u kterých je ÚV nebo OV ukončena a připravují se na budoucí povolání. Tato zařízení též poskytují péče dětem, které nejsou občany ČR a odpovídají podmínkám zákona o sociálně-právní ochraně dětí. Dále jsou do zařízení umisťovány též děti se zdravotním postižením (mentálně, tělesně, smyslově, s vadami řeči či vícero vadami) dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dle zákona všechna zařízení pro výkon ÚV a OV, zprostředkovávají péči, která je zpravidla poskytována rodiči. Dále poskytuje speciálně pedagogické a psychologické služby i ambulantní formou pro děti mimo zařízení. Do služeb poskytovaných zařízeními se řadí ubytování, zajištění stravy a ošacení, potřeby a pomůcky k výuce, s tím související úhrada nutných nákladů na vzdělání včetně úhrady za dopravu do místa vzdělávání. Dále poskytují platby za zdravotní služby, léky či zdravotnické prostředky. Při odchodu ze zařízení je klientům poskytnuta peněžitá pomoc. Klientům jsou též hrazeny náklady na potřeby týkající se volného času a rekreace, kulturních akcí, sportovní či uměleckou činnost (zákon 109/2002 Sb.).

Předpisy, které obsahují podrobnosti výkonu ÚV a OV ve školských zařízeních, jsou upraveny vyhláškou MŠMT 438/2006 Sb. Jsou v ní uvedeny informace týkající se organizace a podmínek provozu, rozsah činností, kritéria pro zařazování dětí, jejich propouštění či přemísťování, zajišťování bezpečnosti a pořádku, upřesňuje organizaci zajištění stanovisek ÚV a OV. K vyhlášce patří vzorový vnitřní řád všech zmíněných zařízení (Zeman, 2009).

Slomek uvádí, že vyhláška se týká též zabezpečení výkonu ÚV a OV u nezletilých matek a jejich dětí, stanovování léčebných a výchovných režimů, organizace umisťování a pobyty dětí cizinců, organizace a zabezpečení výchovně vzdělávací činnosti v zařízeních, umisťování dětí se zdravotním postižením (Slomek, 2010).

4.3.1 Diagnostický ústav

Hlavním úkolem DDÚ je umístění přijatých dětí do jednotlivých zařízení určených k výkonu ÚV a OV. Přijímány jsou děti s předběžným opatřením, s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou, také děti zadržené na útěku. Na základě komplexní diagnostiky zdravotního stavu, osobnosti, výchovně vzdělávacích priorit a doporučení vhodných metod a přístupů zpracuje v rámci výchovně-terapeutického pobytu, který trvá 8 týdnů, DDÚ komplexní zprávu, dle které se následně dítě umístí do vhodného školského zařízení pro výkon ÚV a OV (Jánský, 2014).

Součástí DDÚ jsou 3 výchovné skupiny pro potřeby komplexního vyšetření dětí. Jsou členěny dle pohlaví a věku dítěte. Pokud ministerstvo udělí souhlas, může dítě zůstat v péči DDÚ, ve výchovných skupinách určených dětem, které dokončují studium a není jim doporučeno přemístění do jiného zařízení. DDÚ se člení na dětský diagnostický ústav, který je určen pro děti s nedokončenou povinnou školní docházkou a na diagnostický ústav pro mládež, který přijímá děti s ukončenou povinnou školní docházkou. Plní funkce diagnostické, vzdělávací, terapeutické, výchovné, sociální, organizační a koordinační. Zákon 109/2002 Sb., vymezuje funkce následovně. Diagnostická tkví ve vyšetření aktuální úrovně dítěte formou pedagogických a psychologických činností. V rámci vzdělávací se zjišťuje úroveň dosažených znalostí, dovedností a na základě toho se tvoří specifické vzdělávací potřeby dítěte, které působí v rámci zájmu rozvoje osobnosti dítěte s ohledem na věk a předpoklady. Terapeutická funkce slouží k nápravě poruch chování a sociálních vztazích formou pedagogicko-psychologických činností. Výchovné a sociální působení funkce se vztahuje přímo k osobnosti dítěte, k situaci týkající se jeho rodiny a nezbytné sociálně-právní ochraně dětí, též dle potřeby poskytuje zdravotní vyšetření dítěte. Organizační funkce souvisí s umístěním dítěte do zařízení, které jsou součástí územního obvodu DÚ, v některých případech i mimo územní obvod, v rámci organizační funkce spolupracuje DÚ s orgánem sociálně-právní ochrany dětí ve věci návrhu na nařízení předběžného opatření či přípravě vyjádření pro soud v záležitosti určování budoucího zařízení, do kterého bude dítě umístěno. Koordinační funkce má za úkol sjednocování a prohlubování postupů všech návazných zařízení v rámci územního obvodu DÚ, ověřuje jejich účelovost a sjednocení součinnosti se všemi orgány státní správy a osobami, které se starají a zabezpečují péči o děti (zákon 109/2002 Sb.).

Slomek uvádí ještě další dvě funkce DÚ. Záchytnou, která se zaobírá dětmi s ÚV a OV zadrženými na útěku z jiných zařízení nebo od zákonných zástupců či osob odpovědných za výchovu a koncepční, která souvisí s vypracováním návrhu pro ministerstvo v rámci změn, které jsou potřeba provést u zařízení v územním obvodu DÚ a upozornění na okolnosti, které vyžadují zásah zřizovatele (Slomek, 2010).

4.3.2 Dětský domov a dětský domov se školou

Dětský domov je určen pro děti od 3 let do 18 let s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Plní především funkci výchovnou, sociální a vzdělávací. Vzdělávání probíhá ve školách, které nejsou součástí dětských domovů. Do DD se také umísťují nezletilé matky s jejich dětmi dle vyhlášky 438/2006 Sb. (Slomek, 2010).

Základem DD je rodinná skupina dětí všech věkových kategorií a různého pohlaví, přičemž skupina má nejméně 5 a nejvíce 8 dětí a samotných skupin je možno vytvořit nejméně 2 a nejvíce 8. V případě sourozenců se preferuje společné umístění do DD a jedné rodinné skupiny (Pilař in Jedlička, 2015).

Do dětského domova se školou se umísťují děti s nařízenou ústavní výchovou, které vykazují známky závažných poruch chování, nebo mají duševní poruchy a vyžadují výchovně léčebnou péči. Dále děti s uloženou ochrannou výchovou a nezletilé matky a jejich děti, které mají nařízenou ÚV a OV. Umístění se týká již dětí od 6 let do ukončení povinné školní docházky. V případě, že během povinné školní docházky zaniknou důvody pro výuku ve škole při dětském domově, lze dítě zařadit do školy, která není součástí dětského domova se školou, vše na žádost ředitele DD. Dále platí, že po ukončeném školním vzdělávání může být dítě přerazeno do výchovného ústavu, a to z důvodu přetrvávajících závažných poruch chování a následného vzdělávání na střední škole (zákon 109/2002 Sb.).

4.3.3 Výchovný ústav

Do výchovného ústavu se umisťují děti starší 15 let mající závažné poruchy chování s nařízenou ÚV nebo uloženou OV, přičemž jsou tyto dvě skupiny zřizovány v rámci výchovného ústavu odděleně, popřípadě jako výchovná skupina, které potřebuje výchovně léčebnou péči či jsou nezletilými matkami s ÚV nebo OV. Přijímání jsou také děti mladší 15 let, ale starší 12 let v případech, kdy jsou projevy závažných poruch chování extrémní a nelze dítě umístit do dětského domova se školou. Výchovný ústav plní funkce výchovné, sociální a vzdělávací (Slomek, 2010).

4.4 Charakteristika klientů ústavní a ochranné výchovy

V publikaci od Večerky a kol, Problémové děti ve školských zařízeních jsou uvedeny průzkumy z roku 1998 provedeny Institutem pro kriminologii a sociální prevenci, které byly realizovány na základě podnětů od MŠMT.

Zaměřili jsme se v této kapitole především na téma úplnosti rodin a závislostí. Dle výpovědí pracovníků dětských výchovných a diagnostických zařízení je shoda v otázkách ohledně zhoršující se charakteristiky dětí, a to v souvislosti s faktorem působící na děti ve formě rozvrácených rodin (58 % dotázaných klientů) a nárůstu problematiky závislostí s alkoholem, kouřením, drogy a hraním automatů. Celých 82 % dotázaných se orientuje v běžných vědomostech v oblasti drog, 57 % pije alkohol, 70 % čichá chemické prostředky, 61 % kouří marihuanu, 58 % užívá tvrdé drogy, 70 % kouří tabák, 84 % hraje automaty, celkově závislých klientů je 81 %. V průběhu školní docházky průzkum prokázal, že 49 % klientů ÚV a OV kouří tabák, 19 % pije alkohol a 17 % bere tvrdé drogy. Faktické důvody umístění představují v procentech u pití alkoholu 13,6 %, kouření 39,8 %, problémy s drogami 11,3 % a sklony k hazardu 4,5 %. Výzkumný vzorek byl v počtu 464 klientů a veškeré uvedené informace byly získány na základě zpráv z OSPOD, diagnostických ústavů, výchovných ústavů, dětských domovů a dětských domovů se školou, od příslušných pracovníků zařízení, a to prostřednictvím dotazníků a zpráv příslušných zařízení (Večerka a kol., 2000).

Všeobecná charakteristika klientů s nařízenou ÚV a uloženou OV jsou děti, které mají v anamnéze nepříznivou minulost, špatnou prenatální i postnatální péči čímž je vývoj těchto dětí značně narušen již na počátku života. *„Pro zdravý vývoj dítěte je potřebné a přirozené vyrůstat v rodinném prostředí, které mu poskytuje dostatek podnětů a pocit kontinuity. Pouze takové prostředí je schopno pozitivně ovlivnit narušený vývoj dítěte.“* (Ptáček a kol. in Pacnerová, 2015, s. 40)

Jedlička uvádí 5 kategorií dětí. Oboustranní sirotci, děti ohrožené sociálně patologickými jevy z blízkého okolí (dysfunkční rodiny, sociálně slabé prostředí, alkoholismus a závislosti v rodině, delikvence dospělých), děti s rizikovým chováním a výchovnými problémy a také s výchovnými problémy způsobenými psychickými a neurologickými poruchami CNS, děti s kriminálními zkušenostmi. Na základě provedené analýzy amnestických údajů 330 dětí z výchovných ústavu uvádí, že 64 % dětí je z neúplné rodiny, 13 % je z rodiny úplně dysfunkční, 17 % je z rodiny úplné, 6 % z rodiny plně funkční (Jedlička a kol., 2015).

5 PREVENCE ZÁVISLOSTI U KLIENTŮ V ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVĚ

Prevence v pojetí u návykových látek se dělí na primární (předcházení výskytu návykového onemocnění před jeho vznikem), sekundární (prováděna po vzniku nemoci ve smyslu předcházení negativních vlivů na psychické a fyzické zdraví) a terciální (účelem je předcházet dalším možným poškozením, které při návykovém onemocnění vznikají) (Nešpor, 2018).

Každé školské zařízení má dle pokynů MŠMT vypracovaný minimální preventivní program, není však vymezen přesný koncept rámce těchto preventivních opatření v celém svém obsahu ve školských ústavních zařízeních, tudíž nelze ošetřit oblast primární prevence v ústavních zařízeních dle jejich specifčnosti. Především v oblasti adiktologie, která potřebuje více pozornosti z toho důvodu, že již při příchodu klienta do zařízení je velká pravděpodobnost zkušeností s užíváním drog a páchaní trestných činů pod jejich vlivem. Tito klienti jsou umístěni do zařízení, která se zaměřují na děti s drogovou problematikou. V ústavních zařízeních se provádí prevence nespecifická primární, specifická všeobecná, indikovaná, selektivní a následně sekundární a terciální prevence (Miovský, 2015).

5.1 Primární prevence

U primární prevence je cílem předcházení užívání návykových látek a co nejvíce jejich užívání oddálit s ohledem na věk. Týká se především omezení experimentace s návykovými látkami. Tím se předchází negativním vlivům na psychické a tělesné zdraví a vede děti a mladistvé k zdravějšímu životnímu stylu (Nešpor, 2018).

Miovský považuje za primární prevenci v oblasti rizikového chování všechny typy systematických procesů zasahující do oblastí výchovné, vzdělávací, sociální i zdravotní a tím předcházet rizikovému chování a zabránění jeho dalšímu pokroku ve vývoji (Miovský, 2015).

