

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Veronika Motyčková Pětrošová

MOŽNOSTI POSILOVÁNÍ RODIČOVSKÝCH KOMPETENCÍ
MATEK UŽÍVAJÍCÍCH NEALKOHOLOVÉ DROGY

(V RÁMCI SYSTÉMU O.S. SANANIM)

Obor:

Forma studia:

Akademický rok:

Vedoucí diplomové práce:

Oponent diplomové práce:

Datum obhájení:

Sociální politika a sociální práce
prezenční

2006/2007

Doc. PhDr. O. Matoušek

PaedDr. M. Richterová Těmínová

Výsledek obhajoby:

P R O H L A Š U J I ,

že tuto předloženou diplomovou práci jsem vypracovala zcela samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Rudné, dne 30.7.2007

Podpis:

Obsah

Úvod	1
1 Vymezení pojmů	4
2 Rodičovské kompetence	11
2.1 Vymezení pojmu	11
2.2 Specifická emoční vazba	15
2.2.1 Teorie vazby	15
2.2.2 Typy specifické emoční vazby	17
2.2.3 Spouštěče utváření specifické emoční vazby	18
2.2.4 Raná interakce matky a dítěte	21
2.3 Zajištění praktické péče o dítě	23
2.4 Rizika plynoucí z nedostatečné úrovně rodičovských kompetencí	24
2.4.1 Obecné příčiny	24
2.4.2 Psychická deprivace a subdeprivace	27
2.4.3 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte	28
2.4.3 Nucená separace dítěte	32
2.4.5 Možnosti optimalizace	34
3 Matka užívající nealkoholové drogy	35
3.1 Obecné teze k problematice užívání drog	36
3.1.1 Bio - psycho - sociální model závislosti	36
3.1.2 Rodinné aspekty vzniku a rozvoje závislosti	37
3.1.3 Důsledky užívání drog	38
3.2 Specifika užívání nealkoholových drog u žen	39
3.2.1 Biologická specifika	39
3.2.2 Psychosociální specifika	39
3.3 Těhotná uživatelka nealkoholových drog	41
3.3.1 Populační charakteristika	41
3.3.2 Rizikové faktory	42
3.3.3 Primární důsledky abúzu matky pro plod	43
3.3.4 Sekundární důsledky abúzu matky pro plod	46
3.4 Matka užívající nealkoholové drogy a její dítě	47
3.4.1 Důsledky nitroděložní expozice drogám	48
3.4.2 Osobnost matky a další psychosociální charakteristiky rodiny	49
3.4.3 Vliv prostředí a socioekonomického statusu	51
3.4.4 Dítě matky užívající drogy - shrnutí možných rizik	53

4 Matka užívající nealkoholové drogy jako klient služeb	56
4.1 Kdo je naším klientem ?	56
4.2 Bariéry vstupu do služeb	57
4.2.1 Společný pobyt s dítětem jako podmínka čerpání služeb	57
4.2.2 Riziko odebrání dítěte jako důsledek čerpání služeb	58
4.2.3 Partnerský vztah jako možná bariéra	59
4.2.4 Mlčenlivost jako klíčový princip minimalizace bariér	59
4.3 Principy služeb pro matky užívající nealkoholové drogy	60
4.3.1 Východiska podoby služeb	60
4.3.2 Praktická podoba služeb	61
5 Systém péče o.s. Sananim	64
5.1 Charakteristika o.s. Sananim	64
5.1.1 Cíle o.s. Sananim	64
5.1.2 Definice systému péče o.s. Sananim	65
5.2 Zařízení o.s. Sananim	66
5.2.1 Terénní programy a Kontaktní centrum	66
5.2.2 Denní stacionář	67
5.2.3 Terapeutická komunita Karlov	67
5.2.4 Terapeutická komunita Němčice	68
5.2.5 Doléčovací centrum	68
5.2.6 Centrum ambulantní detoxifikace a substituce	69
5.2.7 Pracovní a sociální agentura	70
5.2.8 Drogové informační centrum	70
6 Empirický výzkum	71
6.1 Metodologická část	71
6.1.1 Cíle výzkumu	72
6.1.2 Hypotézy	72
6.1.3 Výzkumné otázky	73
6.1.4 Metoda výzkumu	74
6.1.5 Techniky výzkumu	74
6.1.6 Strategie výběru zkoumaných jednotek	78
6.1.7 Způsob analýzy dat	82
6.2 Analýza údajů – Dílčí cíl 1	83
6.2.1 Výzkumná otázka 1/1	83
6.2.2 Výzkumná otázka 1/2	90
6.2.3 Pozorování	97

6.3 Analýza údajů – Dílčí cíl 2	103
6.3.1 Výzkumná otázka 2/1	103
6.3.2 Výzkumná otázka 2/2	108
6.4 Analýza údajů – Dílčí cíl 3	110
6.4.1 Výzkumná otázka 3/1	110
6.5 Zhodnocení výzkumu	118
Závěr	120

Seznam použité literatury

Přílohy

Příloha č. 1 - Systém péče o klienta o.s. Sananim

Příloha č. 2 - Vybrané statistické údaje:

Tabulka č. 1 - Klienti o.s. Sananim 2005 a 2006

Tabulka č. 2 - Odhady prevalence problémových uživatelů drog 2005 a 2006

Příloha č. 3 - Tabulka č. 3 - Přehled informantů a pozorovaných objektů

Příloha č. 4 - Tabulka č. 4 - Schéma vedení výzkumu

Tabulka č. 5 - Mateřské modely pro potřebu pozorování

Příloha č. 5 - Podmínky matky, vstupující do péče o.s. Sananim

Příloha č. 6 - Periodizace raného socioemocionálního vývoje

Příloha č. 7 - Fáze utváření specifické emoční vazby

ÚVOD

Tato práce se zabývá možnostmi posilování rodičovských kompetencí matek, které užívají nealkoholové drogy. Praktickou platformu tvoří rámec systému služeb o.s. Sananim.

Téma matek, užívajících nealkoholové drogy, se v ČR ocitá ve středu pozornosti zhruba v posledním desetiletí, přičemž, díky nárůstu počtu klientek, jednoznačně nabývá stále na významu. Po první vlně porevolučního rozvoje služeb pro uživatele nealkoholových drog, a stabilizaci jejich systému, nastal nyní trend specializace na specifické cílové skupiny. Skupina těhotných žen a matek, které užívají nealkoholové drogy, je jednou z nich.

Během počátečního období tvorby služeb pro tuto cílovou skupinu bylo úsilí věnováno především na realizaci adekvátní protidrogové péče. Užívání drog matkou však v sobě spojuje dva problémové okruhy - drogy a mateřství. Domnívám se, že v dlouhodobém měřítku jsou efektivní pouze intervence zaměřené do obou sfér. Proto nyní, když systém péče stabilně funguje, by, podle mého názoru, měl další krok směřovat na cílenou a systematickou podporu rodičovství klientek.

Ačkoliv by se totiž mohlo zdát, že odpovídající služby pro matky s dětmi jsou v celospolečenském kontextu běžně poskytovány, opak je pravdou. Pro těhotné ženy a matky, užívajících nealkoholové drogy, je totiž běžná síť podporující a rozvíjející rodičovské kompetence (jako např. aktivity mateřských center, specializovaná raná péče, semináře, přednášky, kurzy, kluby, individuální terapeuticko - edukační péče atd.) nedostupná a v mnoha ohledech také nedostačující. Dalo by se říci, že jedinou další institucí, která se na situaci rodin s matkou užívající drogy, zaměřuje, jsou orgány sociálně-právní ochrany dětí.

Ukazuje se tedy, že služby pro tuto skupinu musí být pod jednou střechou, současně zacílené na řešení drogové problematiky i posilování rodičovských kompetencí. Stávající protidrogová zařízení připadají v úvahu jako jejich jediný možný realizátor.

Z tohoto důvodu je cílem mé práce analýza možností posilování rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy, v rámci systému péče o.s. Sananim. Mou osobní motivací, která mě vedla k výběru tohoto tématu, je téměř pětiletá zkušenost práce s matkami, užívajícími drogy, jakožto zaměstnance Denního stacionáře o.s. Sananim.

Protože se jedná o největší neziskovou organizaci svého druhu v ČR, která má s cílovou skupinou matek, užívajících drogy, dlouhodobé zkušenosti, je zřejmé, že mnohé kroky již byly v jejích podmínkách učiněny. Protidrogové služby pro cílovou skupinu matek jsou v o.s. Sananim již několik let poskytovány v jedinečném komplexním systému, a to včetně, v ČR unikátní, léčby komunitního typu, umožňující pobyt matky i s dítětem. V mnohém tak může být o.s. Sananim pro poskytovatele stejných služeb inspirací. Přesto se domnívám, že má smysl otázku práce s rodičovskými kompetencemi matek v rámci jeho systému péče zrevidovat a zamýšlet se nad dalšími možnostmi. V ideálním případě by tak mohl být v této práci naznačen model, jak s matkami, užívajícími nealkoholové drogy, a jejich dětmi, komplexně pracovat.

Během realizace práce vyšla najevo otázka širšího problému. Dosažení cíle - analýzy možností posilování rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy, v rámci systému péče o.s. Sananim - bylo podmíněno realizací tří cílů dílčích. Za prvé se jedná o charakteristiku rodičovských kompetencí klientek, dále popis podoby služeb, které jsou matkám v rámci o.s. Sananim aktuálně poskytovány, a za třetí jde o analýzu možností jejich rozvoje. Tomu musí odpovídat i teoretická část práce. Ve výsledku je tak rozsah práce skutečně velký.

Teoretická část pojednává jednak o rodičovských kompetencích, popisuje zejména fenomén specifické emoční vazby jakožto platformu, zásadně ovlivňující jejich kvalitu, zmiňuje praktickou oblast péče o dítě a nastiňuje rizika plynoucí z nedostatečné kompetentnosti rodiče. Další kapitola se zaměřuje na představení problematiky matek, užívajících nealkoholové drogy, a zkoumá vlivy, které působí na jejich nenarozené i narozené děti. Závěr teoretické části se týká postavení matky, užívající drogy, jako klienta, definuje bariéry i principy čerpání služeb a charakterizuje systém péče o.s. Sananim a jeho jednotlivé programy.

V empirické části se, po úvodním metodologickém vymezení, zabývám zkoumáním jednotlivých dílčích cílů (jak byly uvedeny výše) se záměrem analyzovat možnosti posilování rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy, v rámci systému péče o.s. Sananim.

Jako teoretický podklad mi v první části sloužila hojná literatura pojednávající obecně o otázkách rodičovské péče a vývoji dítěte. V oblasti problematiky matek, užívajících drogy, je však situace jiná. V podmínkách ČR neexistuje žádná ucelená publikace, která by se tímto tématem zabývala z psychosociálního hlediska. Nedávno vyšla první kniha alespoň na téma zdravotní. Nicméně se v posledních letech objevuje stále větší množství textů v odborných časopisech i sbornících, téma je také z různých úhlu reflektováno několika diplomovými či doktorskými pracemi. Zahraniční zdroje zahrnují především řadu studií, realizovaných v posledních dvou desetiletích, a mnohé články v odborných periodikách a publikacích.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

V této kapitole definuji hlavní pojmy, o něž se práce opírá. Mnohé z nich budou dále v textu rozpracovány. Analogicky k tématu práce se vymezené pojmy týkají dvou hlavních oblastí - světa rodiny a světa užívání drog.

Matka

Podle zákona O rodině č. 94/1963 Sb., §50a, je matkou dítěte žena, která dítě porodila.

Dítě

Nedospělá osoba. Věk je vymezen dvojí hranicí - podle Trestního zákona č. 140/1961 Sb. osoba mladší 15 let. V intencích této práce a podle jiných norem ČR a konvencí mezinárodních organizací (OSN, UNESCO), např. dle Úmluvy o právech dítěte, se jedná o lidskou bytost mladší 18 let.

Rodina

V tradičním pojetí skupina lidí spojená pouty pokrevního příbuzenství nebo právních svazků, odpovědností a vzájemnou pomocí. V širším pojetí pak i skupina lidí, která se jako rodina deklaruje na základě vzájemné náklonnosti. Pro potřeby této práce vycházím z pojetí tradičního (Hartl, Hartlová, 2000; Matoušek, 2003).

Orientační rodina /primární rodina

Rodina, do které se člověk narodí (Matoušek, 2003) /rodina prvotní (Hartl, Hartlová, 2000).

Prokreační rodina

Rodina, kterou si člověk založí sňatkem nebo narozením dětí (Matoušek, 2003).

Rodičovská péče

Soubor všech činností nutných k tomu, aby byl z dítěte vychován odpovědný a zralý dospělý člověk (Matoušek, 2003).

Rodičovské kompetence

Soubor schopností /kompetencí rodiče poskytovat dítěti péči v každé ze sfér potřebných pro jeho příznivý vývoj.

Specifická emoční vazba /přimknutí /připoutání /primární vazba /attachement

Specifické dlouhodobé pouto k určitému člověku, přičemž konkrétní vazbová figura hraje unikátní roli a není nikdy zcela nahraditelná nebo zaměnitelná za osobu jinou (Ainsworth, 1991). Vztah jednotlivce k blízké, pečující osobě, z něhož je čerpán pocit základní životní jistoty.

Sociálně-právní ochrana dětí

Podle zákona O sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb., §1, se jedná zejména o ochranu práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu, ochranu jeho oprávněných zájmů, včetně jmění a působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny. Podle §5 tohoto zákona je předním hlediskem zájem a blaho dítěte.

Ústavní výchova

Podle zákona O rodině 94 /1963 Sb., §46, může soud nad dítětem, jehož výchova je vážně ohrožena nebo vážně narušena a jiná výchovná opatření nevedla k nápravě nebo jestliže rodiče z jiných závažných důvodů nemohou výchovu dítěte zabezpečit, nařídít ústavní výchovu nebo jej svěřit do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Propustka z ústavní výchovy

Podle zákona O sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb., §30, může ředitel ústavního zařízení, jen po předchozím písemném souhlasu obecního úřadu obce s rozšířenou působností, dítěti, které je v umístěno v ústavním zařízení z důvodu nařízení ústavní výchovy, povolit pobyt mimo ústav - u rodičů, popř. jiných fyzických

osob, a to nejvýše v rozsahu 14 kalendářních dnů při prvním pobytu. Tato doba může být prodloužena.

Předběžné opatření

Podle Občanského soudního řádu, zák. č. 99/1963 Sb., §76, může soud účastníku uložit, aby předal dítě do péče druhého rodiče nebo toho, koho označí. Podle § 76a může být předběžným opatřením nařízeno, aby nezletilé dítě, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jehož život či příznivý vývoj jsou vážně ohroženy nebo narušeny, bylo předáno do péče osoby, kterou soud určí. Předběžné opatření dle § 76a trvá po dobu 1 měsíce, v určitých případech může být prodlouženo až na celkovou dobu trvání 6 měsíců.

Hospitalismus

V užším pojetí, odpovídajícím potřebám této práce, se jedná o syndrom vývojové poruchy dítěte jako následek nedostatečného množství potřebných podnětů při dlouhodobém umístění dítěte v nemocnici či ústavním zařízení (Hartl, Hartlová, 2000).

V pojetí modernějším se jedná o adaptaci klienta na dlouhodobý pobyt v léčebném, podpurném nebo výchovném ústavním prostředí, jež je doprovázená oslabováním sociálních dovedností potřebných pro život mimo ústav (Matoušek, 2003).

Syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte - CAN

Je charakterizován jakýmkoli nenáhodným jednáním rodičů nebo jiné dospělé osoby, které je v dané společnosti odmítané a nepřijatelné, jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popř. způsobuje jeho smrt (Vágnerová, 1999).

Gender

Zkonstruovaná společenská kategorie, soubor očekávaných sociokulturních rolí odvíjející se od příslušnosti k biologickému pohlaví (Renzetti, Curran, 2003).

Droga

Mnohovýznamový termín. V nejširším významu lék. Dle OSN látka podřízená mezinárodní kontrole. Pro potřeby této práce termínem droga označuji psychoaktivní látky, které mění duševní procesy. Nemusí, ale mohou, vyvolávat závislost a jejich držení může být nezákonné (Kalina, 2001).

Mezi nejrozšířenější drogy, které podléhají zákonné regulaci, patří konopné drogy - marihuana, hašiš, opioidy a opiáty - heroin, braun, metadon, Subutex (buprenorfin), stimulancia - pervitin, kokain, halucinogeny - LSD, Psilocybin (lysohlávky), léky - opioidní analgetika, benzodiazepiny, barbituráty.

Abúzus

Maladaptivní vzorec užívání látky vedoucí ke klinicky významnému zdravotnímu poškození nebo nepříjemné psychické reakci. Projevený opakujícím se užitím látky, které vede k neplnění zásadních povinností v práci, škole, či doma; opakujícím užitím látky v situacích, kdy je to fyzicky nebezpečné; opakujícími se právními problémy, jež jsou s užíváním látky spojené; pokračujícím užíváním i přes trvalé nebo opakující se sociální či mezilidské problémy související s efektem dané látky, a to v rozmezí 12. měsíců (Kalina, 2001; Matoušek, 2003)

Všeobecně široce užíván v souvislosti se zneužíváním psychoaktivních látek (drog).

Formy konzumace drog

Liší se od sebe závažností zneužívání drogy, od níž se odvíjejí míra rizik a škod zdravotních, psychických i sociálních.

1. *experimentování* - občasné a nepravidelné užití, bez problémů v jiných oblastech
2. *příležitostné užívání* - užití méně než 1krát týdně, jako součást životního stylu
3. *pravidelné užívání* - častěji než 1krát týdně, určuje životní styl, škodlivý účinek
4. *problémové užívání* - intravenózní aplikace nebo dlouhodobé užívání opiátů a amfetaminových drog
5. *závislost* - diagnostická kritéria syndromu závislosti Fx.2 (Kalina, 2003)

Závislost

Závislost a syndrom závislosti je definován v MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) Světové zdravotnické organizace jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje po dobu min. jednoho roku alespoň tři následující projevy:

- silné přání užít drogu, nutková potřeba
- porušené ovládání při jejím užívání, ztráta volní kontroly

- přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, navzdory tělesným a duševním komplikacím
- prioritace drogy před všemi ostatními aktivitami a závazky, převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku
- zvýšená/snížená tolerance
- odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy (Kalina, 2001)

Intoxikace

Stav nastávající po aplikaci dostatečného množství drogy, jehož následkem jsou poruchy úrovně vědomí, schopnosti úsudku, emocí a afektivity, chování a dalších psychických funkcí a reakcí. Poruchy souvisejí s okamžitým farmakologickým účinkem látky a naučenými reakcemi na ni, po určitém čase zcela odeznívají s výjimkou tkáňových poškození nebo jiných vyskytnuvších se komplikací. Průběh je závislý na typu a množství látky, na individuální toleranci i dalších faktorech (Kalina, 2001).

Abstinenční příznaky /odvykací stav

Soubor různě závažných a různě kombinovaných příznaků, které se objevují po vysazení, přerušení nebo snížení dávek drogy, která byla užívána opakovaně, dlouhodobě a/ nebo ve vysokých dávkách. Zahrnují psychické (rozlady, podrážděnost, nespavost) i fyzické (křeče, bolesti, průjmy) příznaky, které nejsou vysvětlitelné fyzickým onemocněním nebo duševní poruchou (Kalina, 2001).