Národní strategie primární prevence uvádí dva druhy prevence v oblasti rizikového chování. Specifická tkví v tom, že různé aktivity či programy jsou zacíleny specificky k předcházení a omezení výskytu rizikového chování u jednotlivých forem.

Specifická prevence se dělí na všeobecnou primární prevenci (primárně působí v oblasti ovlivňování postojů, hodnot a chování, zaměřuje se na skupiny běžné populace bez členění dle rizika, jedná se o programy zaměřené na určité téma např. užívání návykových látek), selektivní primární prevenci (týká se již rizikových skupin, kde jsou zachyceny předpoklady pro vznik rizikového chování a zaměřuje se ve formě sociálně-psychologických programů na posílení vztahů, sociálních dovedností a komunikace), indikovanou primární prevenci (cílená na již rozvinuté projevy rizikového chování se snaží zachytit problém v počátku a začít co nejdříve s vhodnou intervencí). Nespecifická obsahuje aktivity, které úzce nesouvisí s určitou formou rizikového chování, avšak pomáhá eliminovat rizika v oblasti podpory a vedení ke zdravému životnímu stylu, učení se, v pozitivním kontextu sociálního chování, a to především pomocí volnočasových aktivit a organizací volného času (zájmové, sportovní aktivity). Smyslem dodržování těchto zásad v rámci primární prevence je vedení ke zdravému rozvoji osobnosti, odpovědnosti za své jednání a dodržování společenských pravidel (MŠMT, 2019).

Primární prevence je především záležitostí rodiny a jejího výchovného působení na děti. Základem je být dobrým vzorem a předejít situacím, ve kterých se vyskytuje užívání alkoholu nebo léků, kouření, ale také návykové chování ve smyslu závislosti na televizi, telefonu či sociálních sítích, hazardu či poruch příjmu potravy. Celkově se jedná o předání správných a zdravých vzorců chování. Užívat léky zodpovědně, nepopíjet alkohol a nekouřit v přítomnosti dítěte. V oblasti sociálního vývoje podporovat správnou komunikaci, zabezpečit pocit jistoty, posilovat zdravě sebevědomí, vytvářet podmínky pro zdravý vývoj dítěte. Děti jsou zrcadlem rodičů a tyto vzorce přejímají za své nehledě na to, že rodič pozbývá své důvěryhodnosti v případech, kdy dojde na poučování ve smyslu škodlivosti všech závislostí, pakliže je sám uživatelem nebo vykazuje projevy se závislostním chováním.

5.2 Sekundární prevence

Podstatou sekundární prevence je především předcházení rozvoji a dalšího užívání drog u klientů, kteří mají s drogou již zkušenosti. První experimenty s kouřením nebo alkoholem jsou signálem k zahájení sekundární prevence, a to z důvodu, aby postupem času nepřešli k užívání dalších návykových látek.

Zaměřuje se na rizikové osoby a skupiny, u nichž je větší pravděpodobnost sociálně patologických jevů-závislostního chování a užívání návykových látek. Klientům vyžadující sekundární prevenci jsou k dispozici střediska výchovné péče, poradny (včetně PPP), krizová centra, kontaktní centra, linky důvěry a detoxikační centra (Hoferková a kol., 2017).

Léčba v rámci sekundární prevence vychází z principů terapeutické práce s klientem, případně s jeho rodinou. Zaměřuje se na komplex biologických, psychologických, sociálních a spirituálních předpokladů. Terapeutická léčba spočívá např. v od-poutání se od života (který umožňoval žít závislým způsobem), detoxikaci (v rámci vztahů, prostředí a návyků), ve znovunalezení smyslu života a přijetí zodpovědnosti za sebe a svůj život. Dále tkví v nalezení svého pravého Já, uvědomění si, v čem závislost škodila a na koho dalšího měla vliv a nalezení vhodných způsobů k provedení změn v každodenním životě a jejich udržení (Kudrle in Kalina, 2003).

5.3 Terciální prevence

Forma terciální prevence spočívá v předcházení vážného a trvalého poškození ve smyslu zdravotním a sociálním související s užíváním návykových látek. Podstatou je následné znovu začlenění jedince do normální společnosti po ukončení léčby a následné abstinenci, dále se to týká stávajících uživatelů drog, kteří odmítají skončit s užíváním (tzv. Harm Reduction-eliminaci zdravotních rizik, výměna injekčních stříkaček, zamezení šíření přenosu nemocí). V rámci této prevence jsou poskytovány služby, které pomáhají závislým osobám se zaměstnáním, zdravotním pojištěním, chráněným bydlením a právním poradenstvím. Poradenství se týká též oblasti doléčování, individuálního nebo skupinového poradenství, motivačního tréninku a spolupráce s rodinou (Kudrle in Kalina, 2003).

5.4 Metody převýchovné práce u klientů v ústavní a ochranné výchově

Dle Jánského patří do úspěšnosti výchovných metod praktikovaných v zařízeních ústavní a ochranné výchovy skutečnost, jestli takto umístěné děti považují nastalou situaci za dočasné řešení a můžou ji ovlivnit, nebo tento stav vnímají jako trvalý, bez možnosti změny. Programy realizované v zařízení pro výkon ÚV nebo OV v rámci reedukace a resocializace se zaměřují na výchovně léčebné působení (kompenzace snížených psychických dispozic a posílení postižených funkcí z důvodu nepříznivých důsledků) a rozvoj takových psychických předpokladů, které jsou potřebné k dalšímu pozitivnímu a úspěšnému včlenění do společnosti. Dle Jánského jsou vhodné metody určené těmto zařízením prováděny v rámci skupinového poradenství, psychoterapie a sociálně psychologického výcviku, který slouží k rozvoji již získaných sociálních dovedností (Jánský, 2014).

Prostředky při reedukaci klientů v ÚV a OV jsou dle Slomka hra, práce, režim a prostředí. Hra je prostředek určený ke správnému vedení, k dodržování nastavených pravidel, k sebeovládání afektivity v projevech. Při hře je podstatný vliv učitele-vychovatele, jehož úkolem je ovlivňovat a řídit průběh hry, vyhodnocovat bezprostřednost dítěte. Hra je celkově velmi motivační činnost a podporuje morální vlastnosti (spolupráce s týmem, ohled na své okolí). Práce pozitivně působí na charakter dítěte a je to prostředek výchovy, který vede k vytrvalosti, svědomitosti a rozvíjení intenzivnějšímu plnění úkolu a jeho hodnocení. Neměla by být často využívána jako trest, ale měla by mít smysl a užitečnost. Režim je prostředek k vytvoření aktivního stereotypu a návyku, který má své principy vedoucí k dodržování norem (hygienické návyky, společenské zvyklosti). Režim je závazný pro všechny účastníky. Prostor má nenahraditelný vliv a je tvořeno samotným zařízením, jeho vnitřními prostory (na kterých se může podílet i samo dítě), lokalitou, strukturací a personální výbavou (Slomek, 2010).

Metody převýchovné práce užívané v etopedických zařízeních s klienty ÚV a OV je reedukace, kompenzace, rehabilitace, aplikace psychoterapeutických přístupů a výše zmíněná prevence. Reedukace slouží a je určena k přesměrování klienta na nové hodnotové a orientační pozitivní vnímání. Zaměřuje se na oblast, která je narušena a pozitivně na ni působí. Cílem je plné a opětovné začlenění do normální společnosti tím, že dojde k eliminaci porušení celistvosti jedince.

Kompenzace je náhrada a uplatňuje se i v případech, kdy se u dětí objeví postižení zdravotní. Využívá se, když předchozí reedukační metody nebyly dostačující. Ve smyslu náhrady rozumíme kompenzaci prvotního patologického prostředí, a to prostřednictvím výchovného ústavu a náhradní výchovné péče. Kompenzace odstraňuje nebo zmírňuje citovou chudost a přeměňuje sociálně nevhodné chování v pozitivní a prospěšné vůči společnosti. Všechny kompenzační metody praktikují pracovníci v zařízení v dennodenní intenzitě a v dlouhodobém procesu. Rehabilitace má svou podstatu v nápravě vztahů, prostředí, integraci do společnosti a pracovního procesu. Jedná se o přípravu dětí s výchovnými problémy na začlenění do normální společnosti. Cílem rehabilitace je nalezení nejvhodnějšího pracovního zařazení. Psychoterapeutické přístupy jsou užívány ve formě individuální a skupinové. Využívané prostředky jsou rozhovor, hra, cvičení, sugesce, práce, domluva. Za cíl se u psychoterapie považuje intenzivní rozvinutí způsobů řešení problémů u dítěte, posílení samostatnosti a sebedůvěry v sám sebe a své schopnosti, a to formou rozhovorů, metod psychické ventilace (uvědomit si příčiny svých problémů), vhlédové psychoterapie (zaměřenou na emoční prožívání) a psychodramatu (dramatizace vybraných situací). V zařízeních pro výkon ÚV a OV se dále využívají metody osobního příkladu, metody kázně a pořádku, systém metod odměn a trestů. Nejčastěji se však užívá metoda mravní výchovy, do které jsou zahrnuty metoda přesvědčování (slovní nebo činem), metoda organizace chování (automatizace návyků prostřednictvím požadavku, příkazu, cvičením, zapojováním do jiných činností), metoda stimulace chování (zde se uplatňuje pochvala) a metoda donucení (podstatou je trest) (Slomek, 2010).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

6.1 Cíl výzkumného šetření

Výzkumné šetření je kvalitativního charakteru, tudíž jsme si stanovili výzkumné otázky a ty v rámci šetření ověříme, vyhodnotíme a rozhodneme se o správnosti či nesprávnosti jejich tvrzení. Výzkumné šetření provedeme zhotovením kazuistik chlapců s nařízenou ústavní výchovou a ověření stanovených výzkumných otázek. Výsledky šetření jsou v závěru shrnuty a vyhodnoceny. Cílem kazuistik je potvrzení či vyvrácení faktu, že vliv rodinného prostředí je jednou ze zásadních příčin vedoucí k nařizování ústavní výchovy a vyhodnocení negativních vlivů rodinného prostředí, ve kterém děti s nařízenou ústavní výchovou vyrůstají. Dále za cíl považujeme potvrzení či vyvrácení skutečnosti, že děti s nařízenou ústavní výchovou jsou uživateli návykových látek.

Výzkumné otázky

1. Jsou negativní vlivy a nefunkčnost rodinného prostředí podstatným faktorem při rozhodování soudu o nařízení ústavní výchovy?
2. Užívají děti s nařízenou ústavní výchovou návykové látky či se u nich vyskytují projevy behaviorálních závislostí?
3. Jaké negativní vlivy rodinného prostředí se u dětí s nařízenou ústavní výchovou vyskytují?

6.2 Metodologie výzkumného šetření

Metodu k výzkumu jsme si zvolili ve formě kazuistik chlapců s nařízenou ústavní výchovou umístěných v dětském domově se školou. Při výzkumu jsme zvolili, vzhledem k pandemické covidové situaci, analýzu osobní a rodinné anamnézy, analýzu pedagogické dokumentace, analýzu lékařské dokumentace. Vycházeli jsme především z komplexních diagnostických zpráv z DDÚ a zpráv od učitele, etopeda a vychovatele zařízení, kde jsou chlapci umístěni. Též jsme vedli rozhovor s ředitelem a sociální pracovníkem dětského domova se školou.

Kazuistika neboli případová studie je podrobný výzkum jednoho či několika případů u kterých shromažďujeme obsáhlé množství dat. Ve své podstatě jde o zaznamenání složitosti konkrétního případu a o nastínění vztahů v jejich kompaktnosti. Předpokladem kazuistiky je, že když podrobně prozkoumáme jeden případ jsme následně schopni porozumět případům s podobným problémem. Na závěr výzkumu se případy srovnávají a posuzuje se platnost výsledků (Hendl, 2005).

Kazuistika je dlouhodobý a intenzivní výzkum vybraných osob. Má vést především k porozumění vnitřní dynamiky jedince a jeho vývoji. Zabývá se též vznikem a průběhem nemocí a jejich léčbou a vývojem vzájemného působení jedince s jeho prostředím. Veškerá data získaná v rámci kazuistiky se získávají buď přímým kontaktem a rozhovorem nebo nepřímo formou rozboru a studiem dokumentace či rozhovorem s osobami, které byli v kontaktu s osobou, jež je předmětem výzkumu (Ferjenčík, 2015).

6.3 Výzkumný soubor a oblast šetření

Výzkumný soubor u prvních čtyř kazuistik představují klienti dětského domova se školou s nařízenou ústavní výchovou ve věku 14-15 let. Poslední dvě kazuistiky se zaměřují na chlapce s nařízenou ústavní výchovou z dlouhodobého hlediska ve věku 15-16 let (aktuálně již 24 let) vykonávající ústavní výchovu v DÚM a ve výchovném ústavu. Měli jsme zájem i o klienty s uloženou ochrannou výchovou, avšak aktuálně nebyl žádný klient s tímto typem náhradní výchovné péče přítomen. V prvotním plánu bylo provést výzkum prostřednictvím strukturovaných rozhovorů přímo s klienty DDŠ, ale bohužel vzhledem k situaci s pandemií koronaviru nám osobní kontakt nebyl umožněn. Název zařízení zde není zveřejněn z důvodu zachování anonymity zaměstnanců i klientů.

7 INTERPRETACE VÝZKUMU-VLASTNÍ ŠETŘENÍ

7.1 Popis zařízení

Výzkum byl proveden v dětském domově se školou. Činnost tohoto zařízení je vymezen dle Zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních č. 109/2002 Sb. upraveného vyhláškou č. 438/2006 Sb. Z rozhovoru s ředitelem zařízení vyplývá, že zařízení poskytuje péči chlapcům ve věku od 6 do 15 let, případně do 19 let na základě rozhodnutí soudu. Maximální kapacita zařízení je 24 žáků a pracuje se zde s chlapci ve 4 výchovných skupinách. Součástí DDŠ je základní škola a školní jídelna.

DDŠ umožňuje dětem s talentem v oblasti umění docházku do Základní umělecké školy. Pokud má klient DDŠ uložené plnění veřejně prospěšných prací, zařizuje jejich výkon ve spolupráci s MÚ nebo samostatně.

Výchovné cíle zařízení jsou směřovány především ke zdravému posilování sebevědomí dítěte, vedení ke slušnému chování k dospělým i mezi vrstevníky. Dále považuje za podstatné učít děti k samostatnosti, zodpovědnosti za svá rozhodnutí, která mají být správná a sebekontrola. Výchovnou činnost provádí prostřednictvím připravených projektů zahrnující zátěžové terapie a sportovní vyžití, dále poskytuje letní ozdravné pobyty a věnuje se IT-technologie. Mezi dlouhodobé projekty patří v tomto zařízení plán školního environmentálního vzdělávání, výchovy a osvěty.

Při rozhovoru s ředitelem zařízení nás zajímal především výskyt a prevence užívání návykových látek. Z obecného hlediska se zařízení věnuje prevenci drogových závislostí, alkoholismu i kouření, dále prevenci vzniku poruch příjmu potravy a prevenci návykového chování (zneužívání internetu, závislosti na telefonu a počítačových hrách, patologické hráčství). Využívá k tomu formu tematických besed a přednášek s odborníky, filmových představení, literaturu s danou tematikou a rozšiřování kvalitní nabídky mimoškolních volnočasových aktivit. Zařízení se snaží udržovat a posilovat zdravé vztahy s rodinami chlapců, též s institucemi s nimi ve spolupráci (OSPOD, PČR) a odborníky z oblasti psychologie, psychiatrie a neziskových organizací.

Při přijetí do DDŠ mají všichni klienty dlouhodobé problémy s chováním, tudíž se zaměřují na prevenci sekundární, tedy předcházení vzniku, rozvoje a přetrvávání rizikových projevů v chování u dětí v zařízení.

Výchovné problémy je nutno sledovat, eliminovat na co nejmenší míru a motivovat je k nápravě svého chování. Zkušenosti s návykovými látkami má většina chlapců přicházející do DDŠ. V procentech můžeme uvést, že 95 % přijatých chlapců jsou kuřáci, 41 % pije alkohol a 20 % užívá drogy. V průměru se délka pobytu pohybuje okolo 3 let.

7.2 Kazuistiky

V kazuistikách uvedeme data získané analýzou dokumentace chlapců. Kazuistiky jsou doplněny poznatky, které jsme získali z rozhovorů se sociálním pracovníkem DDŠ.

7.2.1 Kazuistika č. 1

Chlapec

Věk 15 let

Osobní anamnéza

Chlapec narozen z druhého fyziologického těhotenství matky. Porod byl spontánní a bez komplikací. Raný psychomotorický vývoj v normě a nemocnost nezvýšena, žádné vrozené vady ani nemoci. Výchovné potíže začaly již mezi 2-3 rokem chlapce. Od 8 let v péči pedopsychiatricky pro hyperkinetickou poruchu aktivity a pozornosti. K lékaře však odmítá chodit. Ve věku 12 let byl zahájen ambulantní pobyt v SVP, dále internátní pobyt v SVP a o rok později byl absolvován další internátní pobyt v SVP. Z důvodu vyhrožování sebevraždou byl umístěn ve 14 letech do psychiatrické nemocnice, kde byl sledován a vyšetřen s diagnostickým závěrem F90 Hyperkinetické poruchy a F913 Opoziční vzdorovité chování, na bázi disharmonického vývoje osobnosti. Došlo i k pokusu o fyzické napadení matky. Chlapec byl následně dle rozhodnutí soudu v roce 2020 umístěn do DDÚ na základě žádosti matky, a to z důvodu nerespektování autorit dospělých a neplnění školních dovedností. V roce 2021 ve věku 15 let umístěn do DDŠ, a to z důvodu neúčinnosti intervence v rámci SVP a nevyhovující situací v rodině.

Rodinná anamnéza

Matka 37 let, pracuje jako masérka, ale vzhledem k pandemické situaci má jako náhradní zaměstnání uklízečku. Otec neuveden v rodném listě, chlapec ho nezná. Má jednoho polorodého bratra 16 let. Matka je samoživitelka a se syny žije v bytě.

Chlapci sdílí jeden pokoj. Finanční situace rodiny není aktuálně nejlepší. Rodinné vztahy jsou značně narušeny. Na začátku pobytu v DDÚ se o rodině vyjadřoval negativně s odmítavým postojem. Ze strany matky dlouhodobě vnímal nedostatečný zájem o jeho osobu a měl pocit, že matka věnuje více pozornosti staršímu bratrovi. Vztah s bratrem považuje za problematický, s neshodami. Citlivý je na výčitky a srovnávání ze strany matky s bratrem a ve spojitosti s ním pociťuje křivdu a nespravedlnost. Výchovné působení matky je nedůsledné a slabé. Má velkou míru volnosti, matka problémy nedořeší a ponechává konflikty otevřené. Celkově je v rodině absence společných aktivit a času tráveného pohromadě. Chlapci chybí otec a mluví o tom, že by byl rád, kdyby si matka našla partnera, který by zastal roli otce pro něj i bratra. Matka ve vztahu k chlapci je citově chladná, telefonáty probíhají zřídka, návštěvy neproběhly žádné a pobytů doma jen málo. Ukázalo se však po předchozím tvrzení, že rodinu nechce, o pobyt doma stojí a je dokonce ochotný investovat své kapesné do jízdného. Mrzí ho, když se matka neozývá.

Sociální anamnéza

Chlapec je v pásmu průměru po stránce intelektového výkonu a jeho schopnosti jsou vyrovnané. Je bystrý a inteligentní. Dokáže myslet logicky i na abstraktní úrovni. Nedokáže však svůj potenciál využít naplno, jelikož ho brzdí strach z neúspěchu. Osobnost je v ladění introverze. Rád pracuje samostatně, obtížně navazuje a udržuje vztahy, převládá u něho silný egocentrismus. Vůči druhým je uzavřený a nedůvěřivý. Upřednostňuje racionalitu před emocemi. Je to však jeho způsob obrany před možným zraněním v oblasti citů. Ve svém jádru je citlivý a nejistý, má sklony k prožívání smutku a úzkosti. Citově je však stálý a nepodléhá panice. Jsou znát známky citové deprivace, pocit štěstí má vymizelý. Usiluje o zájem a pochvalu. Jeho sebevědomí je křehké, sebeúcta nízká, má pochybnosti o vlastní hodnotě. Svých problémů s chováním si je vědom, ale není schopen dodržovat stanovená pravidla.

Ve vztazích k ostatním ze svého okolí je méně tolerantní a nekompromisní. Vyhýbá se všem aktivitám, které vyžadují spolupráci.

Z hlediska směru agrese reaguje tak, že svou agresi směřuje na okolí a nesnaží se konfliktům vyhýbat, ale konfliktnost vyloženě nevyhledává. Provokace ze strany vrstevníků těžko zvládá. Mnoho kamarádů nemá, vybírá si jen pár přátel. Ve společnosti se dokáže chovat slušně a respektuje společenská pravidla.

Dobře se zorientoval po nástupu do výchovného režimu v pravidlech. Do programu se zapojuje minimálně a volí pohodlnější aktivity, přístup má lenivý, ale nakonec vše splní v základním rozsahu. Autoritu akceptuje, ale ve vztahu k ženské autoritě je více diskutující, v zásadě však bez problémů. Pod tlakem u něho dochází k uzavření a nespolupráci. Je citlivý na neúspěch. Adaptace proběhla bez větších potíží. Péči o sebe zvládá samostatně, dodržuje hygienu, v sebeobsluze je plně samostatný. V udržování pořádku je však lenivý. V počátku byl problém v oblasti dodržování spánkového režimu. Byl zvyklý na ponocování a pozdní vstávání. To se v zařízení postupem času upravilo.

V činnostech mimoškolní aktivity se dokáže projevit kreativně a nápavitě, šikovný je v keramickém kroužku. Sportovním aktivitám se vyhýbá, pokud se jedná o kolektivní hru. Za pomoci dospělého zvládá podat lepší výkon ve všech oblastech a je potřeba ho do práce motivovat. Baví ho práce se dřevem. Ve svém volnu volí aktivity klidové jako čtení, povídání si s ostatními, hraní her na PC a mobilu.

Školní anamnéza

Chlapec byl v počátku umístěn do DDÚ z důvodu neplnění školní docházky a dlouhodobých problémů ve škole (nespolupráce, pasivita). Jedná se o žáka osmé třídy s podpurným opatřením třetího stupně. Vzděláván je dle RVP a s IVP vzhledem k jeho diagnostice Hyperkinetické poruchy aktivity a pozornosti, dále pak specifické poruchy učení a to dyslexii. Při výuce je nutná individuálnější podpora pedagoga, vyšší motivace, častější opakování a upevňování naučeného. Má mít delší dobu na zpracování zadaných úkolů a výsledky by měly být hodnoceny individuálně, snaha a zájem hodnoceny pozitivně.

Celkově jeho školní výkon je hodnocen jako dostatečný, a to vlivem distanční výuky, kterou zanedbával. Znalosti chlapce jsou spíše podprůměrné. K učivu se stavěl odmítavě a býval podrážděný. Při výuce byl převážně pasivní a odmítal spolupracovat, reagoval podrážděně až vztekle, polehával na lavici a patrný byl tělesný neklid.

Drogová anamnéza a rizikové chování

Chlapec nekouří, nepije alkohol a s návykovými látkami zkušenosti nemá. Z rizikového chování je u chlapce nejzávažnější záškoláctví a nerespektování autorit. Vážným prohřeškem byl pokus o fyzické napadení matky. Celkově u tohoto chlapce j

Závěr

U chlapce je nutno dodržovat jasná pravidla a pevně nastavený řád. Podporovat vztahy s matkou a pracovat na zlepšení vzájemné komunikace. Rozvíjet schopnosti komunikace tak, aby dokázal mluvit i o svých pocitech a potřebách. Podporovat jeho zdravé sebevědomí a vést ho k radosti sám ze sebe. Umožnit mu pravidelně navštěvovat volnočasové kroužky k podpoře vlastní seberealizace a pocitu štěstí z dobře vykonané práce. Uplatňovat vedení k samostatnosti především v oblasti školní přípravy. Dále nedávat chlapci prostor k diskutování s dospělými, ke kterému má velké sklony. Využívat co nejvíce pozitivního hodnocení, pochvaly a motivace. V rámci školní výuky brát ohled na diagnózy, být tolerantnější vzhledem k jeho projevům sociálně méně přijatelnému chování způsobeného impulsivitou. Též tolerovat jeho psychomotorický neklid a nekárat ho za něj.