Neonatální abstinční syndrom /NAS

Projev rozvinuté fyzické závislosti novorozence na např. opiátech, manifestace zahájena podle druhu drogy 1 - 30 dní po narození. Objevuje se u 60 - 90% dětí. Může přetrvávat až 4 měsíce po porodu. Příznaky zahrnují zvýšenou dráždivost až s křečemi, zívání, kýčání, vysoký centrální křik, nekoordinované mimické pohyby, třes, neklid, problémy se sáním, polykáním a zažíváním, atypicky krátké spánkové periody, ucpaný nos, hyperventilaci, aspirační pneumonii, vysokou teplotu, tachykardii, pocení a poruchy prokrvení (Vavřínková, Binder, 2006).

Relaps

Návrat k užívání drog po období abstinence. Bývá doprovázen souborem příznaků označovaných jako „syndrom porušení abstinence“ - deprese, rezignace, pocity viny,

hněv, které mohou prohloubit a upevnit obnovené užívání drogy a vést k dalšímu kolu drogové závislosti (Kalina, 2001). V praxi se používá i pro označení izolovaného „uklouznutí“ jednorázovým užitím drogy v období abstinence, které by mělo být správně označováno jako *laps*.

System péče

Vzájemně provázané programy a služby, které odpovídají na různé potřeby klienta v různých obdobích jeho cesty k normálnímu životu. Za základní složky se pokládají:

1. terénní a nízkoprahové služby
2. ambulantní péče
3. ústavní detoxifikace a krátkodobá a střednědobá ústavní léčba
4. dlouhodobá rezidenční péče v terapeutických komunitách
5. doléčování a chráněné bydlení
6. substituční programy (Kalina 2001).

Nízkoprahové služby

Programy s nízkými vstupními bariérami, na klienta jsou kladeny pouze minimální nároky, služby jsou tedy maximálně dostupné.

Zařízení s vysokým vstupním prahem

Jde o úzce vymezené programy pro specifickou část klientely, podmínky využívání služeb jsou definovány konkrétními kritérii, bez jejichž splnění je poskytovaná služba pro klienta nedostupná.

Harm reduction

Přístupy snižování či minimalizace rizik /poškození spojených s užíváním drog u osob, které nejsou motivovány k abstinenci a změně životního stylu. Zahrnuje především výměnu použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací, poradenství a edukaci o rizicích. Provádí se buď přímo v terénu nebo v nízkoprahových kontaktních centrech (Kalina, 2001).

Nestátní nezisková organizace /NNO

Organizace, která nepatří veřejnému sektoru, nejedná se o veřejnoprávní, ze státního rozpočtu financovanou, organizaci. Je zakládána občany za účelem plnění

určitého cíle. Zisk z její činnosti je používán pro realizaci definovaného cíle, není účelem činnosti organizace (Šiklová, 2002).

Občanské sdružení (o.s.)

Je formou NNO. Jedná se o sdružení fyzických i právnických osob, se společným zájmem. Majetek není základním znakem. O.s. se může registrovat pouze za účelem výkonu určité činnosti. Návrh na registraci spolu se stanovami sdružení, v němž je vymezen pozitivní účel činnosti, musí podat nejméně tři občané ČR. Část o.s. poskytuje sociální služby (Šiklová, 2002). Legislativní úprava o.s. - zák. č. 83/1990 Sb.

Klient

Subjekt, který využívá sociální služby (Matoušek, 2003). V mém pojetí aktivní uživatel sociálních služeb.

2 RODIČOVSKÉ KOMPETENCE

V této kapitole se zabývám charakteristikou pojmu „rodičovské kompetence“. Jejich možné posilování u matek, užívajících nealkoholové drogy, které čerpají služby v systému péče o.s. Sananim, je ústředním tématem mé práce.

Blíže určuji dvě hlavní kategorie rodičovských kompetencí, z nichž budu v obou částech práce vycházet. Snažím se přiblížit fenomén specifické emoční vazby, jakožto faktor, který zásadním způsobem úrovně rodičovských kompetencí ovlivňuje. Dále vymezuji povahu praktické péče o dítě. V závěru této kapitoly uvažuji o rizicích, jež z nedostatečné úrovně rodičovských kompetencí plynou a o možnostech, jakými může být úroveň rodičovských kompetencí optimalizována.

Části této kapitoly slouží, mimo jiné, také jako nástin pozitivních a ideálních procesů interakce matky a dítěte. Pro čtenáře může být zajímavé jejich srovnání s popisem průběhu stejných situací u cílové skupiny matek užívajících drogy. Pro mě takto vymezený teoretický základ slouží jako rámec realizace empirické části práce.

2.1 Vymezení pojmu

Psychologický slovník definuje kompetenci jako „*schopnost, způsobilost, kvalifikaci*“ (Hartl, Hartlová, 2000).

Rodičovské kompetence chápu jako *soubor schopností rodiče poskytovat dítěti péči v každé z jednotlivých sfér potřebných pro jeho příznivý vývoj.*

Rodičovská péče v sobě snoubí různé oblasti, v nichž může být rodič více či méně kompetentní. To znamená, že úroveň rodičovských kompetencí jednoho rodiče se od sebe může v jednotlivých sférách péče lišit. Od souhrnné úrovně rodičovských kompetencí jedince se pak odvíjí jeho rodičovská způsobilost a kvalifikace k naplňování rodičovské role.

Je otázkou, ***jaké oblasti kompetencí rodičovská péče zahrnuje***. Neexistuje jednotný koncepční model ideální rodičovské péče, ale domnívám se, že názory jednotlivých odborníků se významově (obsahově) příliš neliší, pouze se rozcházejí v označení jednotlivých principů či atributů.

Matoušek definuje rodičovskou péči jako „*soubor všech činností nutných k tomu, aby byl z dítěte vychován odpovědný a zralý dospělý člověk*“ (Matoušek, 2003). Upozorňuje, že koncept rodičovské péče neobsahuje pouze bezprostřední výchovný kontakt s dítětem, ale vše, co je nutné zajistit pro jeho zdárný vývoj. Za základní atributy kvalitní rodičovské péče považuje:

- Láskyplný vztah pečující osoby
- Schopnost stanovovat dítěti meze (bez použití fyzických trestů)
- Monitoring (povědomost o aktivitách dítěte)
- Vytvoření stabilního a stimulačního prostředí
- Zajištění fyziologických potřeb dítěte (Matoušek, 2003)

Šulová jako základní potřeby, které rodina dítěti naplňuje, definuje:

- Jistotu a zázemí
- Společenskou vazbu
- Stimulaci
- Pozitivní identitu
- Otevřenou budoucnost
- Zajištění základních potřeb pro přežití (Šulová, 2005)

Vývojový model A. Pessa a D. Boydenové označuje pět následujících vývojových potřeb jedince:

- Potřebu místa
- Potřebu podpory
- Potřeba bezpečí
- Potřeba péče
- Potřeba limitu (Lucká, Koblíček, 2002)

Pro úplnost ještě uvádím právní rámec rodičovské péče, jak jej pomocí termínu „*rodičovská zodpovědnost*“ vymezuje zákoně O rodině č. 94/ 1963 Sb.

Rodičovská zodpovědnost

§ 31

- (1) Rodičovská zodpovědnost je souhrn práv a povinností
- a) při péči o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj
 - b) při zastupování nezletilého dítěte
 - c) při správě jeho majetku
- (2) Při výkonu práv a povinností uvedených v odstavci 1 jsou rodiče povinni důsledně chránit zájmy dítěte a vykonávat nad ním dohled odpovídající stupni jeho vývoje. Mají právo užít přiměřených výchovných prostředků tak, aby nebyla dotčena důstojnost dítěte a jakkoli ohroženo jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj.

§ 32

- (1) Rozhodující úlohu ve výchově dětí mají rodiče.
- (2) Rodiče mají být svým osobním životem a chováním příkladem svým dětem.

Jak již bylo naznačeno, pro potřeby této práce jsem si definovala dvě základní kategorie rodičovských kompetencí, z nichž budu dále vycházet. Adekvátnost této úvahy byla posléze potvrzena i v empirické části práce.

Jedná se o:

- **kompetence v oblasti realizace specifické emoční vazby**
- **kompetence ve sféře praktické péče o dítě**

Vztáhneme - li výše uvedené potřeby dětí k těmto kategoriím, lze říci, že zejména kompetence v oblasti realizace specifické emoční vazby v sobě z výše vymezených atributů péče integrují - potřebu láskyplného vztahu s pečující osobou, potřebu jistoty,

zázemí, pozitivní identity, společenské vazby, péče, bezpečí a podpory i stimulace. Další uvedené atributy kvalitní rodičovské péče - stabilní prostředí, schopnost stanovovat dítěti hranice, monitoring a otevřená budoucnost - s kvalitou primární vazby přímo souvisejí.

Sféry kompetencí v oblasti praktické péče o dítě se z výše jmenovaných atributů týká - zajištění základních fyziologických potřeb pro přežití dítěte, schopnost rodiče zajistit dítěti stabilní prostředí, schopnost stanovovat hranice, monitoring a vytváření sociální sítě rodiny.

Úvodní pohled na koncept *kompetentního rodiče*, tj. rodiče, který je schopen poskytovat svému dítěti adekvátní potřebnou péči, bych ráda završila připomenutím Winnicottova termínu „good-enough mother“, či analogicky „good-enough parent“ B. Bettelheima.

„Dosti dobrá“ matka je označení pro matku, jež svému dítěti poskytuje podpůrné emoční i fyzické „prostředí, které jej podrží“, a jež mu zajišťuje optimální množství stability a pohodlí. Potřeby dítěte jsou uspokojovány v pravý čas a v pravé míře a zažívá - li dítě frustraci, je mu poskytnuta podpora. Good-enough mother totiž není „přespříliš perfektní“ matkou, která dítě absolutně chrání a neumožňuje mu tak zažívat vývojově potřebnou míru frustrace, ale je také matkou přirozeně chybnou, která svá selhání v procesu každodenní péče zase napravuje. Bettelheim uvádí, že jednoznačný a všeobecně fungující způsob „správné“ výchovy či jednoznačná soustava pravidel „dobrého rodiče“ neexistují. Platformou „dosti dobrého“ rodiče je jeho spokojenost a pocit bezpečí v rodičovské roli, který se stává zdrojem pocitu bezpečí dítěte. Protikladem je paralyzující pocit úzkosti z rodičovského selhání a viny z dosavadních rodičovských chyb (Pilařová, Kavale, 2001).

Ačkoliv může být cesta matek, užívajících drogy, k modelu „good enough mother“ různě dlouhá, domnívám se, že přijetí prvku možného selhání rodiče, jakožto přirozené součásti realizace rodičovské role, je základním předpokladem pro práci s touto klientelou. Matky, užívající drogy, ve své rodičovské roli selhávají, a i když to nemusí být znát, jsou si toho dobře vědomy, cítí velkou vinu a také úzkost z budoucnosti.

2.2 Specifická emoční vazba

Specifická emoční vazba (přimknutí/ připoutání/ attachment) je specifické dlouhodobé emocionální pouto k určitému člověku. Tato konkrétní vazbová figura hraje unikátní roli a není nikdy zcela nahraditelná nebo zaměnitelná za osobu jinou (Ainsworth, 1991).

Existence rané specifické emoční vazby mezi dítětem a klíčovou pečující osobou, ideálně matkou, je považována za zásadní podmínku příznivého psychického vývoje dítěte.

Chvála a Trapková ve své *teorii „rodiny jako sociální dělohy“* přirovnávají nároky první třetiny dětství (0-6let věku) k nárokům prvního trimestru vývoje těhotenství. Patologie v obou obdobích patří k nejzávažnějším. Upozorňují, že propojenost matky s dítětem je tak intenzivní, že dochází také k propojení jejich tělesných systémů až do té míry, že dítě může na poruchu vzájemného vztahu a interakce reagovat psychosomaticky (Chvála, Trapková, 2004).

2.2.1 Teorie vazby

Anglický psychiatr *John Bowlby* ve své *teorii vazby* definoval primární vazbu mezi matkou a dítětem jako základ pro všechny další sociální vztahy. Vztah matky a dítěte vytváří podklad přirozeného a zdravého fungování v dospělosti, jeho narušení může vést k závažným důsledkům ve vývoji jedince (Bretherton, 1991).

Připoutání Bowlby považuje za základní přirozenost vztahu matka - dítě, jedná se o instinktivní, oboustranně biologicky naprogramovaný systém chování (Šulová, 2005).

Na podkladu bezpečného a jistého vztahu s pečující osobou získává dítě životní pocit *základní /bazální/ důvěry*, který se stává emočním základem dalších mezilidských vztahů v průběhu života (Hartl, Hartlová, 2000).

Z dalších autorů určuje vytvoření důvěry vůči okolnímu světu jako vývojový úkol prvního roku života také E.H.Erikson ve svých stádiích vývoje, přičemž jako základ také vnímá pozitivní zkušenost se stabilní péčí a láskyplným vztahem matky. Ve zralejší formě se podle něj tato důvěra posléze transformuje do potvrzení základní naděje, jež

disponuje možností obnovování pozitivního vztahu ke světu i po epizodních negativních zkušenostech (Erikson, 2002).

V opačném případě může být výsledkem rané interakce matky a dítěte zvýšená hladina tzv. **bazální úzkosti**, vyvěrající podle K. Horneyové z emoční nejistoty, pocitů ohrožení, hrubé rané manipulace a interakce či nadměrně přísné či negativistické výchovy (Šulová, 2005).

Nakonečný hovoří o vzniku tzv. **bazální osobnosti**, jež je vytvářena ranou zkušeností s matkou a vyznačuje se v dimenzích úzkostnost/jistota, důvěřivost/nedůvěřivost, z níž se později odvíjejí vztahy ke světu a k životu (Nakonečný, 1997).

Oboustrannou a funkčně bezpečnou (jistou) vazbu považují Koukolík a Drtilová za pravděpodobně nejdůležitější mechanismus vývoje normální osobnosti, za „*biologický, psychologický i sociální základ lidství*“. Důvěřivý a skutečně hluboký vztah alespoň k jednomu rodiči definují také jako klíčový faktor prostředí predikující **odolnost** dítěte vůči případným rizikovým vlivům v jeho životě (Koukolík, Drtilová, 2001).

Kromě vytvoření vztahu s druhým člověkem určuje Bowlby za klíčovou také schopnost **altruismu**. Altruismus, jakožto další podstatný znak lidské přirozenosti, je podmínkou přijetí pečující i obětující se rodičovské role. Toto přijetí chápe Bowlby jako přirozený projev „živočichů“, a nedochází - li k němu spontánně, jsou důvodem civilizační vlivy nebo úchylinky od normy (Šulová, 2005).

Papoušek biologickou, geneticky danou dispozici k rodičovství označuje pojmem „**intuitivní rodičovství**“. Tato vrozená schopnost je i podle jeho názoru nejvíce narušována civilizačními vlivy; nejvíce problémů s raným kontaktem matky a dítěte lze najít právě v nejcivilizovanějších zemích světa (Šulová, ústní sdělení, 2007).

2.2.2 Typy specifické emoční vazby

Bowlbyho spolupracovnice *Mary S. Ainsworthová* svou metodou „Strange Situation“¹ rozlišila *typy specifické emoční vazby* dítěte s matkou:

- ***jistá, bezpečná vazba***

Rodič je dítěti obecně k dispozici, reaguje adekvátně a citlivě na jeho signály, dítě se snadno pouští do explorační okoli. V populaci je zastoupena asi ze 75 %.

- ***nejistá úzkostná, vzdorující/ambivalentní***

Dítě si není jisto dostupností matky, jejími reakcemi, je úzkostné, bojí se separace, je plně vytíženo starostmi o svou bezpečnost. Své emoce dává výrazně najevo. Matka se jeví jako málo citlivá a nepřístupná, vydává dítěti ambivalentní signály - je přítomná, ale nereaguje adekvátně a čitelně, je nepředvídatelná (Šulová uvádí jako příklad opilou - analogicky intoxikovanou - matku).

- ***nejistá úzkostná, vyhybavá***

Dítě nemá žádnou důvěru v nápomocnou a adekvátní reakci rodiče, očekává odmítnutí, projevuje se pseudonezávisle. Svou úzkost soustavně potlačuje, „je hodné“, aby získalo bezpečí a pozornost matky. Tento typ vazby vzniká opakovaným odmítáním ze strany pečující osoby, brutální manipulací s dítětem, opakovaným odkládáním dítěte do péče jiných lidí či institucí. Matky se jeví spíše jako uzavřené a nezúčastněné.

Později byl M. Mainovou popsán třetí typ nejisté vazby:

- ***nejistá dezorganizovaná***

Příznačná pro dítě týrané a zneužívané, střídají se projevy závislosti a potřeby blízkosti rodiče a jeho odmítání. Dítě se ocitá v konfliktu mezi potřebou blízkosti s matkou a pocitem ohrožení z ní (Koukolík, Drtilová, 2001; Main, 1991; Matoušek, 2003; Matoušek, Kroftová, 2003; Pöthe, 2001; Šulová, 2005).

Rodiče dětí s některým z nejistých druhů vazby mohou často fungovat dobře v praktické části péče, zatímco selhávají v reakcích na dětskou potřebu pozornosti a doteků a nejsou s dítětem adekvátně synchronně vyladěni - zejména, co se týče

¹ V laboratorních podmínkách jsou pozorovány reakce ročního dítěte na strukturovanou přítomnost a nepřítomnost významné a cizí osoby (Bretherton, 1991). Detailní popis metody in Šulová, 2005.

nedostatečné, nadměrné nebo časově/situačně nevhodné stimulace (Koukolík, Drtilová, 2001). Domnívám se, že uvedený postřeh, mimo jiné, potvrzuje správnost mé kategorizace rodičovských kompetencí.

Podle teorie vazby je typ vazby, zformovaný v raném dětství vztahem k pečující osobě, klíčovou konstantou, která předznamenává všechny další interpersonální vztahy a také společenské uplatnění dospělého jedince (Matoušek, 2003).

Nicméně, zůstává stále **výzkumnou otázkou**, do jaké míry je pouto dítěte k matce a jeho specifická formujícími faktorem pro další psychický vývoj dítěte a také nakolik jsou specifické projevy dítěte, vztahující se k určitému typu vazby, trvalé. Jednalo by se totiž o výrazný determinismus, který by potlačoval vliv dalších vývojových faktorů (Šulová, 2005). Dosavadními výzkumy byla potvrzena korelace typu rané vazby s povahou vzájemných interakcí, s komunikací a výchovným stylem matky ve 12 a 18 měsících věku dítěte. Výsledky dlouhodobých výzkumů naznačují, že typ vazby, zjištěný ve věku 12 měsíců dítěte, v jeho dalším vývoji přetrvává a projevuje se i v dalších vztazích (Koukolík, Drtilová, 2001). Mainová a Cassidy prokázali u 84% dětí trvalost typu vazby zjištěné ve 12 měsících věku až do 6 let věku dítěte. Děti s jistým typem rané vazby se projevovaly v 5 letech jako soběstačnější, úspěšnější v řešení konfliktů s vrstevníky a méně se u nich vyskytovaly problémy v chování než u dětí s vazbou nejistou. V projektivních testech agresivity vykazovaly děti s jistou vazbou přiměřenější výsledky. Dá se tedy soudit, že kvalita vazby, zjištěná v 1 roce věku dítěte, předpovídá problémy v chování dítěte 5 až 6letého (Grossmann, Grossmann, 1991). Přičemž schéma připoutání v raném dětství a s ním související osobnostní rysy se s věkem stávají výraznějšími, charakterističtějšími a odolnějšími vůči změně (Šulová, 2005).

2.2.3 Spouštěče utváření specifické emoční vazby

Individuálně specifický vztah matky k dítěti se začíná vytvářet již během **těhotenství**. Psychika matky v době těhotenství má zásadní význam pro přijetí mateřské role a přijetí dítěte. Negativní psychická vyladěnost matky je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro perinatální vývoj dítěte a pro zahájení rané interakce (Šulová, 2005).

G. Gloger - Tippetlová popisuje *psychologické fáze těhotenství* ženy, během nichž se utváří vztah matky k dítěti, nejprve neurčitý, s následnou diferenciací a individualizací:

1. *fáze nejistoty* – od zjištění těhotenství do 12. týdne
2. *fáze obrazu dítěte v hlavě matky, nárůst touhy po dítěti* – zhruba do 15. týdne, kdy matka obdrží první ultrazvukový obrázek plodu
3. *fáze konkretizační* – matka s prvními pohyby okolo 20. týdne začíná vnímat „dítě v břiše“
4. *fáze anticipace budoucího dítěte v náručí* – okolo 30. týdne těhotenství, matka si představuje dítě jako konkrétní bytost, vyžadující určitou péči (Šulová, 2005)

Významem *psychického vyladění matky v těhotenství* a jejím vztahem k nenarozenému dítěti se zabýval také známý longitudální výzkum Z. Dytrycha, Z. Matějčka a kol. Podle autorů dlouhodobé vystavení negativním emocím v těle matky může ovlivňovat neurohumorální prostředí v těle plodu a tím následně i jeho vývoj. Výsledky přinesly řadu významných rozdílů mezi zkoumanou skupinou „nechtěných“ dětí a kontrolní skupinou. Děti „nechtěné“ byly kojeny kratší dobu nebo vůbec, trpěly vyšší nemocností, vykazovaly větší nadváhu. Vyžadovaly větší míru pozornosti, byly vnímány jako méně svědomité, prchlivé, v době adolescence udávaly větší nespokojenost se svým životem. Častěji si myslely, že jejich rodiče jsou s nimi nespokojeni. V dospělosti měly méně přátel, více sexuálních kontaktů bez vztahu, zažívaly více trápení a zklamání v lásce. Byly častěji soudně trestány a v evidenci protialkoholní služby (Matějček, Dytrych, Schüller, 1988).

Jak je uvedeno níže (2.4) „nechtěnost“ dítěte zásadní měrou zvyšuje riziko pozdějšího nekompetentního chování rodiče v jeho rodičovské roli.

Podle speciálního Condonova dotazníku lze již u těhotných žen odhadnout *pravděpodobnost porušené vazby*. Ukázalo se, že povahu vztahu k očekávanému dítěti lze rozdělit do čtyř základních kvadrantů na osách kvality vazby – pozitivní/ambivalentní a času, tráveného s nenarozeným dítětem ve vztahu. Vznikly tak čtyři možnosti vztahu těhotné ženy s dítětem:

- silná zdravá vazba, dítětem se velmi zabývá, pocity něhy a blízkosti
- kladný citový vztah s nízkým zaujetím, matka je vyrušována něčím jiným

- úzkostný ambivalentní vztah, velmi se dítětem zabývá, citově neprožívá
- ambivalentní vztah s nízkou mírou zaujetí (Koukolík, Drtilová, 2001)

Matoušek uvádí, že u většiny matek se od prvních měsíců těhotenství až po dobu dospívání dítěte nemění pozitivita, resp. negativita, jejich očekávání vůči dítěti, ani intenzita zájmu o ně (Matoušek, 1997). Některé těhotné matky tak mohou být již ve vztahu ke svým nenarozeným dětem rizikovou skupinou. Jak vyjde v následujících kapitolách najevo, jsou, vzhledem k obvyklému průběhu těhotenství matek užívajících drogy, uvedené informace alarmující (srov. 3.3).

Klíčovou roli pro spuštění specifické emoční vazby hraje **období postnatální** (7/28 dní po porodu). V situaci těsně po porodu je spuštěn proces označovaný jako ***imprinting***, při němž během několika prvních minut po narození dochází u dítěte k vtištění obrazu matky (etologům známý proces z pozorování živočichů). Je uváděn termín „pozdrav dítěte“ nebo „hodina přivítání“. Je - li dítě ponecháno na břiše matky, instinktivně leze, vyhledává prs a prvně saje, matka se pokouší o oční kontakt s dítětem (Šulová, 2005).

U dítěte dochází k aktivaci tzv. ***próto-sociálního chování***. Jedná se o vrozenou výbavu novorozence přitáhnout a udržet pozornost pečující osoby, jde např. o živější reakce na lidský hlas než jiný zvuk, trvalejší úchop lidského prstu než předmětu, obecná větší výbavnost vrozených reflexů v kontaktu s lidským tělem, sociální reflexivní úsměv (Langmeier, Matějček, 1986), které podporuje vazbové chování matky i jiných osob. I dítě tak přichází na svět vyzbrojeno schopnostmi, které mu umožňují stát se aktivním komunikačním partnerem rodiče (Matoušek, 1997).

Pro vývoj mateřských citů je v období těsně po porodu kritickou relativně krátká ***mateřská senzitivní perioda***. Projevuje se hormonální predispozicí matky k vhodnému chování vůči vlastnímu dítěti. Nedostává - li však matka signály od dítěte, či dojde - li k separaci delší než 4 dny, mateřské chování slábně (Říčan, 1990; Šulová, 2005).

Tzv. ***extra-kontakt***, nebo - li umožnění raného kontaktu matky a dítěte, tedy sehrává významnou roli v nastartování mateřského chování, emocionálních projevů a v synchronizaci vzájemné interakce v prvních měsících života dítěte (Říčan, 1990). Považuje se za jisté, že odloučení matky od dítěte po porodu zasahuje do rozvoje jejich

vzájemné synchronicity a afektivity. Klaus a Kennell došli k závěru, že možnost prožitku intimity a fyzického kontaktu matky s dítětem těsně po porodu pozitivně ovlivňuje kvalitu následné mateřské péče a zefektivňuje její vazbové chování. Děti se pak lépe vyvíjejí a méně tendují k potížím (Ainsworth, 1991). V etologických výzkumech se ukazuje, že významnou roli sehrává jak délka času stráveného s novorozencem, tak i jeho bezprostřednost po porodu (Šulová, 2005) (srov. 3.3, 3.4).

Klíčovou pro ranou interakci matky a dítěte je bezpochyby také situace **kojení**. Říčan popisuje kojení jako „základní školu sociálního kontaktu, školu důvěry..“. Dlouhodobé kojení posiluje kontakt matky s dítětem a vede podle výzkumů k rychlejšímu vývoji motoriky i řeči v prvním roce života (Říčan, 1990) (srov. 3.4).

Fáze utváření specifické emoční vazby J. Bowlbyho a *periodizace raného socioemocionálního vývoje* dítěte M. S. Mahlerové jsou z důvodu rozsahu součástí příloh této práce (Příloha č. 6, 7).

2.2.4 Raná interakce matky a dítěte

Kvalitní vazba rodiče s dítětem se projevuje rytmickým sladěním jejich vzájemné interakce. *Synchronicita* spočívá především v pozitivní, adekvátní a včasné reakci matky na signály vysílané dítětem. Tím dochází k postupné stabilizaci repertoáru tzv. funkčních signálů, jimiž je vzájemná vazba matky a dítěte cirkulárně stabilizována a posilována (Šulová, 2005).

Dospělí lidé jsou obecně vybaveni vrozenými dispozicemi k chování, které rozvíjí specifické schopnosti malého dítěte. Tyto dispozice se projevují např. v regulaci tělesné vzdálenosti, změnou modulace hlasu a celkového verbálního projevu, tzv. biologickým zrcadlením chování dítěte. Jsou také upoutáváni k takovým aktivitám dítěte, které se podobají běžným komunikačním činnostem, jako je např. nepreferenční pohled dítěte do očí dospělého, neadresný úsměv, broukání, nespecifické pohyby končetin atd. (Matějček, 1996; Vágnerová, 1999).

Schopnost synchronizace rytmu vzájemných interakcí je podstatná pro vzájemné porozumění, spolupráci a udržení vzájemného vztahu nejen matky s dítětem, ale také všech členů rodiny (Matoušek, 1997). Pro úspěšnou socializaci dítěte je podle Sterna

interakční synchronie dokonce důležitější než pozdější výchovné postupy (Šulová, 2005).

Interakce matky a dítěte probíhá v tzv. interakčních vlnách recipročního příklonu a odklonu pozornosti, které R. Spitz označuje termínem *cirkulární interakce*.

Kroky dobře synchronizovaného cyklu při hravém kontaktu s dítětem popsal T.B. Brazelton:

- zahájení – vzbuzení zájmu o signál
- vzájemná orientace – zajištění optimální pozice, očního kontaktu a celého postavení těla a hlavy
- pozdravení – mimika, vokalizace, úsměv
- dialog
- oslabení zájmu – matka se přizpůsobí poklesu pozornosti dítěte (Šulová, 2005)

Povaha interakčních aktivit matky se pohybuje na ose *spolupráce - zasahování*. Široce spolupracující matky vnímají své děti jako autonomní a aktivní osobnosti, jejich postoj je spíše pevný než permisivní. Oproti tomu zasahující matky své dítě nerespektují jako samostatného jedince, dělají s ním, co samy rozhodnou, trvale do jeho činnosti vstupují. Tyto dva extrémy celé škály různých způsobů interakce ukazují, že matky vůči signálům svých dětí projevují různou míru citlivosti (Koukolík, Drtilová, 2001).

Přestože je matka nesporně aktivnějším a více stimulujícím účastníkem, synchronicita rané interakce je ovlivněna z obou stran dyády.

Na straně dítěte má vliv především:

- jeho disponovanost – kvalita a funkčnost smyslů a schopnost organismu vyrovnávat se s postnatálními nároky
- zdravotní stav
- zvýšená dráždivost (srov. 3.4).

Na straně matky má nejvýraznější vliv:

- psychiatrická diagnóza – vede k nepravdělnému a nečitelnému reagování /nereagování a nevšímavosti
- užívání návykových látek – stav matky a jí poskytovaná péče kolísá v závislosti na intoxikaci a je pro dítě nečitelná
- negativní naladěnost vůči dítěti – dítě nechtěné, počaté s nesprávným partnerem, z negativních partnerských vztahů
- osobnostní nezralost – dětské signály nemají dostatečný význam, matka zaměřena na sebe
- vztah ženy s vlastní matkou
- kvalita vztahu s partnerem (Šulová, 2005) (srov. 3.1, 3.2).

R. Spitz zdůrazňuje schopnost matky regredovat v komunikaci na úroveň přístupnou dítěti - schopnost vzdát se určitý čas části své dospělé identity. Této dočasné regrese je však podle něj schopno pouze zdravé ego matky (Šulová, 2005).

2.3 Zajištění praktické péče o dítě

Kompetence v oblasti praktické péče o dítě se primárně vztahují k zajištění jeho základních, fyziologických potřeb. Maslow tyto potřeby ve své hierarchii vymezil jako *potřebu potravy, vody a nepřítomnosti bolesti*. Bez naplnění těchto základních potřeb (jež ještě doplňuje o potřeby psychického charakteru) nepřicházejí v úvahu saturace potřeb vyšších řádů (Nakonečný, 1997).

Pöthe jako tělesné potřeby dítěte určuje potřebu poskytování *přiměřené výživy, oblečení, zdravotní péče a ochrany před zlem* (Pöthe, 1996).

Jedná se tedy o ryze praktickou stránku zvládnání péče o dítě, o schopnost jej adekvátně nasýtit, obléci, udržovat v čistotě atd.

Podle mého názoru se k tomuto také vztahuje schopnost rodiče udržovat dítěti pravidelný denní režim, klást mu hranice, monitorovat jeho činnosti. Ze sféry extrafamiliární do této kategorie spadá kompetence rodiče zajistit dostačující finanční

prostředky, adekvátní bydlení, domluvit potřebné služby, komunikovat se sociálním okolím a institucemi a vytvářet tak pro dítě další společenské vazby.

Zde je na místě uvést, že použitá kategorizace rodičovských kompetencí na část specifické emoční vazby a část praktickou má samozřejmě své limity. Především se nejedná o dvě nezávislé jednotky. Zejména schopnost a ochota matky zajišťovat praktické potřeby dítěte je v přímé souvislosti s kvalitou její vazby k dítěti, která slouží jako jakýsi motivační prvek péče.

2.4 Rizika plynoucí z nedostatečné úrovně rodičovských kompetencí

Domnívám se, že - vzhledem k cílové skupině matek užívajících drogy, jež mohou být pro své děti rizikovými rodiči - je na místě alespoň stručně vytyčit možná rizika plynoucí z nedostatečné úrovně rodičovských kompetencí, jejich příčiny a důsledky. Prvně se zde ukáže „efekt sněhové koule“, kdy se užívání drog slučuje s další nepříznivou problematikou, čímž se potenciální závažnost situace rodiny dále prohlubuje.

Výhledy pro dítě tak mohou být neradostné. Nedostatečná kompetence v některé z oblastí rodičovské péče může vést k nepříznivému ovlivnění psychického vývoje dítěte, v horším případě i k poškození jeho osobnosti a možný je také dopad do sféry fyzického zdraví. Je - li rodina v některém ohledu dysfunkční, může se pro své členy stát zdrojem zátěže. Podle Langmeiera závažnost a trvalost poškození psychického vývoje roste s klesajícím věkem dítěte (Langmeier, 1998).

2.4.1 Obecné příčiny

Šulová rozděluje příčiny dysfunkcí rané interakce - a analogicky i příčiny nestabilně vytvořené primární vazby, jež ovlivňuje úroveň rodičovských kompetencí matky - na vlivy vnější a vlivy uvnitř rodinné struktury.

Mezi extrafamiliární příčiny patří vlivy plynoucí z tzv. *sociální adresy*, kdy příslušnost k určitému etniku, subkultuře, ekonomické formaci či geografické oblasti mohou do počáteční interakce vnášet některá specifika, a to i zcela bez konkrétního

příčinění matky. Dále rodinu v širším kontextu ovlivňuje celkové společenské klima, zejména v tom, jak je společensky vnímána **prestiž mateřství** a jaká vládne celospolečenská **filozofie péče o dítě**.

Intrafamiliární příčiny zahrnují na jednotlivé členy rodiny bezprostředně působící faktory, jako např. **způsoby rodinné komunikace**, uplatňované **výchovné principy**, **mikroklima domova**, **zdravotní stav jednotlivců**, **sociální patologie** - abúzus drog, agresivní projevy, civilizační nemoci (Šulová, 2005).

Je třeba brát také na zřetel od 90. let rostoucí rozvodovost a pestrost alternativ rodinného soužití, včetně významného nárůstu počtu **rodin monoparentálních** (Možný, 1999). Těhotenství **svobodných matek** probíhá komplikovaněji, objevuje se více porodních komplikací. Děti svobodných matek jsou častěji nemocné a hospitalizované, za stejné intelektové vybavenosti podávají slabší školní výkon než děti z rodin úplných (Matoušek, 1997). Děti z **neúplných rodin**, žijící pouze s matkou, se vyvíjejí v průměru hůře než děti z rodin úplných. U chlapců absentuje identifikační vzor, bývají závislí, úzkostnější, hůře se kontrolují, jsou méně zodpovědní, hůře vycházejí se svými vrstevníky. Dívky mohou být nervózní a neukázněné, v dospělosti absence otce vede k extrémnějším postojům vůči mužům. Je však otázkou, zda tyto děti poškozuje nepřítomnost otce nebo chování osamělé matky (Říčan, 1990).

Partnerská situace rodičů dítěte je významným faktorem ovlivňujícím emoční stabilitu matky a tedy i kvalitu rané interakce s dítětem. Šulová upozorňuje na významný aspekt dnešní doby - možnost realizace intimních vztahů bez mentální vazby na možné otěhotnění. Těhotenství je pak přijímáno jako racionalizovaná situace k řešení, navíc formována společenským tlakem. Roli může sehrát také neschopnost reálného hodnocení vztahu s partnerem – dítě se pak stává důvodem k vytvoření rodiny (Šulová, 2005).

Mezi trvale působící vlivy lze zařadit také **původní, orientační rodiny rodičů**, s jejich formujícím vlivem v minulosti i případnými aktuálními intervencemi. **Rodičovské postoje** se utvářejí již během dětství ve vlastní rodině a je známo, že existuje vysoká pravděpodobnost **transgeneračního řetězení negativních rodičovských modelů** (Winnicott in Šulová, 2005), jak je již naznačeno výše. Chování matky podléhá, kromě aktuálního vztahového kontextu, také kvalitě vazby s její vlastní matkou.

Způsob, jakým se matka váže na své dítě, má vztah ke způsobu, jakým se k ní vázala její matka (Matoušek, Kroftová, 2003).

Úroveň rodičovských kompetencí souvisí také s **motivací, proč se stát rodičem**. Formuje se již v průběhu dětství a je významně ovlivňována kvalitou interakce s vlastními rodiči. Důvody, neznámá nevědomé, mohou být:

- Přitažlivost mateřské identity, společenské uznání ženy skrz roli matky
- Touha vyrovnat se vlastní matce, která se jeví jako nedostižný vzor
- Touha být lepším rodičem než vlastní, nedostatečně kompetentní rodiče
- Nejistota v partnerském vztahu
- Přání mít někoho trvale blízkého a být s ním nerozlučně spoután
- Potřeba čelit strachu ze smrti
- Potřeba potrestat sebe nebo druhé
- Potřeba změny, nenudit se
- Potřeba otevřené budoucnosti (Řičan, 1990)

Culbertson a Schellenbach uvádějí výzkumem **zjištěný soubor vlastností rodiče, které zvyšují riziko špatného zacházení** s dítětem:

- nedostatky v sociální orientaci, omezená empatie, rigidita, osamělost a problémy v mezilidských vztazích
- problematické sebehodnocení, nízká sebeúcta, nespokojenost s rolí rodiče
- rizikové chování projevující se nedostatečnou sebekontrolou a sebeovládáním, impulzivitou
- špatná zkušenost z vlastního dětství - 70% osob, s nimiž rodiče v dětství nezacházeli přiměřeným způsobem, mělo sklon chovat se podobně (Vágnerová, 1999)

Pravděpodobnost interakční asynchronie, odmítnutí, zanedbávání a týrání dětí ze strany matky zvyšuje podle Lynchové také:

- komplikované těhotenství
- obtížný porod
- separace ihned po porodu i v prvních 6. měsících života dítěte (Matoušek, Kroftová, 2003; Koukolík, Drtilová, 1996).

V následujících dvou subkapitolách uvádím jednotlivé formy ubližování dítěti, mezi nimiž existuje úzká provázanost. Psychická deprivace a zanedbávání jsou podle Pötheho společným průsečíkem všech níže uvedených forem (Pöthe, 1996).

Přestože jde o notoricky známé informace, domnívám se, že jejich, alespoň stručný, nástin je integrální součástí problematiky matek užívajících drogy. Upozornila bych především na výčty rizikových faktorů - sdělení v nich obsažená potvrzují mé předchozí tvrzení. U každé z forem po úvaze uvádím krátkodobé i dlouhodobé důsledky - dovedou nás k lepšímu porozumění chování a prožívání nejen dětí, ale i jejich matek, které byly v dětství neznámy samy obětmi špatného zacházení svých rodičů (srov. 3.1, 3.2).

2.4.2 Psychická deprivace a subdeprivace

Tato subkapitola byla zpracována na podkladě literatury: Hadj - Moussová, 2000; Hartl, Hartlová, 2000; Koukolík, Drtilová, 1996 a 2001; Langmeier a kol, 1998; Matoušek, 2003; Pöthe, 1996; Vágnerová, 1999.

Tam, kde se jedná o citaci, je titul uveden v závorce za textem.