7.2.2 Kazuistika č. 2

Chlapec

Věk 15 let

Osobní anamnéza

Chlapec narozen z prvního fyziologického těhotenství. Porod císařským řezem, bez komplikací. Vývoj přiměřený, bez výchylek. Chlapec je v péči pedopsychiatricky pro hyperkinetickou poruchu chování a pozornosti a je medikován, též se u něho projevují specifické i nespecifické poruchy chování. Ve 12 letech umístěn do DDÚ na základě předběžného opatření vydaného soudem. Důvod umístění bylo záškoláctví, nerespektování babičky, útěky z domova a počínající krádeže.

Během pobytu v pěstounské péči přestal respektovat babičku, se starším kamarádem přestal navštěvovat školu a potuloval se po městě a přiznal, že asistoval u menších krádeží v obchodních domech a u krádeží vzpomínkových předmětů ze hřbitova. Babička zažádala o nařízení ústavní výchovy pro nezvládání vnuka. Z DDÚ byl následně umístěn do dětského domova, pro další rozvinutí rizikového chování u chlapce a následné útěky ze zařízení došlo ve 14 letech k umístění do DDŠ.

Rodinná anamnéza

Chlapec vyrůstal od 6 let po rozchodu rodičů v pěstounské péči babičky ze strany matky spolu se svou sestrou 10 let. Sestra umístěna do SOS zařízení a později téhož roku zařazena do dětského domova společně s chlapcem. Matka pracuje v Německu, s chlapcem se nevidá, pouze omezený kontakt přes sociální síť. Otec prodává v obchodě a chlapec ho navštěvuje v pravidelných intervalech. Otec má v péči polorodého bratra chlapce ve věku 8 let (byť není jeho synem). Zároveň se stará o svou nemocnou matku. Vzhledem k podmínkám není schopen zajistit péči chlapce a pokouší se o nápravu a zajištění vhodných podmínek.

Vztahy mezi chlapcem a babičkou hodnotí kladně. Babičku má rád, je hodná, ale uznává, že ji neposlouchal, nechtěl doma pomáhat. Za zlobení byl zavírán do pokoje, za odměnu dostával sladkosti. Pobytu u otce hodnotí též kladně, líbí se mu u něho, přestože otec dokáže být přísný. Se svým mladším bratrem má hezký vztah, rád si s ním hraje.

Sociální anamnéza

V období umístění do DDÚ je chlapcova osobnost extrovertního ladění. Převažují u něho pozitivně zabarvené emoce, je radostný, projevuje štěstí a je kamarádký. Negativní emoce spíše neventiluje a skrývá je. Má rád pochvalu a chce být dospělými oblíbený. Když je úspěšný, projevuje se neřízenou radostí. Reakce na neúspěšnost je klidná, jeví se tak, že je na prohry a neúspěchy připravený. Postoj k sobě samému není příliš pevný a nevěří si. Autority respektuje a vnímá stejně mužský i ženský přístup. V kolektivu navazuje pevné vztahy a záleží mu na udržení přátelství. Inklinuje spíše ke starším vrstevníkům, má tendence vykonávat služby za ně a nechává se dobrovolně využívat. Konfliktnost je u chlapce nízká. Zátěžové situace zvládá a nenechá se vyvést ze svého vnitřního klidu. Velmi důležité jsou pro něj vztahy s vrstevníky a sociální uznání.

Společenské a kulturní návyky má dobře osvojeny, projevuje se ve společnosti slušně, chce působit solidním dojmem. Má vytvořené základy morálního vývoje, pociťuje výčitky svědomí a stud, dokáže přiznat, že nejednal správně.

Zvládá veškeré hygienické návyky. Zapojuje se rád do sportovních aktivit. K výchovným činnostem je spíše pasivní, bez nápadů a kreativity. Volnočasovou aktivitu využívá především ke komunikaci s ostatními chlapci, poslouchání hudby, hraní PC her a sledování sportovních přenosů.

Po 4 měsících pobytu v DDÚ umístěn do DD. V kolektivu vyvstaly problémy. Ukázalo se, že se chlapec nechává manipulovat a vydírat od starších, silnějších a problémovějších členů skupiny. Situace se zhoršila po příchodu jeho mladší sestry, kdy začaly útoky od silnějších chlapců gradovat a chlapec se sestrou reagovali afektivně a docházelo ke konfliktům.

Školní anamnéza

Chlapec při nástupu do DD navštěvoval 6. třídu, ve které neprospěl. Je silně výukově zanedbán, chybí mu základní znalosti. Na základě posudku z PPP byl přeřazen do školy s programem speciálního vzdělávání z důvodu snížených rozumových schopností.

Chování zpočátku bezproblémové, později se objevily občasné problémy, kdy napodoboval problémové chování ostatních a snažil se nevhodně získat respekt ostatních. Znalosti učiva jsou na nižší úrovni a není upevněno učivo z nižších ročníků.

Drogová anamnéza a rizikového chování

Chlapec je kuřák již od 11 let. Ve 13 letech v době pobytu v DD užívá mariuahanu. Babička uvádí, že chlapec je „heroinové dítě“ a popsala několik situací, kdy našla chlapce ležet na ulici pod vlivem omamných látek. V době karantény na začátku roku 2021 ve věku 14 let chlapec utekl s jiným chlapcem a zmizeli s větším obnosem peněz, které chlapec dostal do babičky. Peníze využil k nákupu mariuahanu. Zadržení byli policií a vráceni zpět do DD. Jejich chování bylo neúnosné a útěku nelitovali. To následně potvrdili dalším útekem další den večer. Chlapec nelitoval ani jednoho útěku, naopak je hodnotil jako skvělý zážitek. Chlapec přestal respektovat pokyny vychovatelů a porušuje řád DD.

Se svým kamarádem natočil na mobilní telefon video, kde jsou nazí ve sprše a do těchto praktik zapojili i osmiletého chlapce. Hrubě narušuje výchovu malých dětí, je vulgární a odmítá respektovat autority. Při rozhovorech s vychovateli, ředitelkou i sociální pracovnící se netajil s tím, že se na odchod z DD těší, především na svobodu a další užívání marihuany a jiných návykových látek. Přestat užívat drogy nechce.

Veškeré pokyny bere jako omezování osobní svobody. Otec nechává chlapci naprostou volnost a sám je uživatelem návykových látek. Z těchto výše uvedených důvodů byl chlapec následně téhož roku zařazen do DDŠ.

Závěr

Chlapec se projevuje v pásmu jedince s rizikovými poruchami chování. Kontakty s rodinou jsou bez pozitivního efektu, ba naopak pobyty u otce nastalou situaci jen zhoršují. Důležité je u chlapce dodržovat pevně nastavený řád, mít jasná pravidla a důsledně vše dodržovat. Vzhledem k užívání návykových látek doporučen psychoterapeutický přístup individuální. Působit pozitivně na rozvoj sociálních dovedností, pracovat na změnách ve vzorcích chování. Motivační vedení k plnění školních povinností.

7.2.3 Kazuistika č. 3

Chlapec

Věk 14 let

Osobní anamnéza

Chlapec narozen z 6. fyziologického těhotenství matky. Je zdravý, medikován na poruchy chování na bázi smíšené etiologie, v péči pedopsychiatra. Chlapec v 10 letech odebrán z péči tety a umístěn do DD, jelikož jsou oba rodiče ve výkonu trestu. Na základě žádosti DD a zákonného zástupce otce přijat pro výchovné problémy s agresivitou a vulgárním chováním vůči tetám v DD do SVP na diagnosticko-terapeutický internátní pobyt v roce 2018 ve věku 11 let. Na základě výsledků z diagnostického pobytu v SVP umístěn do DDŠ v roce 2019.

Rodinná anamnéza

Matka ve výkonu trestu, údaje o vzdělání nejsou známy. Otec ve výkonu trestu, SOU-nevyučení zedník. Má 7 sourozenců, 2 mladší a 5 starších.

Byl v péči tety, kterou považoval za matku, ale odebrán a umístěn do DD. Od rodiny je dlouhodobě odloučen a vztahy v rodině jsou značně nepřehledné. Test rodinných vztahů z tohoto důvodu nebyl proveden. Při pobytu v DD byla zrealizována jedna návštěva otce ve výkonu trestu.

Na návštěvy za ním nikdo nechodil, pouze jednou telefonoval s tetou. Celkově lze zhodnotit jeho rodinné prostředí za nevyhovující a pro chlapce rizikové.

Sociální anamnéza

Rozumové schopnosti chlapce jsou v pásmu výjimečně nízkého nadání. Podezření na lehké mentální postižení, to však nepotvrzeno, spíše jde o důsledek podnětové deprivace v raném věku, neplnění školních povinností a nekompenzovanou vadou řeči. Má problémy s porozuměním, z čehož můžou pramenit jeho problémy s chováním, a to z důvodu neporozumění toho, co se po něm chce. Zjevně narušená komunikační schopnost (verbální projev). Při řešení jeho agresivního chování vůči tetám v DD nebyl schopen sebereflexe, přiznává, že se tak chová, ale při rozebírání jiných možností v chování je pasivní a je zřejmé, že bez pomoci dospělého nebude moci tyto situace přiměřeně zvládat.

Je spíše laděn do extrovertního typu osobnosti, pokud cítí přijetí, dokáže se uvolnit a komunikovat. Projevuje se u něho časté a neopodstatněné střídání nálad. Neustále vyžaduje pozornost dospělého, být v jeho blízkosti, mluvit s ním, ale přesto nezasahuje do osobní zóny druhého a nevyžaduje dotyky.

V kolektivu nezapadl. Ostatní děti ho nevyhledávaly, zdržoval se prakticky většinu času v přítomnosti dospělého. Ve škole si s dětmi nehrál a zdržoval se pouze v přítomnosti učitelky. Projevuje se u něho vzdorovité chování ve formě odmítnutí a neplnění zadaných úkolů, ale nemá to dlouhodobé trvání, nakonec úkol pod dozorem dospělého splní. Je hodně vulgární. V přítomnosti dospělého vystupuje slušně, ale děti v jeho skupině tvrdí, že bez přítomnosti dospělého jim sprostě nadává a uráží je. Pokud je vhodně motivován, zadané úkoly plní bez problémů. Na zvýšení hlasu reaguje agresí.

Základní hygienické návyky dodržuje, dbá o svůj vzhled v rámci svých možností.

Školní anamnéza

Nástup do 1. třídy v řádném termínu. Po dobu pobytu v SVP navštěvoval 4. třídu speciální. Výuka v rámci IVP pod dozorem speciálního pedagoga. Při vyučování spolupracoval, ale rychle se unavil. Potřeboval dlouhé přestávky, pokud je neměl, o přestávce usínal a nebyl dále schopný v hodinách pracovat. Nechával se snadno rozptylovat spolužáky.

Stanovená pravidla a řád školy však dodržoval. Je lehké ho namotivovat a pochvala pro něho znamená hodně. Velmi špatná výslovnost. Příprava do školy byla odpovídající jeho možnostem, potřeba dohledu při plnění úkolů a pomoci při učení.

Drogová anamnéza a rizikové chování

Chlapec drogy neužívá, ani nemá s užitím zkušenost. Rizikové chování je vidno v oblasti agresivního chování. Při kritice jeho chování vychovatelem v souvislosti s nadáváním a urážením spolužáka, se proti chlapci, kterého urážel, rozeběhl se sklenicí v ruce a naznačoval, že ho praští. Na vychovatele, který zasáhl, byl drzý. Vzhledem k projevům agresivity ke svému okolí byl umístěn v SVP do DDŠ.

Závěr

Nadále je doporučeno úzce spolupracovat s pedopsychiatrem a zahájit spolupráci s logopedem ke zlepšení verbálního projevu a výslovnosti. Při komunikaci s chlapcem je potřeba klidný, vysvětlující, nekonfliktní přístup a ověřovat, zda pochopil, co se po něm chce. Využívat metody odměn a trestů za nevhodné chování a důsledně je dodržovat. Prevence v odtržení od závadové party či jedinců ve skupině. Podporovat jeho sebekontrolu a posilovat sebevědomí. Celkově chlapce chápat jako stále se rozvíjejícího, objevujícího jedince a hledat správná řešení v situacích spojených s projevy agresivity.