Psychickou deprivací se rozumí neuspokojení potřeby citové jistoty, vztahového bezpečí a akceptace dítěte v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu; absence příležitosti k budování dostatečně jisté pevné vazby s pečujícím dospělým a blokování příležitosti k rozvoji duševních schopností. Je způsobena nedostatkem specifických emočních podnětů a absencí stabilního vztahu s mateřskou osobou. Vzniká v situaci, kdy matka, nebo jiná vztahová osoba, nemá o dítě zájem, zanedbává je, má k němu ambivalentní nebo hostilní postoj. Je typická pro děti vyrůstající v ústavní péči, ale může se objevovat také ve výrazně dysfunkčních rodinách.

Matějček psychické zanedbávání interpretuje jako projev nezájmu o potomstvo a definuje *rizikové faktory* na stranách rodiče i dítěte:

Rizikovní rodiče nemají pro rodičovskou roli dostatečné kompetence, např. z důvodu

- mentální retardace
- nemocí somatických i psychických
- abúzu návykových látek

- sami byli v dětství citově deprivovaní

Rizikové děti

- nedovedou své rodiče zaujmout - jsou pasivní, apatické, nenápadné
- jsou znevýhodněné handicapem, zklamaly tak očekávání rodičů, tudíž jsou méně žádoucí (Matějček, 1995)

Psychická deprivace vede k opožděnému vývoji řeči, chudší slovní zásobě a nedostatečnosti v sociálním využití řeči, retardaci intelektového, emocionálního i morálního vývoje - neschopnosti využít svůj rozumový potenciál, emoční oploštělosti, nedůvěře, nápadné uzavřenosti a izolaci nebo naopak hostilitě a agresivitě ve vztazích, zvýšené afektivní impulzivitě.

Navíc chování, specificky změněné působením deprivace, vyvolává změněné reakce okolí, které deprivaci dále prohlubují a utvrzují i v období, kdy již deprivací vlivy nepůsobí přímo (Hadj - Moussová, 2000).

Mezi ***dlouhodobé následky*** psychické deprivace patří nerealistické sebehodnocení oběma směry, oslabení vazby na lidi, absence empatie, egocentrismus, celková nejistota, stavy úzkosti a deprese, příklon k náhradnímu trvalému uspokojování, nezralá, infantilně egocentricky orientovaná hierarchie hodnot, snížená schopnost adaptace na jiné druhy prostředí. Dále horší orientace ve vlastních pocitech, a stejně tak orientace v sociálních rolích. Psychická deprivace disponuje k horšímu sociálnímu fungování - snížené schopnosti chovat se žádoucím způsobem za cenu vlastního omezení, nepřiměřené sociální interakci, osamělosti, vztahové nestabilitě a navazování nediferencovaných a povrchních vztahů, nízké úrovni vzdělání, horšímu profesnímu uplatnění, případně k sociálnímu selhání. Následky se projevují i ve schopnosti zvládat partnerskou a rodičovskou roli a zasahují tak následující generace.

Pojem ***subdeprivace*** označuje mírnější, ale zároveň obtížněji zjistitelnou variantu psychické deprivace. Vyskytuje se u dětí vyrůstajících v částečně dysfunkčních rodinách, kde má jeden z rodičů např. poruchu duševního zdraví, trpí závislostí, u dětí svobodných matek nebo u některých rodin v rozvodové situaci. Tyto rodiny často plní některé ze svých povinností velmi dobře, byť často jen formálně, a neobjevuje se u nich navenek nápadná patologie.

V chování rodičů, kteří své dítě dostatečným způsobem citově nesaturují, lze rozlišit určité ***rizikové postoje***:

- snížená akceptace dítěte (přehnaná kritičnost)
- snížená empatie k dítěti
- snížená frekvence vzájemných interakcí (Vágnerová, 1999)

Následky jsou stejné povahy jako u psychické deprivace, avšak menší intenzity a méně zjevné a rušivé. Stávají se nápadné spíše až ve svém souhrnu, kdy dochází ke kumulaci drobných odchylek. Podle Čápa je pro zesilování těchto symptomů riziková zvláště kombinace s dalšími nepříznivými životními podmínkami, kdy následně dochází k závažným životním obtížím (Čáp, 1993).

2.4.3 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Tato subkapitola byla zpracována na podkladě literatury: Hadj - Moussová, 2000; Hartl, Hartlová, 2000; Koukolík, Drtilová, 1996 a 2001; Langmeier a kol., 1998; Matoušek, 2003; Pöthe, 1996; Vágnerová, 1999. Tam, kde se jedná o citaci, je titul uveden v závorce za textem.

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, neboli ***CAN syndrom (child abuse and neglect syndrome)***, je charakterizován „*jakýmkoli nenáhodným jednáním rodičů nebo jiné dospělé osoby, které je v dané společnosti odmítané a nepřijatelné, jež poškozují tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popř. způsobuje jeho smrt*“ (Vágnerová, 1999). Předpokládá se, že tímto syndromem trpí přibližně 1 – 2 % dětí.

Zanedbávání je nedostatek jakéhokoli druhu potřebné péče, které dítěti způsobuje vážnou újmu, poškozování dítěte nedostatečnou aktivitou rodičů. Fyzickým zanedbáváním rozumíme neuspokojování tělesných potřeb dítěte (potrava, teplo, spánek, hygiena). Psychické zanedbávání znamená neuspokojování citových a kognitivních potřeb dítěte a způsobuje psychickou deprivaci (viz. 2.4.2).

Týrání je jakákoli forma fyzického či psychického ubližování dítěti, včetně nezabránění tomuto jednání. Při fyzickém týrání dochází k zneužití fyzické síly dospělého vůči dítěti a k tělesnému strádání dítěte. Psychické týrání zahrnuje zneužití moci nad komplementárně závislým dítětem, přičemž toto jednání je mnohem obtížněji prokazatelné než fyzické ubližování dítěti (Vágnerová, 1999).

Rizikovní rodiče jsou lidé, kteří:

- jsou osobnostně nezralí
- žijí v rodině s narušenými vztahy a dlouhodobou tenzí
- žijí v rodině sociálně izolované
- žijí v rodině s vyšší mobilitou
- dlouhodobě prožívají stres - jsou soustředěni na své zájmy a problémy a dítě je pro ně v takovéto situaci nadměrnou zátěží (nezaměstnanost, existenční stres, nízký ekonomický status rodiny, partnerský konflikt, situace svobodné matky)
- mají snížené sebeovládání a obecně zvýšený sklon reagovat násilím
- trpí duševní poruchou
- užívají návykové látky
- páchají trestnou činností
- jsou nespokojeni se svým životem
- mají vůči svým dětem nerealistická, nadměrná a nekonzistentní očekávání a požadavky
- své děti v době těhotenství nechtěli
- o děti obecně nestojí
- ve výchově uplatňují autoritativní prvky
- sami v dětství trpěli syndromem CAN

Rizikové děti se obvykle nějakým způsobem odchyľují od normy:

- jsou zatíženy biologickými rizikovými faktory - nedonošeností, nízkou porodní váhou, mají obtížný temperament, chronickou nemoc nebo vrozenou tělesnou vadu (Pöthe, 1996)
- jejich chování je nesrozumitelné a nároky na jejich výchovu jsou tak vyšší
- jejich chování je nadměrně zatěžující a dráždivé
- nesplňují očekávání
- vymáhají své potřeby provokujícím způsobem

Kromě výše uvedených důsledků citové deprivace, která je společným jmenovatelem poškození dětí se syndromem CAN, se ***vliv týrání u dětí*** v batolecím věku projevuje celkovou inhibovaností, pasivitou, ztrátou zájmu a apatií, vzácněji projevy neklidu a agrese. Ve vztahu k lidem jsou týrané děti odtažité, někdy ambivalentní. Ve vyšším věku se k celkově snížené aktivitě přidává fixace negativního sebehodnocení a od ní odvozené očekávání v sociálních interakcích - dochází ke ztotožnění s postojem týrajícího rodiče „jsi špatný“. Mohou se projevovat silné destruktivní a agresivní tendence, ve směru k sobě i okolí a trvalý pocit ohrožení. Týrané děti často selhávají v sociální adaptaci a i mimo rodinu se stávají objekty odmítání, zavrhování a agrese jiných lidí.

Jako ***důsledky týrání v dospělosti*** přetrvávají nízké sebehodnocení a sebeúcta, ochota akceptovat horší role. Ztráta schopnosti orientace v sociálních rolích přináší potíže v mezilidských vztazích, ať už ve směru přílišné izolace či submisivity, nebo zvýšenou agresivitou a bezohledností. Výzkumy opakovaně potvrdily tendenci přenášet agresivní reagování rodiče do vlastní rodičovské role.

Matoušek uvádí, že porovnáním skupin týraných a zanedbávaných dětí se ukazuje, že zanedbávané děti prospívají hůře. Vysvětluje to absencí zájmu a interakce ve vztahu se zanedbávajícím rodičem a deprivací v oblasti podnětů, které nedávají dítěti příležitost k rozvíjení základních civilizačních dovedností (Matoušek, 1997).

Zneužívání je definováno jako sexuální zneužití moci nad dítětem pro uspokojení dospělého, ať už nekontaktní, kontaktní či komerční formou. Vede k fyzickému

i psychickému poškozování dítěte. Může se projevovat v oblasti intrafamiliární i extrafamiliární, které bývá oproti první formě spíše jednorázovou událostí.

Jako zvýšeně ***rizikové osoby*** jako vymezování většinou muži, kteří:

- trpí odlišným sexuálním zaměřením
- jsou morálně narušení a sexuálně nevyzrálí
- ztrácejí schopnost kontroly pudového jednání z důvodu onemocnění či v důsledku abúzu návykových látek

Jako ***riziková rodinná struktura*** je definována rodina dysfunkční, doplněná o cizího dospělého muže v roli „tatínka“, který k dítěti nemá typický rodičovský vztah. Riziko může být zvýšeno užíváním drog a alkoholu. Riziková je také častá nepřítomnost matky a celková chaotičnost a časté změny postav v rodičovských rolích, především co se týče partnerů matky dítěte. Charakteristické jsou spíše volné styly výchovy s nízkou zainteresovaností rodičů a minimální kontrolou dítěte.

Mezi ***důsledky*** sexuálního zneužívání patří specificky změna struktury rodičovských rolí, způsobená setřením mezigeneračních hranic a postojem matky dítěte, která je nezřídka s děním seznámená. Zneužívání přináší celoživotní trauma v emoční oblasti, dochází ke ztrátě základního pocitu důvěry a bezpečí. V oblasti sexuality se projevují dvě extrémní polohy - nápadné sexuální chování nebo naopak strach z jakéhokoli projevu sexuální aktivity, které se do dospělosti transformují typicky ztrátou sexuálních zábran či závažnými sexuálními dysfunkcemi přinášejícími riziko neschopnosti partnerského soužití.

2.4.4 Nucená separace dítěte

Vývoj dlouhodobě hospitalizovaných dětí analyzoval mezi prvními psychoanalytiky maďarského původu René A. Spitz. Dospěl k názoru, že dlouhodobá absence raného vztahu mezi matkou a dítětem může pro další vývoj dítěte znamenat trvalé následky - vede k tzv. ***anaklitické depresi***, tj. depresi ze ztráty opory, k celkovému úpadku, zhoršení oční koordinace, k motorické retardaci a poruchám hormonálního charakteru na bázi nedostatečné emoční stimulace (Šulová, 2005).

Spitz také rozpracoval pojem *hospitalismus*, tj. syndrom vývojové poruchy dítěte, jako následek nedostatečného množství potřebných podnětů při dlouhodobém umístění dítěte v nemocnici či ústavním zařízení (Hartl, Hartlová, 2000).

U dětí umístěných v ústavní výchově byla prvně studována výše popsaná *psychická deprivace* (2.4.2). Trpěly jí, ačkoliv nebyly nijak týrány, zneužívány nebo zanedbávány, měly zajištěnou dobrou hygienickou, zdravotní i pedagogickou péči (Langmeier a kol., 1998)).

Matoušek označuje děti vychovávané v kolektivních institučních zařízeních za „v pravém smyslu deprivované“. V tradiční ústavní péči (výchově) jsou děti několikanásobně méně podněcovány ze strany dospělého, péče je redukována na péči o základní fyziologické potřeby, chybí možnost rozvinutí dlouhých interakčních sekvencí. Vzhledem k tomu, že schopnost kooperace se u dětí rozvíjí až mezi 3. - 4. rokem věku, jsou větší dětské kolektivy nevhodným výchovným prostředím. Děti se navzájem ruší a překázejí si, s konkurenčními podmínkami roste jejich agresivita. Ústavní prostředí se střídajícími se dospělými osobami je chaotické, nesrozumitelné, s omezenou možností navázat trvalý emoční vztah (Matoušek, 1999).

Na nedostatečnou saturaci svých potřeb v ústavních podmínkách *reagují děti* často vývojovou regresí, zpomalením vývoje, pohybovými automatismy, opožděním či zhoršením komunikačních schopností. Kojenci, umístění od narození v ústavní péči, začali ve výzkumech M. Damborské vykazovat v 6 měsících věku opoždění motorické a v předřečových projevech, nižší váhový přírůstek a více respiračních infekcí. V emocionální oblasti byla zjištěna horší adaptace na změnu prostředí a hraček. Podle M. Novákové dochází k vývojovému opoždění u zhruba poloviny ústavních dětí, přičemž toto akceleruje po 6. měsíci věku a postihuje všechny vývojové složky. Výzkumy zaměřené na děti v batolecím období prokázaly závažné opoždění v oblasti intelektové, řečového vývoje a sociálního chování (Šulová, 2005).

Deprivované ústavní děti působí jako méně nadané, úzkostné a bojácné, zatížené mnoha druhy zlovyků. Navazují mčlčí a přelétavější vztahy, nutkavě vyhledávají příležitosti ke kontaktu. Ústavní deprivace vede k agresivitě a hostilitě, emoční labilitě, zaostávání intelektového vývoje. Při dlouhodobějším pobytu je oslabována jejich schopnost navazovat uspokojující vztahy, projevuje se oslabený smysl pro neústavní realitu. Adaptace na podmínky ústavu se stává lepší než adaptace na samostatný život,

spolu s oslabováním sociálních dovedností potřebných pro život civilní (Matoušek, 1999; Matoušek, Kroftová, 2003; Nakonečný, 1997).

Různí autoři se shodují v tom, že následky pobytu v ústavní výchově jsou tím vážnější a hůře odstranitelné, čím dříve se dítě do institucionální péče dostalo a čím déle v ní pobýlo, a že nejkritičtějším obdobím pro deprivaci je zejména věk 6 - 15 měsíců. Čáp však uvádí, že deprivace nepostihuje všechny děti v ústavech a že změny nejsou ireverzibilní (Čáp, 1993).

2.4.5 Možnosti optimalizace

Uvážíme - li poznatky o transgeneračním předávání typu vazby a řetězení negativních rodičovských modelů, o určující roli rodinného prostředí atd., mohla by se snaha o nápravu zdát jako marná. Pokusy o nápravu situací, kdy dojde ke špatnému zacházení matky s dítětem, je však - na straně rodičů - možno vést minimálně dvěma směry.

Prvním je terapie matky. Nefunkční vnitřní pracovní model, vytvořený v dětství na podkladě vazby s matkou, se v průběhu života jedince může změnit. Spontánním katalyzátorem jisté vazby se může stát bezpečné partnerské pouto v dospělosti, nebo narození vlastního dítěte. Formální možností je cílená psychoterapeutická intervence, která umožní znovuprožití a zpracování vztahových dynamik v dětství, i pozitivní a bezpečný přenosový vztah s terapeutem. Intrapsychické změny vyvolávají změny behaviorální i kognitivní a dávají tak naději na přetnutí negativního rodinného dědictví (Pöthe, 2001).

Matoušek uvádí i možnost terapie skupinové, která může přinést zvýšení sebejistoty rodiče (Matoušek, 1997), a dále pocity úlevy ze sdílení i korektivní emoční zkušenost.

Druhou možností je pak účast rodiče ve specifických výukových programech, jejichž cílem je rozvinutí rodičovských dovedností (Matoušek, 1997). Tyto tréninkové programy jsou rozšířeny především v zahraničí. Kromě např. vzdělávacích modulů, technik zaměřených na komunikaci a hru a organizace společných rodinných aktivit, zahrnují i přímé návštěvy a podporu v domácnostech rodin. S tímto typem podpory formou pravidelného docházení do rodin se setkáváme i u nás.

3 MATKA UŽÍVAJÍCÍ NEALKOHOLOVÉ DROGY

Stane - li se žena, užívající návykové látky, matkou, přibude k výčtu mnoha, již uvedených, nepříznivých faktorů široké spektrum další problematiky. Celá, už tak složitá, situace se mnohonásobně zkomplikuje. Fakt, že těhotná žena „vědomě“ poškozuje své nenarozené dítě a později neplní společenská očekávání plynoucí z role matky, její společenskou situaci dále negativizuje.

Patriarchální společnost od ženy jednoznačně vyžaduje zodpovědnost k její gender roli v rodině. Očekávání ohledně mateřské lásky a z ní plynoucí kvality mateřské péče jsou velkým imperativem. Moderní společnost navíc přináší důraz na kvalitu péče, posilování rozvoje potomka a akcentuje význam emoční investice rodičů do dítěte, čímž se mateřství i pro mnohé ze „zdravých“ žen stává zdrojem stresu a úzkosti ze selhání v jejich „nejdůležitější životní roli“.

Ettore definoval situaci drogově závislé matky jako postavení „*dvojího devianta*“, problematického nejen pro svůj abúzus, ale také z důvodu selhávání v ženské a mateřské roli (Vobořil, 2003). Společenský tlak tak přináší reálná rizika, komplikující ženám vystoupení z anonymity a čerpání specializovaných služeb. Kromě hrozící stigmatizace jde v ČR především o výrazné riziko odebrání dětí z péče matky pouze z důvodu užívání drog, bez ohledu na povahu a kvalitu rodičovské péče. Abúzus jako takový je vnímán jako stav ohrožení dítěte, který iniciuje výkon sociálně právních opatření (viz. 4.2.2).

Problematika abúzu drog matkami v sobě zahrnuje tři roviny problému, kterým se chci v následující kapitole věnovat - užívání drog obecně, ženská specifika a samotnou problematiku matek - uživatelék drog.

Vyjde najevo, že samotné užívání drog není jednoznačnou determinantou nedostatečné péče matky o dítě. Zásadně totiž záleží na povaze abúzu, osobnosti ženy a životní konstelaci, v níž se nachází, na přidružených socioekonomických podmínkách. Porozumění těmto konsekvencím je východiskem pro porozumění situaci matky užívající drogy a platformou efektivního poskytování služeb.

3.1 Obecné teze k problematice užívání drog

Pro komplexní předestření tématu matek užívajících nealkoholové drogy považují za významné ve stručnosti nahlédnout do zvolených základních obrysů drogové problematiky - teoretického modelu závislosti, rodinných aspektů vzniku a rozvoje závislosti a důsledků problematického užívání nealkoholových drog.

3.1.1 Bio – psycho – sociální model závislosti

Hlavní proudem v strategických přístupech k teorii drogové závislosti je již od 60. let 20. stol. tzv. *bio-psycho-sociální model závislosti*. Tento model akcentuje podíl trojice faktorů na rozvoji a udržování závislosti. Drogová závislost v tomto pojetí vzniká v průběhu vývoje osobnosti, za přispění biologických, psychologických a vztahových faktorů.

Kudrle definuje jednotlivé úrovně modelu s vymezením faktorů rozvoje a udržování závislosti:

- **biologická úroveň** - biologický efekt návykové látky a její specifické interakce s individuálním organismem, předpokládané genetické souvislosti (např. vyšší tolerance vůči alkoholu u dětí alkoholiků), problematické okolnosti těhotenství (matka závislá na OPL) a porodu (použití tlumivých nebo psychotropních látek), individuální mozkový neurochemismus
- **psychologická úroveň** - aktuální psychický stav, prenatální a perinatální traumata a okolnosti postnatální péče, období dětství a dospívání, psychopatologie bez adekvátní pomoci
- **sociální úroveň** - socioekonomický status rodiny, rasová příslušnost, kvalita konkrétních rodinných vztahů a rozpad rodiny, přítomnost závislé osoby v rodině, vrstevnická skupina (Kudrle, 2003)

Účinná a komplexní intervence pak musí analogicky zohledňovat všechny tyto faktory. Důležitým aspektem modelu je zahrnutí vývojového hlediska, které tak přináší možnost závislost vývojově přerůst a dojít k plné úzdavě (Kalina, 2003).

Kudrle k těmto třem všeobecně známým faktorům připojuje ještě čtvrtý, *spirituální* rozměr, který charakterizuje jako „vztah k tomu, co mě přesahuje, co je za každodenním úsilím, co tomuto úsilí dává smysl a co dává smysl životu vůbec“ (Kudrle, 2003).

3.1.2 Rodinné aspekty vzniku a rozvoje závislosti

Závislost je chápána jako multifaktoriální fenomén, podle Nešpora je její vznik ovlivněn mnohaúrovňovou pokračující *interakcí protektivních a rizikových faktorů* v životě jedince (Nešpor, 2000). Vysvětlení příčin se navíc liší podle teoretického zázemí jednotlivých terapeutických přístupů, jež akcentují odlišné podílející se faktory.

Pro potřebu této práce se zaměřuji pouze na výčet *rodinných aspektů* vzniku a rozvoje závislosti, jež nám umožní lépe porozumět orientačnímu rodinnému modelu matek. Tím nám přiblíží možnou podobu rodiny prokreační, kterou matky, díky získaným rodičovským postojům a modelům, vytvářejí.

Přestože nelze rodinné prostředí závislých jednoznačně definovat, je možné zobecnit některé opakující se faktory:

- nedostatečná pozitivní pozornost ze strany rodičů
- nadměrná citlivost k chybě a selhání dítěte
- nevyváženost v reakcích, nekonzistentnost
- narušené vztahy dítě - rodič (hyperprotektivní matka, chladný, slabý nebo nepřítomný otec u závislých synů; úzkostná, značně kontrolující, racionální matka u dcer)
- chaotické či špatně vymezené osobní, mezigenerační a rolové vztahy a hranice, včetně sexuálního zneužívání a incestu (enmeshment)
- nedostatečné nebo nadměrné vyjádření hněvu v rodině
- přebírání zodpovědnosti za saturaci druhých na úkor vlastních potřeb
- závislost jako prvek rovnováhy
- závislý člen rodiny (Hajný, 2003)

3.1.3 Důsledky užívání drog

Užívání drog, zvláště v rozvitých formách, přináší důsledky ve všech rovinách bio - psycho - sociálního modelu.

Somatické důsledky jsou odvozeny jednak primárně účinkem a způsobem aplikace drogy, ale také sekundárně souvisejícím životním stylem. Obecně se jedná o infekční choroby - kožní infekce, specificky hepatitidy a HIV, a orgánová a systémová postižení - především cévního, dýchacího a centrálního nervového systému (Minařík, Hobstová, 2003).

Mezi *psychické důsledky* užívání drog patří deformace emočního prožívání ve směru k labilitě a dráždivosti, se sklonem k extrémním citovým prožitkům. V kognitivní oblasti dlouhodobé užívání zhoršuje schopnost koncentrace, paměťové funkce a může dojít až k organickému poškození mozku (tzv. organický psychosyndrom). Aktivační úroveň jedince tenduje do extrémních poloh excitace a útlumu. Mění se hodnotová hierarchie, objevuje se nedostatek vůle, snižuje se schopnost autoregulace. V důsledku může dojít až k psychopatické osobnosti, rizikem je také rozvoj psychotického onemocnění (Vágnerová, 1999). Typickým rysem uživatelů drog je také neochota střetu s realitou minulosti, přítomnosti i budoucnosti.

K *sociálním důsledkům* patří vytvoření specifického životního stylu, jehož ústřední cyklus v extrémní poloze osciluje mezi získáváním prostředků na drogy a intoxikací. Dochází ke změnám vztahů, zvýrazňuje se nespolehlivost, sobeckost a necitlivost. Hodnotová orientace se odklání od příslušných norem, uživatel rezignuje na zaměstnání a jeho životní úroveň se tak snižuje, pravidlem bývá mj. páchaní trestné činnosti a u žen prostituce. Výsledkem může být sociální izolace od běžné společnosti i osobní sociální sítě, vykořenění z původní rodiny a začlenění se do drogové subkultury, v extrémním případě také chudoba a bezdomovectví.

3.2 Specifika užívání nealkoholových drog u žen

„Při zaujetí gender hlediska zjistíme, že užívání drog ženami vykazuje specifická napříč všemi aspekty bio - psycho - sociálního pojetí závislosti.

„*Toho, kdo chápe, že se muži a ženy od sebe odlišují, nepřekvapí, že mají i odlišné problémy a potřeby v průběhu léčby*“ (Kalina, 2000).

3.2.1 Biologická specifika

Ve spektru biologických odlišností hraje roli tělesná konstituce žen, např. jiný metabolismus jater a vyšší podíl tuku v těle, jež spolu s dalšími faktory zapříčiňují **silnější působení návykových látek** než u mužů. Analogicky tak zpravidla dochází k dřívějšímu rozvoji souvisejících zdravotních potíží. Některé výzkumy dokonce uvádějí, že ženy snadněji propadají závislosti (Nešpor, 2000). Fenomémem je zneužívání léků „na uklidnění“, „na spaní“ a vyplývající riziko **lékové závislosti**. Např. benzodiazepiny jsou ženám u lékařů předepisovány až 4krát častěji než mužům. (Vobořil, 2003). Mezi **ženská zdravotní rizika** související s životním stylem uživatelky drog patří sexuálně přenosné nemoci (HIV, virové hepatitidy, syfilis, rakovina děložního čípku) a infekce pánevního dna, poruchy a vymizení menstruačního cyklu, nízká váha a podvýživa (NIDA, 1999).

Zcela zásadním biologickým faktorem je samozřejmě možnost *otěhotnění* a z něj plynoucí rizika pro plod.

3.2.2 Psychosociální specifika

Specifika psychosociálního charakteru přinášejí závažné údaje. Ženy začínají experimentovat s drogami v **nižším věku** než muži (EMCDDA, 2000). Příčinou bývá vztah se starším **partnerem**. Ženy jsou obecně mnohem náchylnější k ovlivnění rizikovým partnerem, nezřídka v počátcích stojí snaha jej „zachránit“. Frouzová uvádí, že 51 % toxikomanek dostalo první injekční dávku od svého partnera (Frouzová, 1996). V drogovém vztahu se partneři navzájem udržují v závislosti, ženy jsou na svých partnerech nezřídka emočně i existenčně závislé. Případné abstinenci a změně životního stylu ženy by tak nutně musel předcházet rozchod, což je pro mnoho žen nepředstavitelné. Problémový a často násilnický partner bývá totiž jedinou oporou a rodinou, kterou žena má.

Komorbidita, tedy podíl osob s tzv. duální diagnózou, činí mezi chronickými uživateli drog až 50% osob (Vobořil, 2003). Ženy trpí častěji *depresemi* a *úzkostí*, ale méně častý je výskyt poruch osobnosti (Nešpor, 2000). Velmi obvyklá je kombinace s *poruchami příjmu potravy*, na počátku může stát snaha dívek redukovat svou váhu a kontrolovat jídelní návyky užíváním drog. Obecně je sebevědomí a sebehodnocení u závislých žen sníženo, fyzický sebeobraz je nerealisticky negativní, často ženy trpí averzivními postoji k vlastnímu tělu.

Co se týče **rodinného zázemí v dětství** drogově závislých žen, uvádí se daleko častější původ z rozpadlých rodin, popřípadě oboustranné osiření v dětství (Meier, 1997) a závislost na drogách či alkoholu u jednoho z rodičů (NIDA, 1999). Problematika týrání a zneužívání v dětství již byla naznačena výše. Uvádí se, že na vzniku a rozvoji závislosti u žen se rodinné a partnerské problémy podílejí větší měrou než u mužů (Trávníčková, 2001).

U velké části závislých žen, NIDA uvádí až 70% (NIDA, 1999), se v anamnéze objevuje **fyzické i psychické týrání v dětství**, a také **sexuální zneužívání**, které se v životě klientky opakovaně objevuje až do současnosti a je ženou pasivně snášeno. Frouzová udává, že až 70% toxikomanek v USA bylo do 16. let sexuálně zneužito (Frouzová, 1996).

Prokreační rodiny žen a jejich funkce, jsou problémem užívání drog matkou destabilizovány podstatně více, než je - li závislou osobou muž. Partnerský vztah je v případě abúzu ženy více ohrožen, existuje vysoká pravděpodobnost rozvodu z manželovy strany (např. u alkoholiček až desetinasobně vyšší pravděpodobnost, než je - li alkoholikem manžel), popřípadě vymizení partnera z komplikované rodinné situace do práce či mimomanželského svazku (Matoušek, 1997). Situaci dětí závislé matky se budu věnovat níže.

Kriminality, majetkové i násilné, související s užíváním návykových látek, se ženy dopouštějí v daleko menší míře než muži (Nešpor, 2000). Závažné je však téma **prostituce**, jako u téměř 60% žen (NIDA, 1999) rozšířený způsob obstarávání drog či finančních prostředků na ně. Údaj je ale ovlivněn vysokým podílem užívání drog mezi ženami pracujícími v sexuální komerční sféře. Podle Renzettiové a Currana se mnoho konzumentek drog přinejmenším sporadicky uchýlovalo k prostituci i před rozvojem

závislosti jako ke způsobu výdělků na obživu sebe a svých dětí (Renzetti, Curan, 2003). Uvedení autoři také uvádějí, že je prostituce od žen narkomanek v rámci jejich subkultury očekávána a že směna „drogy za sex“ je provázena mimořádně hrubým fyzickým i psychickým zneužíváním (tamtéž).

3.3 Těhotná uživatelka nealkoholových drog

Gravidita ženy užívající návykové látky představuje složitý komplexní jev, který vyžaduje řešení nejen v oblasti drogové problematiky, ale také ve sféře zdravotní a sociální.

Důsledky abúzu matky pro plod se odvíjejí z dvou rovin. Primárně je nenarozené dítě vystaveno specifickým účinkům jednotlivých drog a důsledkům odvozeným od způsobu aplikace drogy, druhotně jej ovlivňují k abúzu matky přidružené psychosociální a socioekonomické faktory, které formují životní situaci matky, a tedy i nenarozeného dítěte.

Z níže uvedeného textu vyplývá, že v nemalém počtu případů gravidity žen užívajících drogy, je psychická i praktická připravenost matek na narození dítěte minimální. Přesto bych úvodem této subkapitoly ráda uvedla, že mnozí autoři vnímají těhotenství a blížící se mateřství uživatelky drog jako šanci, „*window of opportunity*“, příležitost k dosažení pozitivní změny dosavadního drogového životního stylu. Zmiňují potenciál pro motivaci klientky a podstoupení léčby závislosti. Těhotenství, popřípadě mateřství, tak může zafungovat i jako katalyzátor abstinence a návratu do běžného života (Day, George, 2005; Love, Tsantefski, 2006; Seip, 1996). Naše zkušenosti toto potvrzují.

3.3.1 Populační charakteristika

Lékaři z perinatální a porodní péče FN Motol představují drogově závislé těhotné ženy jako mladší, bez partnera, z nižších socioekonomických tříd a s nižším vzděláním (Vavřínková, Binder, 2006). Mé zkušenosti svědčí o převaze mladších ročníků, nicméně pravidelně se objevují ženy okolo 30. let, často se v jejich případech jedná již o druhou graviditu, přičemž první dítě obvykle nemívají ve vlastní péči. Stejně tak většina našich

klientek partnera má, většinou jde o problémové uživatele drog, výjimkou nejsou dlouhodobá „drogová“ partnerství. V případě signifikantního věkového rozdílu mívá starší partner další děti z předchozích vztahů. Nižší socioekonomický status a nedokončené vzdělání bývají důsledkem drogového životního stylu, podle mého názoru nesouvisí s inteligenčního potenciálem žen.

Lékaři FN Motol udávají průměrný věk těhotných pacientek v prenatální poradně užívajících pervitin 22,7 roku a heroin 23 let. Svobodných je 90% pacientek, nezaměstnaných v průměru 93%, průměrnou dobu abúzu v době otěhotnění udávají u pervitinu 3,3 roku a heroinu 3,7 roku, aplikaci intravenózní u 60% uživatelek pervitinu a 90% heroinu - přičemž sledují nárůst méně rizikových, neinjekčních, způsobů aplikace drog (Vavřínková, Binder, 2006). Nijak výjimečná není také polydrogová závislost či alespoň občasné kombinování více různých látek (Love, Tsantefski, 2006).

Domnívám se, že údaj o době užívání může být v některých případech poněkud zkreslen studem pacientek, které před lékaři svou drogovou kariéru bagatelizují a zkracují - vzhledem k věku v době otěhotnění odhadují, že tak zhruba o 1 - 3 roky.

3.3.2 Rizikové faktory

Těhotenství žen užívajících nealkoholové drogy činí vysoce rizikovým mnohé faktory. Podle Šulové jsou z dlouhodobého hlediska prenatální problémy významnějším prediktorem psychického vývoje než perinatální a postnatální komplikace. Největší rizikovost pak přisuzuje nepříznivým psychosociálním faktorům během raného dětství.

Mezi zásadní *prenatální rizikové faktory* řadí:

- psychické vyladění těhotné ženy
- extrémní věk ženy
- výšku a váhu ženy před těhotenstvím (ženy drobné, s nízkou váhou)
- chronická onemocnění (hepatitis)
- onemocnění v průběhu těhotenství
- výživa v těhotenství
- aplikaci léků

- abúzus drog před i v době těhotenství
- nepříznivé ekonomické podmínky
- vliv rodinného prostředí (Šulová, 2005)

Love a Tsantefski ještě přičítají:

- neuspořádaný životní styl s častým střídáním partnerů a změnami bydliště
- sociální izolaci (Love, Tsantefski, 2006).

Dá se říci, že situace těhotných uživatelék drog v sobě mnohá z výše uvedených rizik kombinuje.

3.3.3 Primární důsledky abúzu matky pro plod

Spolu s abúzem matky je účinkům jednotlivých substancí vystaveno také nenarozené dítě. Obecně je detoxikační schopnost plodu oproti matce zhruba 20% (Vavřínková, Binder, 2006). Při orálním podání, příkladně při opiátové substituci methadonem nebo buprenorfinem, dochází k primární metabolizaci látky v játrech matky, čímž je množství dále distribuované plodu redukováno. Oproti žilní aplikaci, obvyklé u drog nelegálních, kdy je plod přímo zasažen. Navíc dochází ke koncentraci drogy v plodové vodě, čímž se „dávka“ plodu postupně zvyšuje. Některé drogy není plod také schopen plně metabolizovat, dochází k nahromadění v jeho organismu a k úplnému očistění až dlouhou dobu po propuštění z porodnice. Zásadním nitroděložním procesem je drogou způsobené narušení placentárního metabolismu. Díky průchodu většiny účinných látek drogy skrz placentární bariéru je ovlivněn transport živin a kyslíku, dochází k výrazným výkyvům či snížení jejich zásobení (Vavřínková, Binder, 2006).

Různí autoři se shodují, že paradoxně pravidelné užívání během těhotenství, stabilní množství i kvalita drogy, je pro plod méně riziková než příležitostná aplikace spolu s nárazovými a lékařsky nevedenými pokusy o abstinenci (Gerada, 2005; Vavřínková, Binder, 2006).

Domnívám se, že popis konkrétních účinků jednotlivých drog na plod přesahuje rámec této práce a odkazuji na uvedenou literaturu (např. Vavřínková, Binder, 2006). Z tohoto důvodu uvádím pouze obecný přehled možných ***prenatálních komplikací a poškození plodu a novorozence***, které se samozřejmě mohou vzájemně kombinovat:

- samovolný potrat
- vyšší riziko úmrtí plodu
- placentární insuficience
- abrupce placenty
- hypoxie
- tachykardie
- zkrácení těhotenství a předčasný porod
- nižší skóre neonatálního hodnocení dle Apgarové
- nitroděložní růstová retardace a z ní plynoucí nižší porodní hmotnost novorozence
- menší obvod hlavičky
- prenatální či akutní infekce novorozence (až 60% dětí uživatelék heroinu)
- vyšší riziko defektů močové a pohlavní soustavy
- zvýšená dráždivost a neurologická nestabilita
- poruchy zažívání
- poruchy spánkového rytmu
- respirační obtíže
- novorozenecký abstinenční syndrom
- vyšší riziko syndromu náhlého úmrtí novorozence (Brady et al, 1994; Day, George, 2005; Gerada, 1995; Love, Tsantefski, 2006; Ornoy, 2001; Vavřínková, Binder, 2006)

Obecně platí, že nitroděložní expozice drogou během prvního trimestru těhotenství negativně ovlivňuje orgánovou diferenciaci a vývoj, ve zbylých dvou trimestrech se pak jedná hlavně o důsledky v oblasti retardace růstu a funkčních abnormalit (Day, George, 2005).

V situaci ***porodu*** pak není drogová závislost sama o sobě indikací císařského řezu. Podle popisu lékařů jsou drogově závislé rodičky neklidné až anxiózní, nespolupracující, někdy verbálně agresivní. Hůře snášejí bolest a mají tak vyšší nároky

na porodnickou analgezii. Porod bývá často vyvolán předchozí intoxikací, v jeho průběhu se tak objevuje potřeba saturovat pacientčinu potřebu návykové látky vhodným lékem (Vavřínková, Binder, 2006). Je znám také případ umožnění užití další dávky drogy přímo na porodním sále.

Vzhledem k výše uvedeným komplikacím a současně vysoké rizikovosti matky z pohledu zdravotnického personálu, nebývá, podle sdělení klientek, matce a dítěti umožněn kontakt v době těsně po porodu a někdy ani během dalšího pobytu v porodnici. Případná hospitalizace dítěte na specializovaném pracovišti možnost kontaktu dále stěžuje.

Možnosti abstinence a léčby závislosti v těhotenství jsou omezené zdravotními riziky, z lékařského hlediska se *detoxifikace*² těhotné uživatelky drog doporučuje pouze v druhém trimestru těhotenství (Vavřínková, Binder, 2006).

Obvyklým způsobem přechodné kompenzace stavu matky užívající opiáty (heroin) bývá také převedení na bezplatnou *substituční terapii* metadonem či buprenorfinem. Odstraňují se tak rizika plynoucí z nečistoty nelegálních látek, výkyvů ve frekvenci užívání a množství drogy, injekční aplikace, odbourává se nutnost rizikového chování z finančních důvodů. Je velká šance na sociální stabilizaci klientky, zkvalitňuje se prenatální péče. Pro plod znamená úspěšné zařazení matky do substitučního programu celkovou stabilizaci a snížení nitroděložního stresu, eliminaci výkyvů v přísunu živin a lepší prenatální péči. Děti se rodí v standardním termínu a obvyklé velikosti, minimalizuje se riziko dalších poškození. NAS probíhá, avšak v případě metadonové substituce je popisován jako delší a s horším průběhem (Day, George, 2005).