7.2.4 Kazuistika č. 4

Chlapec

Věk 14 let

Osobní anamnéza

Chlapec narozen ze čtvrtého fyziologického těhotenství matky. Porod bez komplikací, přirozený. Je zdravý, bez trvalé medikace. Ve věku 12 let přijat do DDÚ na základě předběžného opatření vydaného soudem pro nerespektování výchovných autorit, záškoláctví, nedodržování léčebného režimu, potulování, krádeže, poškozování cizích věcí a ubližování jiným dětem. Po pobytu v DDÚ bylo doporučeno navrácení k matce, ale jelikož se situace nadále nezlepšovala, byl matkou podán návrh na ústavní výchovu a zařazení do DDŠ.

Rodinná anamnéza

Matka 42 let, zaměstnání kontrolorka. Otec opakovaně ve výkonu trestu pro zneužívání drog a trestnou činnost. Rodiče spolu dlouhodobě nežijí. Matka o domácnost pečuje sama bez partnera, výchovně je slabá. Chlapec má další sourozence, 3 starší sestry a 1 mladší sestru. V rodině vypomáhá i babička, matka matky. Spolupráce s matkou dobrá, komunikuje, spolupracuje a chlapce bere pravidelně na návštěvy domů. Chlapec je jediný mužského pohlaví v rodině, což má vliv i na jeho výchovu, která je nedůsledná a opomíjená vzhledem k vytiženosti matky. Pozornost je věnována nejstarší sestře a výchově jejího nezletilého dítěte. Chlapec se cítí být v pozadí, nedoceněný a přehlížený. Na matku je však citově fixován. S otcem se nestýká, chybí mu mužská autorita v domácnosti. Částečně na sebe přebírá činnosti muže v rodině a projevuje se ve vztahu k sestrám dominantně až nepřiměřeně svému věku. Matku nerespektuje.

Sociální anamnéza

Rozumové schopnosti chlapce odpovídají celkově pásmu hlubokého podprůměru. Verbálně a názorově je nadání vyrovnané. Výrazně slabé jsou paměťové schopnosti. Osobnostně se jedná o chlapce emočně strádajícího se snahou vyhovět dospělým s vřelým přístupem k druhým. V jádru je však zjevné vnitřní napětí a emoční zranění. Je zvyklý se o sebe postarat sám.

Na svůj věk je sociálně nevyzrálý, nevěří si, často pláče. Málo komunikuje a drží se spíše v pozadí skupiny. V DDÚ potřeboval delší čas na adaptaci, aby získal pocit jistoty a důvěru k dospělým i dětem. Během pobytu se naučil respektovat pravidla a dodržovat je. Problémy s chováním nebyly. K dospělým i dětem se choval slušně, k problémovějším dětem se nepřidával a nevyhledával konflikty, neprovokoval a nastalé konfliktní situace s ostatními dětmi řešil s pomocí dospělého. V kolektivu byl oblíbený. Vše bylo motivováno faktem, že za dobré chování mohl jezdit na pobyty k rodině.

Ve volném čase se věnoval čtení komiksů a knížek, společenským hrám s dětmi, sportovním aktivitám, vzhledem k fyzické nezdatnosti nevydržel dlouho, ale vždy se zapojil. Rád plave a jezdí na kole.

Základní hygienické návyky má vštípeny, hlídá si své věci a dodržuje pořádek.

Školní anamnéza

Do 1. třídy nastoupil s odkladem. V době pobytu v DDÚ žákem 4. třídy. Před nástupem dle výstupní zprávy došlo ke zhoršení chování, nerespektování dospělých, vyrušování v hodinách. Výrazně stoupla absence. Po nástupu do školy DDÚ se rychle seznámil s nastavenými pravidly a dodržoval je. Choval se slušně k dospělým i k dětem, nevyvolával žádné konflikty. V hodinách pracoval pěkně, snažil se a zadané úkoly plnil.

Drogová anamnéza a rizikového chování

Při páchání trestné činnosti krádeží, poškozování cizích věcí a dopouštění se násilí na jiných dětech byly chlapcem užívány návykové látky-alkohol, tabák a marihuana. Při záškoláctví a toulkách po městě skákal po kapotě aut, házel kameny do výloh obchodů. Při pobytu v DDÚ nepožíval žádné návykové látky a v rámci stanovených pravidel se choval slušně a nekonfliktně. Po pobytu v DDÚ byl vrácen zpět do péče matky, avšak došlo opět k nerespektování autorit, záškoláctví a potulování po městě. Matku nerespektoval a odmítal do školy docházet. Matka se snažila situaci řešit i zavoláním městské policie se žádostí, zda by chlapce do školy odvedli, ten argumentoval tím, že se mu do školy prostě nechce. Ačkoli to pro chlapce ani matku nebylo lehké, byl podán návrh na umístění syna do výchovného zařízení, následně byl umístěn vzhledem k projevům rizikového chování a užívání návykových látek do DDŠ.

Závěr

Chlapec se musí vést důsledně k dodržování nastavených pravidel. Motivovat ho k více aktivitám a práci. Nadále podporovat styky s matkou a rodinou. Vzhledem k užívání návykových látek je doporučena individuální psychoterapie. Ve výchově využívat metodu odměn a trestů, využívat pozitivní motivaci k trávení volného času. Vést k pravidelné přípravě do školy a samostatnosti. Nadále rozvíjet jeho sociální dovednosti v oblasti komunikace a sebevyjádření vlastních pocitů a potřeb, podporovat zdravé sebevědomí a zabezpečit při pobytu v zařízení jeho pocit jistoty a bezpečí.

7.2.5 Kazuistika č. 5 a č. 6

Tyto dvě kazuistiky dvou chlapců jsou ve vzájemném bratrském vztahu, a to dvou-vaječných dvojčat. Jedná o kazuistiku z dlouhodobého hlediska. Aktuálně je chlapcům již 24 let. Tímto výzkumem bychom chtěli poukázat na rozdílnost životních cest těchto chlapců, kteří vyrůstali ve stejném rodinném prostředí, ale i přesto se jejich cesty rozdělily a každý z nich si na základě zkušenosti s umístěním v zařízeních pro výkon ústavní výchovy zvolil směr, kterým se ubírá nadále jejich životní cesta.

Rodinnou anamnézu uvedeme společnou z doby nařízení ústavní výchovy tedy 2013-2014 ve věku 15-16 let, dále z té doby sociální, školní a drogovou anamnézu, ty rozebereme u každého chlapce zvlášť a též osobní anamnézu. V závěru zrekapitulujeme průběh ústavní výchovy, následný výstup a další životní posun a vývoj.

Rodinná anamnéza

Matka 45 let vzdělání na SOU v oboru šití oděvů, momentálně pracuje jako pečovatelka v domě pro seniory. Otec 65 let, vzdělání SŠ s maturitou, momentálně pobírá starobní důchod. Jedna sestra ze strany matky 22 let se kterou chlapci vyrůstali a nadále udržují kontakt. Ze strany otce starší 2 sestry a 1 bratr, ale bez kontaktů. V roce 2010 došlo k rozvodů rodičů. Chlapec 1 byl svěřen do péče matky, chlapec 2 do péče otce. Rodinné vztahy velmi napjaté, ze strany otce docházelo k negativnímu ovlivňování obou chlapců vůči matce. Otec a matka v neustálém konfliktu týkající se porozvodového vyrovnání, a především výchovy chlapců. Rodiče nejsou schopni spolupracovat. V roce 2012 započaly výchovné problémy u obou chlapců.

Důvodem je evidentně rozkol mezi rodiči a vyhrocené situace provádějící celý rozvod a následné vztahy mezi členy rodiny. Oba chlapci uvádí, že bývalý domov s přítomností obou rodičů si idealizují a touží po něm. Narušené rodinné vztahy jsou však datovány i do doby trvání manželství. Časté hádky před dětmi, opakované rozchody, vyhrožování, ponižování a urážení matky ze strany otce za přítomností dětí. Rodina neplnila svoji úlohu prakticky od počátku vzniku, velice dysfunkční, byť úplná rodina s velkou mírou konfliktnosti se značným negativním vlivem na výchovu a vývoj dětí. Po rozvodu rodičů začaly výchovné problémy obou chlapců stupňovat. Rodina docházela do kontaktního centra na rodinnou terapii, testování chlapců a spolupracovala s OSPOD již od roku 2012 a to z důvodu nezvládnutí výchovy chlapců, jejich experimentací s drogami a styky s nevhodnými lidmi.

Dále nerespektování rodičů, útěků z domova, záškoláctví. Velký vliv na to mělo především výchovné působení otce, který výchovu absolutně nezvládal, toleroval chlapcům zneužívání návykových látek, jeho výchova je celkově slabá a nedůsledná. Matka se snaží dodržovat pevné a důsledné výchovné působení, ale otec její autoritu neustále podráždí a matku před chlapci pomlouvá a shazuje, tudíž výchovné působení matky pozbývá účelu a chlapci ji nerespektují, neposlouchají a dělají si co chtějí.

Osobní anamnéza chlapec 1

Narozen z druhého fyziologického těhotenství matky, porod císařským řezem. Narozen jako první z dvojčat. Po narození rozvinutí nemoci dýchacího ústrojí-astma. Časté hospitalizace v nemocnicích. S přibývajícím věkem a medikací dochází ke zlepšení. V období staršího školního věku v péči pedopsychiatra s diagnózou Porucha pozornosti s hyperaktivitou, medikován. Ve věku 15 let umístěn na základě předběžného opatření a návrhu matky na ústavní výchovu do diagnostického ústavu pro mládež. Důvody umístění jsou nerespektování dospělých, útěky z domova, užívání návykových látek, trestná činnost, pokus o fyzické napadení matky i otce. Výchovné problémy řešil OSPOD již od jeho 14 let. V DÚM byl rok umístěn ve výchovné skupině při DÚ. Poté byl umístěn zpět do domova k matce, ale pro neplnění školních povinností byl opětovně umístěn do DÚM do doby zletilosti tedy do roku 2015. Kontakty s rodiči po dobu pobytu udržoval prakticky denně a navštěvoval je v rámci dovolenek.

Sociální anamnéza chlapec 1

Chlapec byl od narození velmi aktivní, psychomotorický vývoj raného dětství v normě. Již od mladšího školního věku se u něho projevovaly rysy agresivního chování, špatné sebeovládání, vzteklé jednání a časté změny nálad. Býval nepozorný a nesoustředěný, snadno se dostával do stavu úzkosti a depresivních stavů. Dle psychologické zprávy provedené v době nařizování ústavní výchovy se projevuje jako osobnost extrovertního typu, s nenarušeným sebehodnocením, citlivý chlapec s méně rozvinutými volnými vlastnostmi a nezralostí v oblasti předvídání, emotivně labilní s prudkými zvraty v chování a osobnosti. Dominuje u něho únava, obavy z budoucnosti a intenzivní prožívání zklamání ve vztazích, též úzkostnost a subjektivně pocíťovaná nepohoda. Má sklony k negativním afektivním reakcím. Rozumově je v pásmu průměru. Dle zpráv etopeda výchovného zařízení se adaptace chlapce na výchovný režim a výchovné prostředí proběhla bez větších komplikací. Pravidla dodržuje, chová se slušně a respektuje autority. O svém pobytu se vyjadřuje jako o nové šanci, má zájem o své vzdělání, V kolektivu je zaměřen spíše na sebe a uspokojování svých potřeb. Bližší kamarádské vztahy navazuje obtížněji. V rámci pobytu ve výchovné skupině při DÚM směřuje své aktivity na posilování.

Školní anamnéza chlapec 1

Nástup do první třídy v řádném termínu. Prospěch na základní škole hodnocen v lehkém podprůměru vzhledem k diagnóze Poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Plnění školních povinností s pasivním přístupem, základní školu navštěvoval nerad a problémy měl i s plněním školních povinností. Výstup z osmé třídy. V rámci pobytu v DÚM přijat na soukromé učiliště stravování a pohostinství se zaměřením kuchař-číšník. V teoretickém vyučování v pásmu průměrných výsledků, na praktické výuce hodnocen na výbornou. Ve výuce spíše pasivnější, školní řád neporušován. Učiliště úspěšně zakončeno s výučním listem.