Rizikem u substituce buprenorfinem, který je rozšířen na „černém trhu“ a velká část původně heroinových uživatelů jej nyní nelegálně konzumuje, je svévolné navyšování předepsaného množství dle aktuálních možností matky a zejména intravenózní aplikace. Protože se jedná o látku vytvořenou za účelem perorálního podání, je při její aplikaci nitrožilně riziko embolizace pevnou částicí velmi vysoké.

Podle zpráv z nízkoprahových služeb stojí právě hojně rozšíření nelegálního zneužívání buprenorfinového preparátu mezi uživateli drog zřejmě stojí v pozadí nárůstu počtu těhotných toxikomanek. Díky jeho čistotě je, i přes nelegální a injekční

² Detoxifikace – léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy a přitom minimalizovat symptomy odvykacího stavu. Provádí se nejčastěji na specializovaném nemocničním odd., lze ji však podstoupit i ambulantně nebo v domácí péči pomocí návštěv odborného personálu (Kalina, 2001).

užívání, zdravotní stav uživatelky většinou stabilizovaný, nedochází k poruchám a k vymizení menstruačního cyklu, tudíž je šance na otěhotnění a donošení dítěte vyšší než u žen, užívajících nitrožilně heroin.

3.3.4 Sekundární důsledky abúzu matky pro plod

Jak již bylo naznačeno výše, povaha pre i postnatálního vývoje dítěte je ovlivněna jednak nitroděložní expozicí návykovými látkami a současně také mnohočetnými rizikovými faktory psychosociální a socioekonomické povahy, jež se na problém užívání drog nabalují (Brady, 1994).

Mezi komplikující intrapsychické faktory patří nechtěnost těhotenství, osobnostní nezralost a nízký věk matky, výskyt duální diagnózy, traumatizace v dětství i dospělosti a závažná rodinná anamnéza nastávající matky (Love, Tsantefski, 2006).

Neplánovanost, a nezdědka i *nechtěnost*, těhotenství, je rozšířeným jevem v naprosté většině případů gravidity žen užívajících drogy. Velká část časně zjištěných gravidit končí interrupcí. Obvyklá je detekce těhotenství až v pokročilejší fázi, kdy dochází k manifestaci markantnějších změn v organismu matky.

V důsledku užívání drog, a s tím související nutriční nedostatečnosti, totiž v ženském organismu dochází k výrazným nepravidlostem menstruačního cyklu a někdy až k amenoree. Přesto může ovulace zůstat zachována a otěhotnění je tedy možné (Henderson, 1995). Tuto informaci však ženy nezdědka nemají. Současně může intoxikace zvýšit sexuální apetenci a snížit schopnost sebekontroly, čímž dochází k rezignaci na použití antikoncepčních prostředků. Dlouhodobě se také potvrzuje, že závislé ženy až na výjimky nejsou, mimo jiné díky nepravidelnému životnímu rytmu, schopny užívat nejrozšířenější hormonální antikoncepci ve formě tablet.

Diagnostika těhotenství bývá obtížná z důvodu absence menstruace a možnosti falešně pozitivního testu z důvodu užívání drog. K tomu situaci komplikuje fakt, že nespecifické těhotenské příznaky, jako např. nevolnost, únava, pocení či křeče, mohou být jednak zastřeny opakovanou intoxikací a být nebo přisuzovány kolísání hladiny návykové látky v organismu uživatelky.

Mnohé z klientek se v reakci na potvrzení gravidity pokouší tuto ukončit zvýšenými dávkami drog nebo se tímto způsobem snaží odsunout realitu co nejdále.

Z důvodů obav z reakce lékařů, studu, pocitů viny a selhání, stigmatizace a hrozících rizik odebrání dítěte z jejich péče, a tedy jejich celkové „diskvalifikace z rodičovství“ (Brady, 1994; Gerada, 1995; Love, Tsantefski, 2006), matky užívající drogy zanedbávají *prenatální zdravotní péči* a v rukou lékařů se někdy ocitají až v okamžiku porodu (např. u uživatelék heroinu se v případě FN Motol jedná až o 50% žen; Vavřínková, Binder, 2006). Ojediněle jsme také zaznamenali porody doma. Lékaři udávají, že pokročilost těhotenství v době první návštěvy prenatální poradny naznačuje míru závislosti pacientky (Vavřínková, Binder, 2006).

Ohrožení zdravotního stavu a vývoje plodu souvisí se *zdravotním stavem matky*. Jedná se zejména o fyzickou devastaci organismu ženy způsobenou užíváním drog, malnutrici, zvyšování krevního tlaku účinky drogy, obvyklá jsou přidružená infekční onemocnění, virová hepatitida B a C, záněty pánevního dna a žilního systému, pneumonie. Existuje také riziko kardiálního nebo respiračního selhání matky v přímém důsledku intoxikace (Brady et al, 1994; Vavřínková, Binder, 2006). Mnohé ze závislých žen trpí tzv. nutričním deficitem, kdy jsou regulační mechanismy sytosti a hladu oslabeny a droga je konzumována místo potravy. Dochází tedy k zásadnímu úbytku váhy, podvýživě a anémii (Trávníčková, 2001).

Způsob života žen užívajících nealkoholové drogy je většinou neuspořádaný, nezřídka ovlivněný stresovými faktory jako je nezaměstnanost, finanční tíseň či chudoba, kriminální chování, bezdomovectví, prostituce, partnerská /rodinná nestabilita a sociální izolace (Trávníčková, 2001).

3.4 Matka užívající nealkoholové drogy a její dítě

Vzhledem k variabilitě příčinných vstupních faktorů, počínaje délkou a způsobem zneužívání drogy matkou, přes osobnostní charakteristiky a rodinnou anamnézu matky, zdravotní a psychickou kondici dítěte, podobu formální i neformální podpůrné sítě atd., až po rozmanitost socioekonomických podmínek, nelze situaci dítěte jednoznačně charakterizovat. Pokusím se tedy definovat jednotlivé zásadní rizikové faktory, přičemž je nutno uvážit, že v reálném životě se mnohé z nich kombinují a vzájemně násobí, čímž se pozice dětí stává extrémně zranitelnou.

Situace dětí matek užívajících drogy je výslednicí tří základních trajektorií:

- důsledků vlivu prenatální expozice návykovým látkám
- osobnosti matky a psychosociálních charakteristik výchovného prostředí
- socioekonomických podmínek rodiny a vlivů prostředí

3.4.1 Důsledky nitroděložní expozice drogám

Důsledky nitroděložní expozice drogám pro raný i pozdější vývoj dítěte byly zkoumány v mnoha zahraničních studiích. Avšak přesné určení dlouhodobého vlivu užívání drog v těhotenství je problematické, výzkumy se v mnoha oblastech liší nebo si dokonce protiřečí. Zásadní obtíží je rozlišení dlouhodobého vlivu prenatální expozice od faktorů výchovného prostředí.

Typickým průnikem problematických sfér (prenatální působení drogy a vliv výchovy uživatelkou drog a vývoje v „drogovém“ prostředí) je ***vliv novorozeneckého abstinenčního syndromu na ranou interakci s matkou***. Kromě samotných akutních zdravotních důsledků NAS (viz.1) pro organismus dítěte, ztěžují sekundárně komunikaci matky s dítětem zejména dlouhodobé příznaky, jež mohou přetrvávat až 4 měsíce po narození (Vavřínková, Binder, 2006). Zdravotní komplikace, zvýšená dráždivost, problémy se spaním, sáním, křik atd. činí dítě hůře čitelným, matka má potíže saturovat jeho nadstandardní potřeby a uklidnit jej (Vimpany, 2006). Vzhledem ke své anamnéze bývá v této situaci samotná matka méně stabilní a nejistá, snadněji propadá pocitům vlastní nekompetentnosti a stresu, což se zpětně do již tak křehké a obtížné interakce s dítětem promítá. Děti trpící NAS se tak ocitají v dvojnásobně rizikové situaci - jednak jsou na jejich matky, díky vyšší křehkosti novorozenců, kladeny náročnější požadavky na péči a současně jsou však rodičovské kompetence

matek limitovány užíváním návykových látek, s tím souvisejícím životním stylem, osobnostním ustrojením a anamnézou matky (Vimpany, 2006).

Kojení, jakožto významný prvek posilující příznivý vývoj primární vazby, je matčíným zneužíváním drog komplikováno. Většina drog prostupuje v různém množství do mléka matky, faktorem je také jejich poločas rozpadu. Pro české autory je, mimo substituovaných pacientek, kojení všeobecně kontraindikováno (Vavřínková, Binder, 2006). Zahraniční materiály k této otázce přistupují méně jednoznačně, užívání drog není jasným důvodem k zastavení laktace. V případě příležitostných uživatelék návykových látek (včetně opiátů) apelují na důkladnou přípravu a informovanost matky, která posléze může kojení a zamýšlenou intoxikaci vzájemně regulovat. Zohledňují přitom význam mateřského mléka a situace kojení pro příznivý fyzický i psychický vývoj novorozence (James, 2006).

Kontraindikace pro kojení matkou užívající drogy podle Daye a George (2005):

- užívání kombinace více látek ve velkých množstvích
- injekční aplikace
- užívání kokainu, cracku nebo velkých dávek amfetaminů
- HIV pozitivita

3.4.2 Osobnost matky a další psychosociální charakteristiky rodiny

V postavě matky se pro dítě slučuje dvojí komplikující charakteristika. Vliv **osobnosti a psychické výbavy** před i v důsledku užívání drog může přinášet osobnostní nestabilitu a psychické poruchy (deprese, hraniční porucha osobnosti, sebevražedné pokusy atd.). V mnoha případech byla matka navíc sama ovlivněna nestabilitou prostředí orientační rodiny, střídáním pečujících osob a závislostí rodičů, možné je i závažnější poškození (viz. 2.4). Mezi další faktory negativně ovlivňující rodičovské kompetence drogově závislých matek patří fakt, že samy bývají oběťmi trestné činnosti, sexuálního, fyzického i psychického násilí i dospělosti (Brady, 1994).

Druhým zásadním faktem je **užívání návykových látek matkou** a z toho se odvíjející interakce, rodičovský přístup a životní styl celé rodiny. Normální, přirozená komunikace s dítětem je periodicky znemožněna, nicméně ovlivňuje negativně

atmosféru v rodině také v době, kdy není matka intoxikována. Cykly intoxikace a odeznívání účinků drogy pochopitelně narušují schopnost reagovat na signály dítěte, vyskytují se prudké změny emočního vyjádření, nálad a postojů. Reakce jsou méně adekvátní, nekonzistentní, často extrémně laděné, odvíjejí se od aktuálního emočního i fyzického stavu matky, místo od potřeb dítěte. Abstinenci příznaky způsobují podrážděnost, je zde riziko agresivního chování v důsledku změn hladiny drogy v organismu.

Matky užívající nealkoholové drogy jsou studiem charakterizované jako egocentrické, narcisticky orientované, se spíše negativním vnímáním svých dětí, necitlivé, méně pozorné k jejich potřebám a uplatňující více rigidní, nátlakový a přehnaně trestající výchovný styl (Day, George, 2005; Heller, Pecinová, 1996; Vimpany, 2006). U dětí vychovávaných matkou užívající drogy existuje vyšší riziko vzniku dezorganizované specifické emoční vazby (Vimpany, 2006).

Ale jak už bylo uvedeno na začátku, matka užívající návykové látky sice znamená pro dítě zvýšené riziko, nicméně automaticky neznamená zanedbávání péče a poškození vývoje dítěte.

Geradová poukazuje na ***klíčové faktory, které predikují úroveň rodičovských kompetencí závislé matky:***

Rizikovost -

- užívání drog během těhotenství (bez snahy o abstinenci, úpravu režimu či substituci)
- nízká úroveň prenatální péče
- syndrom CAN v anamnéze matky
- neschopnost zajistit pro novorozeně odpovídající bydlení
- matka samoživitelka
- vztah s partnerem - uživatelem drog

Protektivní faktory -

- vyšší věk matky
- nedrogová sociální síť

- partner, který neužívá návykové látky včetně alkoholu
- podpora blízké rodiny (Gerada 1995).

Životní styl uživatele drog implikuje nedostatky v praktické péči, výživě a bezpečnosti dětí. Intoxikovaný rodič má oslabenou schopnost úsudku a rozhodování, koordinace a změněné vědomí ovlivňuje schopnost rodiče starat se a dohlížet na malé dítě. Sehnání drogy může být prioritou oproti nákupu věcí potřebných pro dítě, včetně jídla. Snížená rodičovská bdělost činí dítě zranitelným a snáze zneužitelným rizikovými návštěvami domácnosti. Navazují se obtíže ve finančním hospodaření a chudoba, sociální izolace rodiny a nedostatečný přístup ke zdrojům komunity (Brady, 1994; Day, George, 2005).

Významným faktem je rizikovost rodin ve vztahu k ohrožení dětí *syndromem CAN*. Z rizikových faktorů se objevují se finanční problémy, nízká úroveň vzdělání matky, závažná rodinná anamnéza matky, domácí násilí, sociální izolace, na straně dítěte porodní a poporodní komplikace, vyšší nároky na péči (Love, Tsantefski, 2006). Odkazují na kap. 2.4, kde je při pohledu na úplný výčet rizikových faktorů u rodičů i dítěte zřejmé, že děti matek užívajících drogy jsou syndromem CAN vysoce ohrožené.

3.4.3 Vliv prostředí rodiny a socioekonomického statusu

Otázky závažnosti vlivu prostředí rodiny a socioekonomického kontextu života s matkou užívající drogy na vývoj dítěte osvětlují izraelské výzkumy A. Ornoye (1996, 2001). Zkoumány byly děti porozené a dále vychovávané matkami závislými na heroinu. Byly tedy vystaveny jak intrauterinní expozici drogou, tak psychosociálním a socioekonomickým vlivům rodiny. Čtyři kontrolní skupiny v obou studiích tvořily děti z normálních rodin; děti s otcem, uživatelem heroinu, ale s matkou bez drogové zkušenosti; děti deprivované nízkým socioekonomickým statusem (dále SES) rodiny a děti porozené matkami závislými na heroinu, ale vychovávané adoptivními rodiči.

Studie z roku 1996, provedená u 315 předškolních dětí ve věku 6 měs - 6 let, našla vysokou míru nepozornosti, hyperaktivity, agresivity a problémového chování u všech dětí narozených z „drogového“ těhotenství. Nejvyšší skóre vykazovaly

jednoznačně děti vychovávané dále závislými matkami, ale druhé nejvyšší hodnoty se objevovaly u dětí adoptovaných (Ornoy, 1996).

Pokračující studie z roku 2001 u dětí 160 ve věku 5 - 12 let se zaměřila především na jejich kognitivní úroveň. Ve zkoumaném věku byly již obvyklé pre a postnatální handicap, jako nižší váha, výška a obvod hlavičky srovnatelně průměrné. Děti z drogových těhotenství vychovávané matkami vykazovaly nižší skóre v kognitivních testech, jako např. čtení, matematika, zatímco děti adoptované vycházely z testů v normě. Avšak výsledky testů dětí, vychovávaných závislými matkami, se v mnohých ukazatelích podobaly výsledkům dětí z rodin s nízkým SES. Vysoká míra neuspokojivého rodinného prostředí byla kromě skupiny dětí deprivovaných nízkým SES rodiny zjištěna také u dětí z drogových těhotenství vychovávaných závislou matkou.

Skóre testů „externalizace“, zkoumající např. agresivní a delikventní rysy bylo nejvyšší u dětí vychovávaných závislými matkami. Skóre testů „internalizace“, např. tendence k depresím, somatickým obtížím, úzkostem, byly také nejvyšší u zkoumané skupiny dětí se závislou matkou. V obou případech byly výsledky signifikantně vyšší než u dětí vystavených nitroděložní intoxikaci, ale adoptovaných (Ornoy, 2001).

Tyto výstupy tedy naznačují, že prostředí má pro intelektuální rozvoj dětí hlavní význam. Potomci matek s heroinovou závislostí mají normální intelektuální potenciál, bez ohledu na fakt, že byli vystaveni intrauterinní expozici drogám. Kognitivní vývoj těchto dětí se zdá být významně více ovlivněn vlivy výchovného prostředí - děti nenarozené z drogového těhotenství matkám neužívajícím drogy, ale deprivované nízkým SES rodiny, vykazují podobné funkční deficity jako děti vychovávané závislými matkami. Adoptované děti vykazovaly všeobecně normální kognitivní vývoj. IQ dětí v péči závislých matek tedy může být normální, pokud jsou vychovávány v prostředí s průměrným SES a nejsou zanedbávány. Děti narozené z drogových těhotenství obecně vykazovaly vyšší míru nepozornosti, hyperaktivity a problémového chování, ale nedostatky v kognitivním vývoji se ukazovaly jen u skupiny dětí, které byly v péči matek užívajících heroin (Ornoy, 1996, 2001).

Podmínky, v nichž jsou děti vychovávány, se tedy zdají být tím nejdůležitějším faktorem určujícím jejich zdárný vývoj. Dopad klinických a zdravotních faktorů je tedy zastíněn životními podmínkami rodiny, v níž dítě vyrůstá. Případný nízký SES rodiny

ženy zneužívající návykové látky přináší další stres a odčerpává už tak sníženou rodičovskou kapacitu matky (Ornøy, 2001).

Rizikovitost nízkého SES rodin dětí vychovávaných matkou užívající drogy zdůrazňuje i Brady et al (1994). Uvádí, že vývojové deficity u 8letých dětí z amfetaminových těhotenství přetrvávaly pouze u těch, které byly vychovávány v sociálně slabých rodinách. Americká studie zdůrazňuje chudobu a k ní přidružené rizikové faktory jako např. kriminalitu, prostituci, nedostatečnou zdravotní péči a zanedbané vzdělávání jako rozhodující vývojový faktor (Brady, 1994).

Intrauterinní účinek drog není tedy pro vývoj dítěte tak závažný jako deprivace pocházející z výchovného prostředí. (Day, George, 2005)

3.4.4 Dítě matky užívající drogy - shrnutí možných rizik

Míra rizika budoucího poškození dítěte se odvíjí od toho, nakolik závislost rodiče narušuje chod rodiny. Užívání drog matkou je tak mnohem rizikovější než tatáž situace u otce (viz. 3.2.2). Dítě může být v kontextu vztahu plného výkyvů značně znejištěno, může dojít k narušení důvěry a k hromadění bezmocného vzteku (Hajný, 2003). Toto vše samozřejmě hluboce poškozuje vznik a kvalitu specifické emoční vazby.

Děti rodičů, užívajících drogy, velmi obtížně snášejí nejasnost rodičovských rolí a trvalé napětí v rodině. Stávají se úzkostnými a přebírají zodpovědnost za selhávajícího rodiče. Mají dospělé starosti, přestávají si hrát (Heller, Pecinová 1996). Starší děti tak mohou být v této situaci, kromě dalších ohrožení plynoucích z dysfunkce mateřské figury, zatíženy nutností převzetí části praktických kompetencí péče o rodinu a mladší sourozence (Matoušek, 1997).

Wegscheiderová – Cruserová popsala čtyři *typické reakce dětí na závislost rodiče*:

- *rodinný hrdina* – obvykle nejstarší sourozenec, přebírá nároky za problémového rodiče; v dospělosti může trpět pocity méněcennosti a nedostačivosti, s nezdrženlivým vztahem k práci
- *ztracené dítě* – uzavřené a stažené do sebe, minimálně a sobtížemi komunikuje, únik do vnitřního fantazijního světa
- *klaun* – snaží se vyvolávat veselí a odvádět tak pozornost od problémů rodiny
- *černá ovce* – upozorňuje na sebe zlobením, delikvencí atd., čímž odvádí pozornost od problémů rodiny (Nešpor, 2000)

Přestože užívání drog matkou nemusí nutně stereotypně znamenat nedostatečnou péči a poškození vývoje dítěte, potomek uživatelky drog čelí zvýšenému riziku fyzického i psychického zanedbávání a zneužívání, může být vystaven neadekvátním rodičovským reakcím a nedostatečnému monitoringu, zanedbávání výchovy a vzdělávání, osamělosti, chudobě, sociální izolaci a je také potenciálním subjektem či objektem kriminálního jednání (Day, George, 2005).

Pětiletá holandská van Baarova studie (1991) dětí narozených a vychovávaných drogově závislými matkami, přinesla ve vztahu ke kontrolní skupině signifikantní rozdíly v oblastech růstu, zdraví, mentálních a motorických funkcí, problémového chování, řečového a sociálního vývoje. Děti měly nižší IQ a horší jazykové testy, přičemž rozdíly se zvyrazňovaly se zvyšujícím se věkem a byly méně znatelné u dětí umístěných do náhradní rodinné péče. Dále tato studie ukázala, že jen 50% dětí narozených závislým matkám bylo během pěti let sledování v trvalé péči matky či alespoň jedné pečující osoby (Gerada, 1995). Praktici z několika amerických organizací, poskytujících služby pro rodiny s drogově závislým rodiči, ve shodě poukazují na obecně slabší řečové dovednosti dětí - v porozumění, schopnosti se vyjádřit, výslovnosti i slovní zásobě (Brady et al., 1994). Další studie uvádí, že v dospívání vykazují děti, porozené a vychovávané matkami užívajícími návykové látky, větší pravděpodobnost urážejícího, nátlakového a šikanujícího chování, slabou schopnost copingu³, horší školní prospěch, chodí za školu a častěji opakují ročník (Kolar et al, 1994). Jsou častěji

³ Coping – z angl. zvládat; zvládací chování, schopnost člověka adekvátně se vyrovnat s nároky, které jsou na něj kladeny, případně schopnost zvládat nadlimitní zátěže (Hartl, Hartlová, 2000).

nemocné, mají méně koníčků a volného času a hůře se uplatňují v pracovním i společenském životě (Heller, Pecinová 1996).

V všech případech není nicméně jasné, zda jsou tyto odlišnosti zapříčiněny prenatální drogovou expozicí nebo vlivy rodinného kontextu.

Závěrem je třeba zmínit, že všechny v této kapitole citované studie se shodují ve vysokém riziku užívání drog dětmi závislých rodičů. Dítě, které vyrůstá v prostředí rodiny s matkou užívající drogy, je konfrontováno s faktory významnými pro **rozvoj drogové závislosti**. Užívání drog se stává normou, např. vzorcem řešení stresových životních situací. Nedostatečné vyjádření bazální jistoty, absence vhodných identifikačních vzorů v důsledku narušení rodinných vztahů a posunu rodičovských rolí ohrožuje psychosexuální vývoj dětí a jejich vlastní správné formování rodičovských postojů. Zvyšuje se riziko identifikace s drogovou subkulturou (Kudrle, 2003; Trávníčková, 2001).

Zajímavostí je, že téměř 100% žen užívajících drogy projevuje naprostou netoleranci k tomu, aby jejich dítě drogy také užívalo (Trávníčková, 2001). Toto potvrzují i mé praktické zkušenosti.

4 MATKA UŽÍVAJÍCÍ NEALKOHOLOVÉ DROGY JAKO KLIENT SLUŽEB

V následujícím textu se snažím představit matky, užívající drogy, jako klientky čerpající služby protidrogových zařízení.

Přestože to nemusí být na první pohled zřejmé, specifčnost péče o matku užívající drogy spočívá především ve faktu, že hledáme ideální *řešení minimálně pro dvě osoby* - matku a dítě (Preslová, 2003). Obtíž je v tom, že zájmy matky i dítěte nejsou vždy zcela totožné a v extrémním případě mohou být i protichůdné.

4.1 Kdo je naším klientem?

Je třeba si ujasnit, kdo je naším klientem, jaký je cíl námi poskytovaných služeb, stanovit si hranice pomoci (Preslová, 2003).

Nápomocný může být komisionářský model Ernsta Salamona a jeho výklad *hierarchie zadavatelů služeb*: primární zadavatel (např. o.s. Sananim) vymezuje určitou službu, jež je cíleně poskytována zákazníkovi - klientce užívající drogy, která je také matkou. Ta se tímto stává sekundárním zadavatelem a spoluurčuje podobu a limity jí poskytovaných služeb. Spolurozhoduje také o formě služby eventuelně čerpané jejím dítětem, které je tak zadavatelem terciárním. Matka je tedy v systému péče protidrogových služeb oproti dítěti hierarchicky nadřazeným zadavatelem i příjemcem (Salamon, in Sociální politika, 2/2001).

Nicméně je samozřejmé, že podstatným imperativem práce se závislou matkou je úsilí o minimalizaci rizik pro její dítě, spolu se snahou o optimalizaci rodiny jako celku.

Je třeba dodat, že dítě je primárním klientem jiných institucí, kde se řeší především jeho situace a chrání jeho práva - klíčová jsou Oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD) při úřadech městských částí a obecních úřadech. Úskalí uvedeného modelu přibližují v následující subkapitole.

4.2 Bariéry vstupu do služeb

Jak již bylo zmíněno v kap. 3, jsou ženy užívající drogy společností vnímány jako „dvoji devianti“. Autoři, zabývající se problémem matek - uživatelék drog, opakovaně uvádějí, že výrazná *společenská stigmatizace* a s ní související strach, úzkost, stud, pocity viny a vlastního selhání, přístup matek ke službám zásadně komplikuje (Day, George, 2005; Gerada, 1995; Love, Tsantefski, 2006; Mejer – Zahorowski, 1996; NIDA, 1999; Preslová, 2003; Vobořil, 2003).

A to nejen ze strany laické veřejnosti. Výjimkou není ani negativní přístup zdravotnického personálu i poskytovatelů jiných služeb, způsobený všeobecnými předsudky, který nepříznivě ovlivňuje zejména vstup klientek do prenatální péče.

Mnoho drogově závislých žen nevyhledává specializované služby také z důvodu obav, že nebudou schopny současně pečovat o dítě, a především, že ve chvíli zveřejnění jejich problému bude nastartován kontrolní a restriktivní postup orgánů sociálně-právní ochrany dětí, v jehož důsledku jim bude dítě z péče odebráno (Day, George, 2005; Gerada, 1995; Love, Tsantefski, 2006; Mejer - Zahorowski, 1996; NIDA, 1999; Preslová, 2003; Vobořil, 2003).

I přes tyto a níže uvedené faktory, statistickou tezi nerovnoměrného čerpání služeb ženami /matkami/ Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA), podle níž neodpovídá poměr 1 žena : 3 muži, kteří využijí nabízené služby (s tímto údajem pracuje také Vobořil, 2003), skutečnému poměru 1 žena : 2 muži na drogové scéně (EMCDDA, 2000), české údaje nepodporují. Trávníčková za roky 1995 - 2000 udává poměr žen a mužů, kteří využili některou z protidrogových služeb, zhruba 1 : 2 (Trávníčková, 2001). Stejně tak čísla o.s. Sananim za roky 2005 a 2006 svědčí o poměru 1 žena : 2 mužům, kteří čerpali některou ze služeb (Příloha č. 2).

4.2.1 Společný pobyt s dítětem jako podmínka čerpání služeb

Možnost společného pobytu dítěte s matkou v programech péče má zcela zásadní význam. Jednak zlepšuje pro klientky dostupnost služby, a současně umožňuje zaměřit se na jejich rodičovské kompetence. V případě dlouhodobých programů léčby také předchází potenciálním poškozením dítěte v důsledku pobytu v ústavní péči (viz. kap. 3)

- pokud by varianta společného pobytu nebyla dostupná, děti by většinou musely dobu matčiny léčby strávit v kojeneckých ústavech či dětských domovech.

V případě závislých matek s novorozenci navíc okamžitá poporodní separace poškozuje proces utváření primární vazby, který by byl sám o sobě, vzhledem ke komplikované anamnéze matek, i tak dost složitý. Při dlouhodobém oddělení matky existuje riziko vyhasnutí jejího zájmu o dítě.

Pokud matka o dítě stojí, podporujeme ji v upevnění vztahu k dítěti a motivujeme ji k léčbě. Potvrzuje se, že je - li závislá matka co nejdříve po porodu hospitalizována spolu s dítětem (porodnice, kojenecký ústav, terapeutická komunita), je motivovanější k abstinenci a projevuje o dítě větší zájem (Preslová, 2003). Rezidenční léčba, zahrnující pobyt dítěte, zvyšuje retenci udržení se v léčbě a vyšší míru abstinujících klientek (Day, George, 2005).

4.2.2 Riziko odebrání dítěte jako důsledek čerpání služeb

Přestože se situace stále vyvíjí, *praktická realizace sociálně - právní ochrany dětí v ČR* tenduje spíše k odebírání dětí z problémových rodin jako k nástroji první vlny řešení. Sociální pracovníce často trpí představou „bezpečného závětrí ústavní výchovy“. Rozšířenou praxí je umístování dětí matek s pozitivní porodní toxikologií do péče kojeneckého ústavu přímo z porodnice. Obvyklý je také rezervovaný až neochotný postoj pracovníků sociálně - právní ochrany dětí k možnosti společného pobytu dítěte s matkou během její dlouhodobé léčby v terapeutické komunitě (viz. 5.2.4, 6.4.1). Čas od času se dokonce setkávám s a priori odmítavým přístupem argumentovaným tím, že „dítě nebude rukojmím v léčbě matky“, a tuto dobu (průměrný pobyt 10 – 12 měsíců) zatím v klidu přečká v péči kojeneckého ústavu s tím, že si o něj pak matka „může zkusit soudně zažádat“.

V mnoha jiných zemích (typicky severské státy Evropy, Austrálie) je pokus o sanaci rodiny prioritní optikou. A to dokonce i v tak složité, a jistě rizikové konstelaci, v níž se nachází rodina s matkou užívající drogy.

Podle Buchanana a Younga se zlepšení situace dítěte primárně odvíjí od optimalizace situace celé jeho rodiny, především matky: „*Nejefektivnější model ochrany*

děti je skrze podporu a práci s jeho rodinou. Nakonec, nejsou to sociální pracovníci, kteří se o dítě mají starat, ale právě jeho rodiče.“ (Love, Tsantefski, 2006).

4.2.3 Partnerský vztah jako možná bariéra

Roli bariéry, stěžující přístup klientky ke službám, může hrát také *vazba na partnera* užívajícího drogy a případné obavy z jeho reakce. Partneři - otcové dětí - obvykle zastávají pozici „*zvládneme to sami, to nějak uhradíme*“, nebývají přítomností dítěte motivováni tolik jako matka, patrně necítí stejnou odpovědnost za jeho osud a spoléhají na vlastní síly spíše než na insitucionální pomoc. Pro klientky tak vzniká vnitřní konflikt dítě - partner plus droga. Celková, už tak velmi zátěžová a stresová situace, je pro matky navíc komplikována faktem, že partner s drogovou scénou často tvoří jediné „fungující“ zázemí v jejich životě.

4.2.4 Mlčenlivost jako klíčový princip minimalizace bariér

Klíčovým aspektem minimalizace bariér je získání důvěry klientky a jasné definování pravidel spolupráce, především vysvětlení *principu mlčenlivosti*, který je pracovníkům služeb ukládán etickými kodexy profesí i zařízení a zákony (Zákon o zdraví lidu, Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.).

Podstatné je také pojmenování situací, kdy je mlčenlivost zákony prolomena. Právní hranice je vymezena Trestním zákonem č. 140/1961 Sb., § 167 (nepřekážení trestného činu) a § 168 (neoznámení trestného činu) a zákonem O sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb.⁴ Osvědčuje se dohoda s klientkou ohledně postupu v takovýchto situacích. Bezpodmínečné je pak následné dodržování této úmluvy a striktní platnost principu mlčenlivosti.

⁴ § 167 zák.č. 140/1961 Sb. - ukládá povinnost přezkazit mimo jiné trestný čin týrání svěřené osoby a pohlavního zneužívání, dozví - li se o jeho přípravě či páchání hodnověrným způsobem

§ 168 zák. č. 140/1961 Sb. - ukládá povinnost oznámit spáchání mimo jiné trestného činu týrání svěřené osoby

§ 53 zák. č. 359/1999 Sb. - ukládá povinnost na výzvu OSPOD právníckým i fyzickým osobám sdělit údaje potřebné pro poskytnutí sociálně-právní ochrany (“součinnost”) a vyjímá z mlčenlivosti údaje o podezření z týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte.

Zde v praxi narážíme na občasně nepochopení ze strany institucí hájících zájmy dítěte (především OSPOD), které nezdůrazňují tlak na neformální překročení pravidla mlčenlivosti ve všeobecném principu „zájmu dítěte“.

Mé několikaleté zkušenosti však potvrzují, že využívají - li sociální pracovníce OSPOD svou zákonem danou možnost práce v přirozeném prostředí rodiny (nemyslím tím pouze jednorázová kontrolní „šetření“), získávají dostačující informace o situaci a kvalitě péče o dítě, potřebné k výkonu jejich povolání, a to aniž by jim byly podány informace o zdravotním stavu, tj. abúzu, klientky.

Úhelným kamenem kvality matčiny péče o dítě totiž není užívání drog jako takové - je pouze jedním z mnoha aspektů, které úroveň rodičovských kompetencí matky ovlivňují.

4.3 Principy služeb pro matky užívající nealkoholové drogy

Služby určené matkám užívajícím drogy musí překonávat výše uvedené bariéry a usilovat o maximální *dostupnost a bezpečnost* pro klientky.

4.3.1 Východiska podoby služeb

Základem je princip „*fast track*“, podle něhož by se klientkám - matkám mělo dostávat snazšího a rychlejšího přístupu ke službám (EMCDDA, 2000).

Poskytované služby by měly skrze *ženský i rodičovský aspekt* problematiky zohledňovat:

- komorbiditu - především psychosexuální zneužívání a týrání, poruchy příjmu potravy
- mateřské povinnosti klientek - skloubit čerpání služeb s péčí o děti, buď časovou nenáročností, a nebo umožněním péče matky o dítě v průběhu dlouhodobých programů
- kromě adiktologických aspektů také nároky rodičovství klientek a nabízet možnost pomoci a rozvoje v této oblasti

- nutnost optimalizace výživy a celkového zdravotního stavu těhotných uživatelék
- citlivost a specifičnost témat a být proto poskytované převážně ženami
- potřebu bezpečí, nabídnout možnost anonymního kontaktu (Day George, 2005; Love, Tsantefski, 2006; Preslová, 2003; Vobořil, 2003).

Klíčovým se jeví také **včasně zachycení matky** do podpůrné sítě služeb, ideálně co nejdříve v těhotenství. Je pravidlem, že, je - li situace neřešena, roste spolu s časem riziko dekompenzace rodinného systému a umístění dítěte do ústavní či náhradní rodinné péče. Výzkumy potvrzují, že včasné zachycení matek do programů výrazně zlepšuje vyhlídky dítěte a snižuje přidružená rizika (Day, George, 2005). Brzké čerpání služeb těhotnou matkou, užívající drogy, zlepšuje úroveň prenatální péče, zvyšuje porodní váhu dětí a snižuje počet mrtvě narozených dětí (Gerada, 1995; Love, Tsantefski, 2006).

4.3.2 Praktická podoba služeb

Co se týče praktického sestavení služeb, je třeba vyjít z mimořádné šíře problematiky, a to ať už jde o těhotnou klientku, nebo matku s dítětem. Výzkumy ukazují, že závislé ženy mají z protidrogové péče větší prospěch, zahrnuje - li i přidružený servis zaměřený na základní potřeby jejich i rodiny (NIDA, 1999).

Ideálně je tedy třeba pokrýt oblast **drogové problematiky, zdravotní a prenatální péče, psychologické podpory a terapie a sociálních i právních aspektů**.

Bezplatné, a dle přání i anonymní, služby by měly zahrnovat:

- emoční podporu, provázení, poradenství
- služby harm reduction
- testování těhotenství zdarma, servis plánování rodiny
- ambulantní management užívání drog těhotnými ženami
- substituční programy
- protidrogové poradenství a léčbu závislosti, motivační práci, prevenci relapsu a práci s relapsem
- dlouhodobé doléčování

- individuální i skupinovou psychoterapii
- rodinnou a párovou terapii
- psychologickou pomoc pro děti
- telefonické poradenství
- prenatální zdravotní péči
- péči „ speciální drogové porodní báby“ v těhotenství, době porodu a šestinedělí
- zdravotní péči pro matku i dítě
- podporu péče o děti, podporu rodičovství a rozvíjení rodičovských kompetencí
- baby sitting, školky, kluby či stacionáře pro děti; možno i svépomocí
- materiální pomoc - jídlo, oblečení, hygienické potřeby, dětské potřeby, doprava
- poradenství v oblasti finančního managementu rodiny
- sociální poradenství, napojení na zdroje sociální pomoci, sociálně-právní servis
- chráněné, azylové a tréninkové bydlení
- podporu resocializace a využívání zdrojů komunity, napojení na nedrogovou síť
- pracovní poradenství a trénink
- vzdělávací aktivity
- právní pomoc

Forma:

- ambulantní
- ambulantní stacionární
- rezidenční péče všech délek
- „home visitors“ program
- asistence

Zformulováno s inspirací od zahraničních autorů (Brady, 1994; Day, George, 2005; Gerada, 1995; Love, Tsantefski, 2006; Mejer – Zahorowski, 1996; NIDA, 1999; Ornoy 1996, 2001; Vimpany, 2006).

Je zřejmé, že uvedený výčet přesahuje možnosti i kompetence protidrogového zařízení, tak jak jej obvykle chápeme. Zahraničními odborníky je zdůrazňován význam ***dlouhodobého kontinuálního vztahu ženy s poskytovatelem služeb***, bez častých změn a přechodů mezi zařízeními a pracovníky. Proto je doporučována realizace péče tak, aby

klientka mohla veškeré služby jako čerpat jako celek, „v *balíčku*“ co nejmenšího počtu zařízení a organizací (Day, George, 2005; Love, Tsantefski, 2006; Gerada, 1995). Snižuje se tak riziko „efektu otáčivých dveří“, kdy klientka po epizodních stabilizacích vypadává z péče právě v místech přechodu mezi zařízeními (Love, Tsantefski, 2006). Takovýmto typickým bodem „vypadnutí ze sítě“ je okamžik propuštění matky z porodnice, kritickým zvláště pokud si odnáší dítě domů.

Nicméně je nereálné, postavit skutečně všechny služby pod jednu střechu. Dle mého názoru, a i podle zahraničních zkušeností, by se toto dalo překlenout vytvořením ***multidisciplinárního týmu***, který by zahrnoval všechny aktuálně zúčastněné odborníky z řad adiktologů, psychoterapeutů a psychologů či psychiatrů, sociálních pracovníků, gynekologů, porodníků, pediatrů, právníků a dalších. Podmínkou je jednotný přístup, sdílení informací a společné rozhodování v pracovních skupinách. Předpokládám, že složení týmu by se s vývojem situace částečně obměňovalo a jeho práci by bylo nutné důsledně koordinovat jedním zastřešujícím pracovníkem. Každá klientka by tak měla svého klíčového pracovníka, který by, vzhledem k jejím potřebám, postup týmu koordinoval a udržoval by kontakt s klientkou i aktuálními přímými poskytovateli péče po celou dobu jejího postupu mezi poskytovateli.