Drogová anamnézy a rizikové chování chlapec 1

Chlapec užíval v době umístění pravidelně tabák, alkohol a marihuanu. První experimentace s tabákem a alkoholem již ve věku 12 let. Následně ve věku 15let zaznamenáno opakovaně užívání pervitinu a opiátu v rámci testování v nízkoprahovém zařízení, kam s rodinou docházel na rodinnou terapii. K užívání návykových látek se dostal prostřednictvím kamarádů. V roce 2013 zjištěna trestná činnost ve věci nedovolené výroby a jiného nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy. Marihuanu distribuoval a užíval. Rozsudek odnětí svobody na 6 měsíců se podmíněně odložil na zkušební dobu v trvání 14 měsíců a dohledem probačního a pravidelného testování na přítomnost omamných a psychotropních látek. V době rozsudku je chlapec již umístěn v DÚM. Před umístěním docházelo k výrazným problémům s chováním. Chlapec nerespektoval pravidla nastavené matkou, nedocházel domů včas a v mnoha případech vůbec, zanedbával školní povinnosti, opakovaně z domova utíkal. Užíval návykové látky, na které byl opakovaně pozitivně testován. Byl agresivní a vulgární vůči rodičům.

Matka uvádí, že se syna bála a není schopna již zabezpečit jeho řádnou výchovu. Následně na základě předběžného opatření a dále nařízení ústavní výchovy umístěn do DÚM.

Osobní anamnéza chlapec 2

Narozen z druhého fyziologického těhotenství matky, porod císařským řezem. Narozen jako druhý z dvojčat. Komplikace při porodu. Pupeční šňůra omotána kolem krku, chlapce museli křísit. Po narození rozvinutí nemoci dýchacího ústrojí-astma. Časté hospitalizace v nemocnicích. U chlapce 2 bylo vydáno předběžné opatření na žádost MÚ o pár měsíců později než u chlapce 1 a to již ve věku 16 let. Rozhodnuto bylo o umístění do DÚM. Důvody byly především závažné výchovné problémy, nerespektování dospělých, záškoláctví, útěky z domova, užívání návykových látek, trestná činnost. Výchovné problémy u chlapce řešil OSPOD již od jeho 14 let. Po nařízení ústavní výchovy byl chlapec přerazen do výchovného ústavu, kde pobýval 6 měsíců, ale pro nadále se zhoršující výchovné problémy, neplnění školních povinností a užívání návykových látek přemístěn do výchovného ústavu, který byl zaměřen na děti s problémy týkající se užívání návykových látek a poskytoval psychologicko-terapeutický režim. Ústavní výchova trvala až do doby zletilosti chlapce.

Po dobu pobytu udržoval kontakt převážně s otcem, kterému byl svěřen do výchovy, U chlapce byly četné výskyty útěků ze zařízení.

Sociální anamnéza chlapec 2

Chlapec byl vzhledem ke svému dvojčeti v psychomotorickém vývoji opožděn. Jako dítě se projevoval introvertně, byl tichý, klidný a neprůbojný.

Dle psychologických zpráv v době nařízení ústavní výchovy se jeví jako extrovertní osobnost. Vykazuje rysy nezralosti k přiměřenému věku, má zdravé sebehodnocení s důrazem na vlastní úspěšnost. Vykazuje usilovnost se silnými volnými vlastnostmi, ale je netrpělivý a má tendenci k dominantnímu chování, méně se podrobuje autoritě a objevují se u něho sklony k manipulaci svého okolí. Podléhá snadno náladovosti, emočně je bohatý. Tendence v oblasti agresivního či afektivního chování nebyly potvrzeny. Intelektivně je v lepší normě, ale výkon je nevyvážený.

Dle zpráv etopeda z výchovného zařízení se chlapec s umístěním nedokázal smířit a vinil z toho matku. Adaptace na výchovný režim byla komplikována zatvrzelým postojem a pasivitou. Nerespektoval režim ústavního zařízení a nadále docházelo ke zneužívání marihuany. Do kolektivu se aktivně nezapojoval, ale přesto zastával roli středu v komunitním poli. Vůči svému okolí je nekonfliktní, projevoval se lhostejným jednáním a nenavazoval bližší vztahy. Do programů a volnočasových aktivit se zapojoval s nevolí a vztah k manuálním činnostem měl spíše horší.

Školní anamnéza chlapce 2

Povinnou školní docházku zahájil v řádném termínu. Problémy s učivem na základní škole neměl, hodnocen v pásmu průměru. Plnění školních povinností bez větších problémů. Při výchovném ústavu začal navštěvovat soukromou střední školu, kde si však své školní povinnosti neplnil a následně byl vyloučen. Ke studiu se již zpět nevrátil.

Drogová anamnéza a rizikové chování chlapce 2

Chlapec v době umístění do výchovného ústavu užíval pravidelně tabák, ve velké míře alkohol a marihuanu. První experimentace s tabákem a alkoholem již ve věku 12 let. Následně ve věku 15let zaznamenáno opakovaně užívání pervitinu a opiátu v rámci testování v nízkoprahovém zařízení, kam s rodinou docházel na rodinnou terapii.

K užívání návykových látek se dostal prostřednictvím kamarádů. V roce 2013 zjištěna trestná činnost ve věci nedovolené výroby a jiného nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy. Marihuanu distribuoval a užíval. Rozsudek odnětí svobody na 6 měsíců se podmíněně odložil na zkušební dobu v trvání 14 měsíců a dohledem probačního a pravidelného testování na přítomnost omamných a psychotropních látek. Před umístěním do zařízení docházelo k závažným výchovným problémům. Utíkal z domova i na několik dní, nerespektoval žádná pravidla nastavená otcem, stýkal se s nevhodnými lidmi a v době nepřítomnosti rodiče se s těmito lidmi stýkal v místě bydliště, kde společně užívali alkohol a kouřili marihuanu. Neplnil si své školní povinnosti a značně školu zanedbával. Ve výchovného ústavu se dopouštěl opakovaně útěků a nadále užíval návykové látky (marihuanu a pervitin). Po přemístění do zařízení s přísnějším režim se zaměřením na drogovou závislost došlo k předávkování léky, bez sebevražedného úmyslu, jen pro vyvolání jiného stavu. Nadále však utíkal a s úteků mu napomáhal i otec. V době útěku se nacházel u otce, kamarádů nebo přítelkyně. Alkohol, tabák, marihuanu a pervitin užíval pravidelně po celou dobu trvání ústavní výchovy.

Závěr

Jednoznačně je vidno rozdíl mezi těmito chlapci. Přestože vyrůstali ve stejném rodinném prostředí a podmínky nařízení jejich ústavní výchovy byly prakticky stejné, každý pojmul své umístění v zařízení jinak. Jsme toho názoru, že na tento rozdíl mělo zásadní vliv výchovné působení otce, který měl chlapce 2 svěřeného do péče. Chlapec 1 udržoval kontakt s otcem a při svých útěcích z domova od matky nacházel útočiště právě u otce, kde v době kdy páchal trestnou činnost se svým bratrem pobýval. Dle zpráv z OSPOD došlo k rodičovskému selhání otce, který nijak nezasáhl především v počátcích užívání návykových látek a nejevnil se jako autorita ve výchově chlapců. Nekonečný boj s matkou chlapců ve věcech výchovy, pomlouvání a ponoukání chlapců proti ní zastínil důležité a správné výchovné působení na chlapce. Matka se snažila výchovu synů zvládnout, ve spolupráci s OSPOD se v počátcích dařilo dělat pokroky, ale benevolentní výchovný přístup ze strany otce veškerou snahu zhatil. Tiše přihlížel k trestné činnosti a užívání návykových látek svých synů. Všechny tyto skutečnosti jsou uvedeny ve zprávách z OSPOD.

Chlapec 1 se smířil s touto skutečností a uznal, že jeho chování bylo špatné. Pokoušel se o nápravu především sám v sobě. S pevnou vůlí a podporou matky se drogové závislosti zbavil a dokončil studium. Zvolenému oboru kuchař číšník se nadále věnoval, našel si zaměstnání a začal žít pořádaným životem. V kariéře se posunul natolik, že pracoval převážně v luxusních podnicích jako číšník a aktuálně se nachází v zahraničí, kde se žíví jako barman v luxusním podniku. Finančně je zajištěn a standart jeho života je na vysoké úrovni. Svoji závislost překonal díky aktivnímu sportování ve fitness, kterému se s velkým nadšením věnuje dodnes. Se svým životem je spokojený a je toho názoru, že pobyt v ústavním zařízení mu velmi prospěl a navedl na správnou cestu. Je vděčný především matce, která ho podporovala celou dobu a podporuje nadále. Vztah s matkou má velmi hezký, též se sestrou udržuje blízký vztah. S bratrem dvojčetem se nestýká a nekomunikuje, jelikož neschvaluje jeho styl života a nechce být součástí tohoto způsobu bytí. S otcem udržuje kontakt jen ze slušnosti, jelikož výchovné působení otce a manipulace se syny ohledně vztahu k matce, narušila jejich důvěru a vztah otce a syna velmi ochladl. V dnešní době s jeví jako slušně vychovaný muž se správnými postoji k sobě samému a svému blízkému okolí.

Chlapec 2 do dnešní doby nepřestal s užíváním návykových látek. Vzhledem k tomu, že nedokončil studium, je jeho pracovní uplatnění omezené. Po výstupu ze zařízení si našel starší přítelkyni se kterou má dnes již čtyř letou dceru. Nadále pokračoval v nadměrném užívání alkoholu, páchání trestné činnosti (ublížení na zdraví, řízení pod vlivem alkoholu, krádeže), užívání pervitinu a marihuany. Zaměstnání střídal, nikde se neudržel dlouho jelikož si neplnil náležitě pracovní povinnosti. Později si našel jinou přítelkyni se kterou má několika měsíčního syna. Tuto přítelkyni několikrát fyzicky napadl. Na počátku vztahu došlo k částečné nápravě s užíváním drog jen dočasně. Podařilo se mu udělat si profesní řidičský průkaz a začal se věnovat řízení kamionu. Tomuto zaměstnání se věnuje dodnes. Následně došlo k recidivě a s menšími pauzami kdy se dokáže udržet v „čistém“ stavu pokračuje v tomto stylu života stále dál. Problémy se zákonem má dodnes. Řídí pod vlivem návykových látek, o dceru se stará jen sporadicky a se synem se momentálně nevidá vzhledem k problémovému vztahu s již bývalou přítelkyní. Vztah s matkou byl velmi narušen vlivem otce. Nechtěl se s ní vidat, dával ji vše za vinu.

Matka se několikrát pokusila o opětovné navázání vztahu se synem, velmi ho podpořila, když si dělal profesní řidičský průkaz, pomohla mu též s bydlením, které mu našla a zařídila. Hluboce narušený vztah se však napravit nedal. Chlapec 2 prakticky jen využíval dobroty matky a otce a při každé další recidivě v užívání návykových látek vše zahodil a neustále se dostával do problému, které si svým nezodpovědným chováním způsoboval sám. Taktéž sestra projevovala dlouhou dobu snahu v pomoci bratrovi. Vždy ho finančně podporovali a opakovaně doufali v nápravu nezodpovědného chování. Momentálně žije chlapec 2 u svého kamaráda a pokouší se opětovně najít si své vlastní bydlení a zbavit se své drogové závislosti. Kontakt s matkou a bratrem je nulový. S otcem se vidá, ale už i on nad ním zlomil hůl a nadále syna odmítá finančně podporovat. Se sestrou komunikuje a snaží se o udržení vztahu mezi nimi. Další vývoj jeho života je značně nejistý a dá se konstatovat, že náprava a přijetí správných postojů, a především zodpovědnosti vůči sobě a jeho dětem je minimální.

7.3 Shrnutí výzkumného šetření

Ve shrnutí výzkumného šetření si vyhodnotíme platnost či neplatnost u dvou stanovených výzkumných otázek a vyhodnotíme tvrzení u třetí výzkumné otázky z uvedených kauzistik.

1. Jsou negativní vlivy a nefunkčnost rodinného prostředí podstatným faktorem při rozhodování soudu o nařízení ústavní výchovy

Tabulka 3 Výzkumná otázka č. 1

	Ano	Ne
Kazuistika č. 1	X	
Kazuistika č. 2	X	
Kazuistika č. 3	X	
Kazuistika č. 4	X	
Kazuistika č. 5	X	
Kazuistika č. 6	X	

Zdroj: autorka práce, 2022 (vlastní šetření)

V kazuistice č. 1 je uveden chlapec ve věku 15 let, který nemá otce uvedeného v rodném listě a vůbec ho nezná. Matka má ve výchově ještě polorodého bratra a její výchovné působení je kvalifikováno jako slabé a nedůsledné. Z tvrzení chlapce je vidno, že matka o jeho osobu neprojevuje dostatečný zájem, pozornost směřuje spíše ke staršímu bratrovi, se kterým má chlapec problematický vztah s neshodami. Otec v rodině chlapci velmi chybí. Ze všech uvedených důvodů je chlapec citově deprivovaný a můžeme si vydedukovat původ výchovných problémů pramenící z nedostatečné péče, absence otce a narušených vztahů mezi matkou a sourozencem.

V kazuistice č. 2 se jedná o chlapce ve věku 15 let, který se před umístěním do zařízení nacházel v pěstounské péči u babičky ze strany matky společně se svou starší sestrou od rozchodu vlastních rodičů ve věku 6 let. Matka se o syna příliš nezajímá, žije v zahraničí a kontakt je omezený pouze přes sociální síť. Otec má v péči polorodého mladšího bratra chlapce a navštěvují se v pravidelných intervalech, avšak není schopný z důvodu finančních a zvýšené péče o svou nemocnou matkou, poskytnout chlapci domov a přiměřenou péči.

Otec zneužívá návykové látky a v době návštěv se chlapci nevěnuje a dává mu volnost ve všech směrech. Z výše uvedených faktů můžeme vydedukovat, že chlapcova výchova je ohrožena a nedostatečná kvůli nefunkčnosti a neúplnosti rodiny. Absence matky je pro chlapce velkou ztrátou. Dle našeho názoru jsou kořeny výchovných problémů v nedostatku pozornosti a péče ze strany rodičů.

V kazuistice č. 3 jde o chlapce ve věku 14 let, který byl v pěstounské péči tety, ale ve věku 10 let byl z její péče odebrán. Oba rodiče jsou ve výkonu trestu. Od zbylých 7 sourozenců je odloučen a vztahy v rodině jsou dosti nepřehledné. Po dobu pobytu v DD byl pouze jednou na návštěvě za otcem ve výkonu trestu a pouze jednou mu volala teta. Tento chlapec pochází z rizikového a naprosto nevyhovujícího rodinného prostředí. Vyznačuje se velmi nízkými rozumovými schopnostmi, které jsou důsledkem podnětové deprivace už v raném věku a nedostatečnou péčí ohledně vady řeči a školních povinností. Absence rodičů a nedostatečná péče tety se na chlapci projevila především v oblasti mentálního zdraví, tudíž není schopný dobře vyhodnotit správnost svého chování.

V kazuistice č. 4 se zabýváme chlapcem ve věku 14 let, který má otce ve výkonu trestu se kterým matka již dlouhodobě nežije. Matka má ve výchově další 3 starší sestry a 1 mladší.

Žije sama bez partnera, tudíž chlapec nemá ve svém rodinném prostředí žádný další mužský vzor. Jelikož je matka na výchovu dětí sama a chlapec je jediným člen rodiny mužského pohlaví, je jeho výchova klasifikována jako nedůsledná a opomíjená. Pozornost je směřována především na výpomoc nejstarší sestře a výchově jejího nezletilého dítěte. Chlapec je v rodině přehlížený a nedoceněný, přejímá na sebe roli chybějícího otce a matku nerespektuje, i přestože je matku citově fixován. Absence otce v této rodině má velmi negativní vliv na výchovu chlapce. Pracovní vytíženost matky je dalším nevhodným faktorem působící na jeho výchovu. Jelikož je sociálně nezralý opomíjen matkou ve výchovném působení, je očividné, že se u něho rozvinuly výchovné problémy.

V kazuistice č. 5 a č. 6 se jedná o chlapce narozených jako dvojvaječná dvojčata v aktuálním věku 24 let. V době nařízení ústavní výchovy bylo chlapci č. 1 15 let a chlapci č. 2 16 let. Když bylo chlapcům 12 let matka se s otcem rozvedla, do té doby vyrůstali v úplné rodině spolu se starší polorodou sestrou. Jejich rodinné prostředí do doby rozvodu bylo velmi narušené častými hádkami rodičů a nespoluprací v otázkách výchovného působení na chlapce.

Po rozvodu docházelo k prudkým a vyhroceným konfliktům, do kterých byli chlapci plně vtaženi. Otec negativně ovlivňoval vztah chlapců k matce, ponoukal je k nerespektování matky. Oba chlapci shodně uvedli, že by chtěli zpět svůj bývalý domov s přítomností rodičů. Je očividné, že rodinné prostředí chlapců bylo narušeno napjatým vztahem mezi rodiči a rodina neutvářela vhodné podmínky pro výchovu obou dětí. Rozpad rodiny způsobil u chlapců rozvinutí závažných výchovných problémů vyvrcholených v trestnou činnost. Vlivem působení otce na chlapce ve vztahu k matce postrádali veškerý respekt k ní a následně i k otci, který dle zprávy z OSPODU selhal v rodičovské roli. Na základě výše uvedených faktů, se domníváme, že výchovné problémy chlapců způsobila dysfunkční rodina a nedůsledná výchova ve velmi kritickém období, které si chlapci prožívali vlivem rozvodu.

U všech zmíněných kazuistik se v případě první výzkumné otázky při analýze šetření jednoznačně prokázalo tvrzení, že podstatným faktorem u dětí s nařízenou ústavní výchovou jsou negativní vlivy a nefunkčnost rodinného prostředí. Všichni chlapci vyrůstali v nefunkčních, neúplných nebo dysfunkčních rodinách, tudíž se jim nepodařilo ukotvit si pozitivní vzorce ve svém chování, jelikož se s nimi ve svém životě nesetkali.

2. Užívají děti s nařízenou ústavní výchovou návykové látky či se u nich vyskytují projevy behaviorálních závislostí?

Tabulka 4 Výzkumná otázka č. 2

	Ano	Ne
Kazuistika č. 1		X
Kazuistika č. 2	X	
Kazuistika č. 3		X
Kazuistika č. 4	X	
Kazuistika č. 5	X	
Kazuistika č. 6	X	

Zdroj: autorka práce, 2022 (vlastní šetření)

V kazuistice č. 1 se u chlapce ve věku 15 let nevyskytuje užívání návykových látek ani žádné behaviorální závislosti.

V kazuistice č. 2 se jedná o chlapce ve věku 15 let, který je uživatelem tabáku již od 11 let. Ve věku 13 let začal užívat marihuanu. Chlapec má dle analýzy dokumentace z výchovného zařízení kladný vztah k drogám. S užíváním přestat nechce a uvádí, že se těší až bude moci bez omezení konzumovat marihuanu a další návykové látky. Domníváme se, že tento přístup k drogám přejímá od otce, který je uživatelem návykových látek. Babička chlapce uvádí, že ho opakovaně nacházela na ulici ležet pod vlivem omamných látek. U chlapce se vyskytují projevy behaviorální závislosti ve formě opakovaných krádeží-kleptomanie před umístěním do výchovného zařízení i po umístění.

V kazuistice č. 3 se u chlapce ve věku 14 let nevyskytují žádné známky užívání návykových látek ani behaviorálních závislostí.

V kazuistice č. 4 je u chlapce ve věku 14 let uvedeno, že je uživatelem návykových látek. Má zkušenosti s alkoholem, tabákem a marihuanou. Domníváme se, že návykové látky začal užívat v rámci nevhodné party, se kterou se toulal po městě. Při těchto toulkách došlo ke krádežím a poškozování cizích věcí. Krádeže se v případě tohoto chlapce nedají klasifikovat jako behaviorální závislost, jelikož se jich opakovaně nedopouští a jednalo se jen o zkrat v rámci party před umístěním do výchovného zařízení.

V kazuistice č. 5 a č. 6 u dvojvaječných bratrů můžeme shodně uvést užívání návykových látek ve formě tabáku, alkoholu a pervitinu. První zkušenosti s návykovou látkou mají chlapci ve věku 12 let s tabákem. Dále se uchýlili k užívání alkoholu v dosti značné míře. Vlivem stýkání s nevhodnými lidmi v partě se ve věku 14 let uchýlili k užívání marihuany. Další drogou byl pervitin. U chlapce 1 došlo k nápravě a drogové závislosti se zbavil. Chlapec 2 je uživatelem drog do dnes. Pravidelně užívá tabák, alkohol, marihuanu a pervitin. Behaviorální závislosti u chlapců nejsou známy. Domníváme se, že hlavním spouštěčem, který vedl chlapce k užívání drog, byl velmi konfliktní rozvod rodičů.

Při analýze šetření u druhé výzkumné otázky se neprokázala jednoznačnost, ale je očividné, že většina zmíněných chlapců zkušenosti s návykovými látkami mají a minimálně ve dvou případech v nich nadále pokračují. Behaviorální závislosti se vyskytly pouze u jednoho případu.

3. Jaké negativní vlivy rodinného prostředí se u dětí s nařízenou ústavní výchovou vyskytují?

V kazuistice č. 1 u chlapce ve věku 15 let považujeme za negativní vliv rodinného prostředí především výchovné působení matky, které je slabé a nedůsledné. Chlapec má příliš velkou míru volnosti. Negativní dopad na chlapce má též citově chladný přístup matky. Dále je za výrazný negativní vliv považována úplná absence otce a mužské vzoru v životě chlapce.

V kazuistice č. 2 u chlapce ve věku 15 let považujeme za negativní vliv rodinného prostředí absenci matky a částečné absenci otce, který není schopen chlapci poskytnout péči. Babička, u které byl v pěstounské péči, nebyla schopna zastat obě rodičovské funkce. Byť chlapec navštěvuje otce pravidelně, není to dostačující, a to především z důvodu nedůsledné péče otce a velké míře volnosti, kterou mu otec v době návštěv umožňuje. Dalším faktorem je užívání návykových látek otcem, které chlapec s oblibou též užívá a nehodlá s tím přestat.

V kazuistice č. 3 u chlapce ve věku 14 let je velkým negativním vlivem rodinného prostředí matčin a otcův výkon trestu. Též narušené a nepřehledné vztahy v rodině s dalšími sourozenci. Negativní vliv měla na chlapce i pěstounská péče u tety.

Nedostatečná a zanedbaná péče o chlapce způsobila, že v rozumových schopnostech je v pásmu výjimečně nízkého nadání. Nekompenzovaná vada řeči a neplnění školních povinností je též příčinou nedostatečných rozumových schopností chlapce.

V kazuistice č. 4 u chlapce ve věku 14 let je negativním vlivem rodinného prostředí výkon trestu otce za trestnou činnost a zneužívání návykových látek a matčino nedůsledné působení ve výchově. Ze strany matky je chlapec negativně ovlivňován především jejím postojem k němu samotnému. Vytíženost matky se projevuje tím, že chlapec je v rodině opomíjen a přehlížen. Absence otce a mužského vzoru má na chlapce a jeho chování velký vliv.

V kazuistice č. 5 a č. 6 u dvojvaječných bratrů je považován za zásadní negativní vliv především dysfunkce úplné rodiny a rozvod rodičů, se kterým se chlapci neměli možnost správně vypořádat z důvodu velké míry konfliktů mezi rodiči jak v době trvání manželství, tak i v době po rozvodu.

Vtažení dětí do sporů mezi matkou a otcem je dle našeho názoru velmi negativní vliv na výchovu dětí. Nerespektování rodičů sebe navzájem a podráženi rodičovských autorit, vedlo chlapce k trestné činnosti a problémům s užíváním návykových látek.

7.4 Doporučení pro praxi

Z uvedeného výzkumného šetření vyplývá, že hlavním podnětem pro rozvoj rizikového chování u dětí v ústavní výchově jsou především rodinné podmínky a prostředí, ve kterém děti vyrůstají. Rodina plní v dnešní společnosti klíčovou funkci pro správný a zdravý duševní vývoj dítěte. Má za úkol přirozeně uspokojovat potřeby dítěte po stránce emoční, fyzické, morální i rozumové. Každý člen rodiny hraje ve vývoji dítěte svou specifickou roli. Matka o dítě v raném dětství pečuje, předává mu lásku a emoční podněty. S přibývajícím věkem dítěte zastává role otce funkci, jež má být pro dítě vzorem v chování, předává mu pocit jistoty a přirozené autority. Čím dál častěji však dochází k rozvodům, absencím jednoho z rodičů v rodině nebo není rodina schopna plnit své funkce a poskytovat dětem řádnou a správnou výchovu, byť se jeví jako rodina úplná přesto dysfunkční. Z těchto důvodů není možné dítě správně sociálně a emočně rozvíjet. Dochází k citovým deprivacím a děti se uchylují k nevhodným způsobům chování. Hledají naplnění v drogách, stýkají se s nevhodnými lidmi, páchají trestnou činností, nerespektují své rodiče, utíkají z domova a snaží se těmito nesprávnými způsoby utišit a naplnit své hladové srdce, které bylo z nějakého důvodu nenasyčeno z přirozeného rodinného prostředí.

Pokud je v zájmu rodiny předejít výskytu drogových závislostí a návykového chování u svých dětí, doporučujeme včasnou primární prevenci v rámci výchovy. Stanovit si vnitřní řád rodiny, dodržovat pravidla a režim, předat dítěti správné vzorce v chování, vedení domácnosti a ve zdravém životním stylu, podporovat dítě v sebedůvěře a vést ho k pozitivním vztahům k lidem. Je potřeba neustále s dětmi komunikovat a dávat jim možnosti k sebevyjádření, které podpoříme tím, že vytvoříme takové rodinné podmínky, které dětem dají pocity jistoty, bezpečí a především lásky. Informovat a diskutovat s dětmi ohledně návykových látek a jejich škodlivosti, mluvit s nimi otevřeně, a hlavně jít jim příkladem. Nekonzumovat alkohol, omezit kouření tabáku a dalších návykových látek v přítomnosti dětí. Vyplňovat volný čas společnými aktivitami, koníčky a věnovat se plně osobnostnímu a rozumovému vývoji dětí.

Zvýšenou pozornost vyžaduje období pubertální, kdy mají tendenci děti zkoušet nové a nepoznané. Pokud rodina nevytváří správné výchovné podmínky a nejsou uspokojovány potřeby dítěte, bývá výsledkem pocit prázdnoty, citového nenaplnění či nudy z čehož plyne potřeba nahradit uspokojení formou užívání návykových látek.

Pokud již dojde k rozvoji drogové závislosti a umístění do výchovného zařízení doporučujeme odborným pracovníkům těchto zařízení, aby se neustále vzdělávali a rozšiřovali své vědomosti a poznatky z oblasti drogové problematiky u dětí. Další vzdělávání napomáhá ke kontinuitě vědeckých poznatků, tudíž ke zkvalitnění přístupů k dětem v ústavní výchově a jejich problémů s drogovou závislostí. Dále by měli v rámci svých kompetencí předávat těmto dětem reálný obraz ze světa drog, hovořit s nimi drogách, jejich škodlivosti a podporovat v nápravě. Upravit jejich volnočasový program a motivovat k činnosti sportovní a zájmové. Důsledně dodržovat stanovený režim a pravidla, dbát na jejich řádné plnění. Upevňovat morální zásady a pozitivní vztahy ke svému okolí. Děti v těchto zařízeních by se měli též vést k tomu, aby se naučily o svých pocitech hovořit a nepotlačovat své emoce, budovat v nich zdravé sebevědomí a sebevěru, která jim pomůže najít v sobě vůli ke zvládnutí závislosti a začít žít zdravým životním stylem. Myslíme si, že při práci s těmito dětmi je podstatný přístup samotného pedagoga, který by měl být vřelý, trpělivý, dítě citově podporovat a pochopit. Zároveň by měl v dítěti vzbuzovat přirozený respekt a dbát na respektování autorit. Doporučujeme též zaměřit se na posilování vztahů rodičů a dětí, pokud je spolupráce s rodiči na dobré úrovni a rodič jeví zájem o nápravu svého dítěte. Zapojit rodiče do dění v zařízení, informovat je o rizicích spojených s užíváním drog a předat doporučení k předcházení rizikům spojených s užíváním návykových látek. Za podstatné též považujeme zkvalitňovat kontakty a spolupráci s institucemi, které mají v otázkách prevence také vliv (OSPOD, neziskové organizace, PČR, psychologie, psychiatrie, SVP).

Práce s drogově závislými dětmi v ústavních zařízeních je nelehký úkol, jelikož jsou stále dětmi a v otázkách substituční léčby je velmi komplikované vůbec nějakou léčbu provádět z důvodu nezletilosti. Spolupráce na psychoterapiích je dobrovolná a děti nemohou být do této spolupráce nuceni. Další komplikací v prevenci a pomoci v nápravě drogové závislosti jsou útky těchto dětí z ústavů, při kterých se opakovaně k užívání vrací.

Pedagogičtí pracovníci v zařízeních ústavní péče mají velmi náročnou a psychicky vyčerpávající práci. Pokud jsou ochotni toto zaměstnání vykonávat, je jich pracovní náplň o neustálé pohotovosti, trpělivosti a sebeobětování pro dobro dětí, které neměly v životě možnost vyrůstat v harmonické a plnohodnotné rodině.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat negativní vlivy vyskytující se v rodinném prostředí dětí, které byly umístěny do výchovného zařízení. V našem případě do dětského domova se školou, DÚM a výchovného ústavu. Dále zda jsou tyto děti uživateli návykových látek či mají problém s behaviorálními závislostmi. Jako poslední a dle našeho názoru nepodstatnější cíl bylo prokázání, že pro rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy byly podstatným faktorem právě tyto předcházející negativní vlivy plynoucí z rodinných podmínek, ve kterých tyto děti vyrůstají.

Pomocí kazuistik jsme do hloubky zanalyzovali dokumentace osobní a rodinné anamnézy, pedagogické dokumentace a lékařské dokumentace. Též jsme analyzovali komplexní diagnostické zprávy z DDÚ a zprávy od učitele, etopeda a vychovatele zařízení, kde jsou chlapci umístěni. Výzkumná data vycházející z analýz dokumentů jsme vyhodnotili v závěrečném shrnutí výzkumného šetření.

Z výsledků výzkumného šetření se jednoznačně potvrdil fakt, že u dětí umístěných v ústavních zařízeních jsou negativní vlivy rodinného prostředí podstatným faktorem, který má vliv na rozvoj rizikového chování a s tím spojené jejich umístění do výchovného zařízení. Negativními vlivy jsou nejčastěji absence matky nebo otce, rozvod rodičů, trestná činnost rodičů, nedůsledná a slabá výchova, vysoká míra volnosti ve výchově, citové deprivace vznikající z nedostatku emočního uspokojení dítěte, neschopnost spolupráce mezi rodiči v rámci výchovného působení na dítě, hádky a konflikty v rodině, kterému děti přihlížejí a též výskyt užívání návykových látek v rodině.

Z výsledků výzkumného šetření v otázce výskytu užívání návykových látek u dětí v ústavní výchově vyplynulo, že čtyři děti ze šesti mají zkušenosti s užíváním drog. Nejčastěji je užívaly s nevhodnými vrstevníky z party při toulkách po městech, na útěcích z domova, při páchání trestné činnosti či jen tak z nudy. Domníváme se, že většina dětí začne užívat drogy, aby našly pocit emoční naplněnosti a důležitosti který postrádají v nestabilním, konfliktním a neúplném rodinném prostředí.

Prevence drogových závislostí tkví především v pevných a vhodných rodinných základech pro výchovu dítěte.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BARNARD, Marina, 2011. *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-386-8.

FERJENČÍK, Ján, 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Přeložil Petr BAKALÁŘ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-815-9.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 9788073670405.

JANSKÝ, Pavel, 2014. *Dítě s problémovým chováním a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. Hradec Králové: Gaudeamus. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-534-9.

JEDLIČKA, Richard, 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5447-5.

KALINA, Kamil, 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil, 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

MAHDALÍČKOVÁ, Jana, 2014. *Víme o drogách všechno?* Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-589-4.

MIOVSKÝ, Michal, Lenka SKÁCELOVÁ, Jana ZAPLETALOVÁ, et al., 2015. *Prevence rizikového chování ve školství*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. ISBN 978-80-7422-392-1.

NEŠPOR, Karel, 2007. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 9788073672676.

NEŠPOR, Karel, 2018. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1357-4.

PACNEROVÁ, Helena a Lucie MYŠKOVÁ, 2016. *Kvalita péče o děti v ústavní výchově*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků. ISBN 978-80-7481-157-9.

PRESL, Jiří, 1995. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?* 2. rozšířené vydání Praha: Maxdorf. Medica. ISBN 80-85800-25-x.

RIESEL, Petr, 1999. *Lesk a bída drog: praktická příručka pro mládež, rodiče a pedagogy*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-7198-348-9.

SLOMEK, Zdeněk, 2010. *Etopedie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-86723-84-6.

SVOBODA HOFERKOVÁ, Stanislava, Blahoslav KRAUS a Václav BĚLÍK, 2017. *Sociální patologie a prevence pro studenty učitelských oborů*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-686-5.

VEČERKA, Kazimír, Jakub HOLAS a Markéta ŠTĚCHOVÁ, 2000. *Problémové děti ve školských výchovných zařízeních*. Praha: KNOK. ISBN 80-86535-00-2.

ZEMAN, Petr, Simona DIBLÍKOVÁ, Petr KOTULAN a Jiří VLACH, 2009. *Praxe v oblasti rozhodování o nařízení ústavní výchovy a uložení ochranné výchovy*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Studie (Institut pro kriminologii a sociální prevenci). ISBN 978-80-7338-081-6.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

ESCOHOTADO, Antonio, 2003. *Stručné dějiny drog*. Praha: Volvox Globator. Labyrint (Volvox Globator). ISBN 80-7207-512-8.

GRIFFIN, Vicki, 2011. *Cesta ke svobodě: jak překonat své každodenní závislosti: průvodce naším životem*. Praha: Advent-Orion. Život a zdraví (Advent-Orion). ISBN 978-80-7172-916-7.

KOLIBÁŠ, Eduard a Vladimír NOVOTNÝ, 1996. *Alkoholismus a drogové závislosti*. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 80-223-1078-6.

LACA, Slavomír, 2019. *Sociálna pedagogika*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií. ISBN 978-80-906237-3-6.

NOVOMESKÝ, František, 1996. *Drogy: História - Medicína - Právo*. Slovenská republika: Advent-Orion. ISBN 80-88719-49-6.

Seznam použitých internetových zdrojů

Historie-Policie České republiky. *Úvodní strana-Policie České republiky* [online]. Copyright © 2021 Policie ČR, všechna práva vyhrazena [cit. 04.01.2022]. Dostupné z: <https://www.policie.cz/clanek/narodni-protidrogova-centrala-skpv-historie.aspx?q=Y2hudW09Mg%3d%3d>.

MKN-10 klasifikace. *Prohlížeč* | *MKN-10 klasifikace* [online]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>.

(*Klinika Adiktologie* [online]. Copyright ©k [cit. 04.01.2022]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/407/behavioralni-zavislosti.pdf>).

218/2003 Sb. Zákon o soudnictví ve věcech mládeže. *Zákony pro lidi-Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 01.02.2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-218>

109/2002 Sb. Zákon o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních. *Zákony pro lidi-Sbirka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 01.02.2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109>

Strategie a koncepce MŠMT, MŠMT ČR. *MŠMT ČR* [online]. Copyright ©2013 [cit. 11.02.2022]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/strategie-a-koncepce-ap-msmt>

SEZNAM ZKRATEK

DD-dětský domov

DDŠ-dětský domov se školou

DDÚ-dětský diagnostický ústav

DÚ-diagnostický ústav

DÚM-diagnostický ústav pro mládež

MKN-mezinárodní klasifikace nemocí

MŠMT-Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

OSPOD-orgán sociálně-právní ochrany dětí

OV-Ochranná výchova

PPP-pedagogicko-psychologická poradna

SVP-středisko výchovné péče

ÚV-Ústavní výchova

SEZNAM TABULEK

Seznam tabulek

Tabulka 1 Rozdělení drog podle míry závislosti	22
Tabulka 2 Rozdělení drog podle psychických a fyzických důsledků	23
Tabulka 3 Výzkumná otázka č. 1	63
Tabulka 4 Výzkumná otázka č. 2	66

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Michaela Janovská

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Návykové chování a závislosti látkové a nelátkové u klientů v ústavní a ochranné výchově v Karlovarském kraji

Rok: 2022

Počet stran textu bez příloh: 62

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 18

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 5

Počet internetových zdrojů: 6

Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.