Závěrem jen připomínám všeobecně platnou podmínku - i matka užívající drogy musí být vnímána jako ***respektovaný spoluvůrce*** svého procesu údravy a být přizvána k plánování a spolurozhodování ve všech fázích péče. Klient je nejdůležitějším arbitrem jemu poskytovaných služeb. Nesmíme zapomínat, že přestože, díky častému zapojení státních institucí, nemusí klientka vstupovat do našeho systému péče zcela z vlastního rozhodnutí, jedním z hlavních principů námi poskytovaných služeb je dobrovolnost a respekt k autonomii klienta.

5 SYSTÉM PÉČE O.S. SANANIM

Praktickou platformou otázky o možnostech posilování rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy, je rámec systému péče o.s. Sananim.

Popisu jeho principů a fungování a charakteristika jednotlivých zařízení, které s matkami přímo pracují, je tak logickou součástí této práce. Posléze mi ve výzkumné části jednak umožní věnovat se otázce, jaká je podoba péče v oblasti podpory rodičovských kompetencí matek, jež je poskytována v rámci o.s. Sananim, a za druhé hledat možnosti, které by připadaly v úvahu v rámci snahy o zefektivnění těchto služeb.

5.1 Charakteristika o. s Sananim

Občanské sdružení Sananim - pro prevenci, léčbu a resocializaci osob ohrožených zdravím škodlivými návyky - se zabývá poskytováním služeb uživatelům drog a jejich blízkým. Jedná se o největší nestátní neziskovou organizaci (NNO) tohoto druhu v ČR.

V současné době sdružení provozuje deset hlavních programů - Terénní programy, Kontaktní centrum, Denní stacionář, Terapeutické komunity Karlov a Němčice, Doléčovací centrum, Drogové informační centrum a Centrum ambulantní detoxifikace a substituce, Pracovní a sociální agenturu a Poradnu pro rodiče.

Napříč hlavními programy existuje řada programů doplňujících - programy primární prevence ve všech zařízeních, ***program pro závislé matky a jejich děti***, program práce ve věznicích, romský terénní program.

5.1.1 Cíle o.s. Sananim:

- poskytování profesionální pomoci a léčby osobám ohroženým drogovou závislostí a provoz sítě programů a služeb, vytvářejících komplexní systém prevence, péče a léčby drogových závislostí

- profesionalizace poskytovaných služeb a rozvoj systému v oblasti poskytování specifických služeb
- rozvoj spolupráce na místní i centrální úrovni při plánování a realizaci protidrogové politiky, včetně rozvoje zahraniční spolupráce a změny pohledu veřejnosti na problematiku drogových závislostí
- vzdělávání laiků, profesionálů a paraprofesionálů v oblasti drogových závislostí

(Výroční zpráva o.s. Sananim, 2006)

5.1. 2 Definice systému péče o.s. Sananim

Systém péče o.s. Sananim je víceúrovňový, vnitřní členění systému vychází z obecného modelu prevence a jejích typů - primární, sekundární a terciární⁵. Spektrum programů naplňuje osu od nízkoprahových zařízení po zařízení s vysokým vstupním prahem.

Systém nabízí komplexní spektrum potřebných služeb pro matku v kterékoli fázi drogové kariéry, s možností nalézt optimální způsob intervence dle individuálních potřeb v dané situaci. Klientka má možnost vkročit do systému několika „dveřmi“ s různou výší vstupního prahu. Nízkoprahové vstupy nabízí Terénní programy a Kontaktní centrum, vstupy se středně vysokým prahem jsou otevřeny v Denním stacionáři a Centru ambulantní detoxifikace a substituce.

Systém péče je otevřený, jednotlivé programy využívají nabídky ostatních organizací a taktéž spolupráci jiným institucím nabízí.

⁵ Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) jsou rozlišovány tři typy prevence:

Primární prevence zahrnuje veškeré aktivity směřující k tomu, aby problém vůbec nevznikl. Jedná se tak o předcházení užití OPL u osob, které dosud s drogou nejsou v kontaktu.

Sekundární prevence je vymezována jako předcházení vzniku, rozvoje a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají. Jedná se o včasné rozpoznání problému, intervenci, poradenství, léčba a resocializace.

Terciární prevence - Chápána jako předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Jde zejména o opatření zaměřená na minimalizaci zdravotních a sociálních rizik zneužívání OPL, nejen pro uživatele, ale sekundárně i pro společnost, tzv. harm reduction (Kalina 2001)

5.2 Zařízení o.s. Sananim

Specifický program pro matky a těhotné ženy prochází napříč systémem péče o.s. Sananim. Poskytované služby se odvíjejí od činnosti jednotlivých zařízení a jejich začlenění do systému.

Proto považuji za účelné ve stručnosti představit činnost těch zařízení systému, která mají s problematikou závislých matek přímo co do činění.

Informace o činnosti jednotlivých zařízení jsem, kromě vlastních zkušeností, čerpala z Výroční zprávy 2006 a webových stránek o.s. Sananim.

5.2.1 Terénní programy a Kontaktní centrum

Projekt *Terénních programů* je zaměřen na práci s cílovou skupinou problémových uživatelů, kteří nejsou motivováni ke změně svého životního stylu, přímo v prostředí pražských ulic. Program vychází z principů harm reduction, je zajišťován týmem profesionálních terénních pracovníků a dále týmem externích indigenních⁶ pracovníků, jejichž aktivity směřují na uzavřenou drogovou scénu a do toxikomanských bytů.

Hlavní poskytované služby jsou výměna sterilních injekčních setů, distribuce zdravotnického materiálu, distribuce letáků o rizicích, sběr použitých injekčních stříkaček, sociální a zdravotní poradenství, krizová intervence a první pomoc, reference do dalších sociálních a zdravotních zařízení.

Kontaktní centrum je nízkoprahové zařízení, poskytující služby především v oblasti sekundární a terciární prevence. Cílovou skupinou jsou klienti, aktuálně zneužívající drogy, v jakékoli fázi závislosti, zejména problémoví uživatelé tvrdých drog.

Mezi poskytované služby patří služby z oblasti harm reduction - výměnný program injekčního náčiní, základní zdravotní, hygienický servis (základní ošetření, možnost

⁶ *Indigenní pracovník* v kontextu terénní práce mezi uživateli drog je většinou bývalý nebo současný uživatel drog. (Rhodes, 1999)

praní prádla, osobní hygieny) a potravinový servis - dále kontaktní práce⁷ s uživateli drog, individuální poradenství a sociální práce, motivační trénink, krizová intervence a zprostředkování léčby. Kontaktní centrum také nabízí možnost poradenství pro osoby blízké uživatelům drog.

5.2.2 Denní stacionář

Denní stacionář je ambulantní psychoterapeutické centrum. Nabízí několik různých programů:

- 3 - 4 měsíční strukturovaný program intenzivní psychoterapeutické léčby závislosti (pobyt denně od 9 do 16 hod) formou skupinové a individuální psychoterapie, socioterapie, neverbálních terapeutických technik a garantské práce
- dále motivační program formou otevřené skupiny 2x týdně (pro neabstinující klienty)
- individuální poradenství a terapii
- rodinnou a párovou terapii
- konzultace pro rodinné příslušníky uživatelů skupinovou i individuální formou
- sociální práci a poradenství

Cílovou skupinou jsou klienti s diagnózami škodlivé užívání a závislost na návykových látkách, kteří jsou motivováni ke změně svého dosavadního způsobu života a k abstinenci. Všechny programy jsou otevřeny i klientům s tzv. duálními diagnózami. Specifickým projektem Denního stacionáře je program pro matky.

5.2.3 Terapeutická komunita Karlov

Jedná se o zařízení zaměřené na střednědobou rezidenční léčbu a sociální rehabilitaci osob závislých na návykových látkách, v délce 6 - 12 měsíců. Hlavním cílem je změna životního stylu a sociální integrace klientů.

⁷ **Kontaktní práce** je definována jako navázání kontaktu s klientem, vytvoření vzájemné důvěry, zjištění základních potřeb. Je realizována v kontaktní místnosti nebo v prostředí klientů (Libra, 2003)

Základem je:

- princip fungování komunity⁸, tj. samotný život klienta v komunitě, možnost prožívání reálných vztahů v rámci komunity, přizpůsobení se řádu a režimu komunity, s důrazem na skupinovou psychoterapii a pracovní terapii.

A dále:

- individuální terapie a poradenství
- sociální práce
- zátěžové programy
- spolupráce s rodinou klienta, rodinná terapie

Cílovou skupinou jsou jednak mladiství a mladí klienti do 26 let. Druhou cílovou skupinou jsou matky - uživatelky drog, kterým je zde umožněn pobyt spolu s dítětem, ev. těhotné ženy.

5.2.4 Terapeutická komunita Němčice

Je zařízení určené pro dlouhodobou rezidenční léčbu osob závislých na drogách, v délce 10 - 15 měsíců. Cílovou skupinou jsou klienti s dlouhodobou drogovou kariérou a závažnou osobní anamnézou. Principy fungování jsou podobné jako u Terapeutické komunity Karlov. Komunita není nijak zaměřena na práci s matkami, nicméně se dá předpokládat, že se v jejich programu mohou objevovat klientky, které se ve svém životě staly matkou, ale o dítě reálně nepečují.

5.2.5 Doléčovací centrum

⁸ **Terapeutická komunita** - strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčby. Nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. TK se uplatňují nejen v léčbě závislých, ale i u jiných diagnostických skupin (neurózy, psychózy, poruchy chování) a rovněž v psychoterapeutickém výcviku (Kalina, 2001).

Pobyt v TK je indikovaný pro klienty, jejichž závislost dosáhla určitého stupně závažnosti, kteří jsou současně tělesně a duševně schopni pobyt zvládnout, pro klienty bez dostatečného zázemí (blízcí lidé, místo). Klient musí být současně ochoten takovou léčbu přijmout a dostatečně dlouho v ní setrvat. (Nešpor, 2000).

Doléčovací centrum zajišťuje následnou péči pro klienty, kteří abstinují minimálně 3 měsíce, nejčastěji absolvovali léčbu závislosti, a snaží se dále udržet svou abstinenci v nárocích běžného života. Cílem je snižování rizika relapsu, podpora klienta při zpětném začleňování do společnosti a vytváření stabilních podmínek pro udržení započaté změny životního stylu.

Poskytované služby:

- 6ti měsíční ambulantní program
- program chráněného bydlení
- skupinová terapie
- prevence relapsu
- individuální práce a poradenství
- sociální práce
- rodinná terapie
- volnočasové aktivity

Program *chráněného bydlení* je určen absolventům zejména dlouhodobých rezidenčních léčeb, včetně matek s dětmi, trvá 6 měsíců. Klienti tak získávají bezpečné a stabilní prostředí pro zvládnutí přechodu z léčby do běžného života a čas řešit svou bytovou situaci, najít si zaměstnání a zapojit se do pracovního procesu, ev. Pokračovat v dalším vzdělávání. Mají možnost učit se samostatnosti, hospodaření a vedení domácnosti, šanci zvládat ohrožující rizikové situace.

Posledním realizovaným programem je *program chráněných pracovních míst*, určený klientům, kteří mají na trhu práce ztížené uplatnění, a to především z důvodu zdravotního stavu, dlouhodobého výkonu trestu či pro obtíže ve fungování v běžných podmínkách. Klientům jsou nabízeny úklidové práce, pomocné práce v keramické dílně, případně práce v kavárně (projekt Café Therapy o.s. Sananim).

5.2.6 Centrum ambulantní detoxifikace a substituce

Jedná se o ambulantní centrum zaměřené na skupinu problémových uživatelů a osob závislých na OPL, především na uživatele opiátů. Hlavní službou je nabídka

farmakoterapeutického substitučního programu, buď dlouhodobé substituce nebo ambulantní detoxifikace. Klient je prostřednictvím programu stabilizován, mezi souběžně nabízené služby patří poradenství, sociální práce a psychoterapie.

5.2.7 Pracovní a sociální agentura

Služby jsou určeny abstinujícím klientům, kteří mohou prostřednictvím agentury nalézt a udržet vhodné zaměstnání, doplnit si vzdělání, rekvalifikovat se a stabilizovat svou sociální situaci.

Připomínám, že matky po ukončení rodičovské dovolené, které absolvovaly léčbu, zde mohou využít podporu a kvalifikaci „zprostředkovatelů“. Jako všichni klienti jsou znevýhodněny svou minulostí, nedostatkem pracovních zkušeností a návyků a záznamy v trestním rejstříku, ale navíc také postavením matky (většinou) samoživitelky, s dítětem v předškolním nebo mladším školním věku, což často kontraindikuje možnost práce na celý úvazek.

5.2.8 Drogové informační centrum

Cílem tohoto projektu je zvyšování dostupnosti informací o drogové problematice, a to jak pro odbornou, tak i laickou veřejnost. Drogové informační centrum provozuje odbornou knihovnu, drogový informační server - www.sananim.cz - a drogovou poradnu - www.drogovaporadna.cz -. Drogový informační server poskytuje informační servis, reflektuje aktuální dění v oboru, přehled kontaktů na zařízení zabývající se drogovou problematikou v ČR. Na Drogové poradně je návštěvníkům dostupné anonymní poradenství, informace o jednotlivých návykových látkách a seznam kontaktů na odborná zařízení.

6 EMPIRICKÝ VÝZKUM

Výzkum je zaměřen na analýzu možností a rezerv systému péče o.s. Sananim v oblasti práce s rodičovskými kompetencemi matek užívajících drogy. Cílem je analýza možností posilování rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy, v rámci tohoto systému.

Mým výchozím předpokladem je domněnka, že součástí péče o matky, užívající drogy, by měla být, kromě intervencí odvozených od drogové problematiky, i péče zaměřená na rozvoj rodičovských kompetencí, jakožto nedílná součást práce s touto klientelou.

Platformou a doplněním empirické části je část teoretická, která zkoumané sféry popisuje.

6.1 Metodologická část

Logickou součástí analýzy možností posilování rodičovských kompetencí matek, užívajících drogy, bylo jednak předcházející zjištění povahy rodičovských kompetencí (doplnění poznatků získaných sekundární analýzou odborných dokumentů - viz. 3.3, 3.4) a dále analýza stávajícího stavu služeb, které jsou v systému péče o.s. Sananim klientkám poskytovány.

Níže se pokusím popsat metodologická východiska a procesy, o něž jsem se při realizaci výzkumu opírala. Poněkud komplikujícím faktorem byla širší problémového pole, která vyžadovala provedení tří jednotek výzkumů, z nichž každá by přitom umožňovala samostatné obsáhlé zkoumání.

6.1.1 Cíle výzkumu

- ❖ Cílem výzkumu je *analýza možností posilování rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy, v rámci systému péče o.s. Sananim.*

Vzhledem k uvedenému cíli je problémové pole vymezeno třemi díličními cíli:

- 1. Charakterizovat rodičovské kompetence matek, užívajících nealkoholové drogy, které jsou klientkami o.s. Sananim.*
- 2. Zjistit, jaká péče je v rámci systému o.s. Sananim matkám, užívajícím nealkoholové drogy, aktuálně poskytována.*
- 3. Zjistit, jaká je možnost zefektivnění služeb, poskytovaných v rámci systému péče o.s. Sananim matkám, užívajícím nealkoholové drogy, se zřetelem na oblast posilování rodičovských kompetencí.*

6.1.2 Hypotézy

Při stanovování hypotéz jsem vycházela ze svých praktických zkušeností s cílovou skupinou matek, užívajících nealkoholové drogy, a zkušeností práce a spolupráce v systému služeb poskytovaných o.s. Sananim. Dále jsem čerpala z teoretických poznatků získaných studiem odborných materiálů.

Hypotéza H1: Užívání nealkoholových drog matkou není jednoznačnou determinantou nedostatečné péče matky o děti, ale pouze indikátorem jejího rizika.

Hypotéza H2: Úroveň péče, kterou matky dítěti poskytuje, se významně odvíjí od konkrétního životního stylu matky, který je k jejímu abúzu drog přidružen.

Hypotéza H3: Separace dítěte od matky je pro rozvoj rodičovských kompetencí matky mimořádně nepříznivým jevem.

Hypotéza H4: Nedostačující úroveň rodičovských kompetencí v oblasti vazby je hůře kompenzovatelná než nedostatečnost kompetencí v oblasti praktické.

Hypotéza H5: V rámci spektra specifických služeb, které jsou v rámci systému péče o.s. Sananim poskytovány matkám, užívajícím nealkoholové drogy, je téma posilování rodičovských kompetencí upozaděno.

6.1.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsem si stanovila ke každému z dílčích cílů výzkumu. Pomohou mi tyto cíle realizovat a současně budu moci ověřit stanovené hypotézy.

❖ **Otázky k dílčímu cíli 1: *Charakterizovat rodičovské kompetence matek, užívajících nealkoholové drogy, které jsou klientkami o.s. Sananim.***

1/1 Jaké jsou rodičovské kompetence matek užívajících nealkoholové drogy?

1/2 Jakými faktory je úroveň rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy, ovlivněna?

❖ **Otázky k dílčímu cíli 2: *Zjistit, jaká péče je v rámci systému o.s. Sananim matkám, užívajícím nealkoholové drogy, aktuálně poskytována.***

2/1 Jaké služby a péče jsou poskytovány specifické skupině matek v zařízeních o.s. Sananim?

2/2 Mění se úroveň rodičovských kompetencí matek jejich účastí v jednotlivých programech systému péče o.s. Sananim, a jak?

❖ **Otázky k dílčímu cíli 3: *Zjistit, jaká je možnost zefektivnění služeb, poskytovaných v rámci systému péče o.s. Sananim matkám, užívajícím nealkoholové drogy, se zřetelem na oblast posilování rodičovských kompetencí.***

3/1 Jaké jsou rezervy a ideální možnosti služeb, poskytovaných specifické skupině matek užívajících nealkoholové drogy, v jednotlivých zařízeních?

6.1.4 Metoda výzkumu

Vzhledem povaze cíle výzkumu, který se odvíjí od analýz sociální reality, jsem si k jeho realizaci zvolila metodu *kvalitativního výzkumu*.

Jedná se o typ výzkumu, v němž nenumericky (oproti výzkumu kvantitativnímu) šetříme a interpretujeme sociální realitu. Cílem kvalitativního výzkumu je porozumění studovanému sociálnímu jevu, vytváření nových hypotéz a teorie. Východiskem je jedincova interpretace sociální reality, tedy to, jak zkoumaná osoba svůj subjektivní svět vnímá, prožívá a definuje (Disman, 2000).

Kvalitativní výzkum se týká určitého malého počtu lidí, o nichž se snažíme získat mnoho, nikoli povrchních, informací (Disman, 2000; Hendl, 1999). Síla kvalitativních dat nespočívá v množství sledovaných lidí, ale právě ve schopnosti výzkumníka dobře poznat několik osob (Hendl, 1999).

Slabinou je problematická generalizace kvalitativního výzkumu na populaci a navíc nízká reliabilita výzkumu. Nicméně šance na validní závěry je, díky nízké standardizaci dat, vysoká (Disman, 2000).

6.1.5 Techniky výzkumu

V tomto výzkumu jsem využila kombinace technik *rozhovoru s návodem*, *analýzy dokumentů* a *pozorování*, jež jsem pro vyšší objektivizaci poznatků pokud možno zkombinovala.

Mým původním záměrem bylo vystavět výzkum především na technice pozorování, kterou jsem chtěla zkoumat zejména charakteristiku rodičovských kompetencí matek (Dílčí cíl 1). Vzhledem k problémům při získání reprezentativního vzorku pozorovaných objektů, jehož sestavení se nakonec ukázalo jako nerealizovatelné (viz. 6.1.6), bylo nutno přesunout těžiště výzkumu na techniku rozhovoru s návodem.

Protože jsem nechtěla na začlenění pozorování do tohoto výzkumu rezignovat, rozhodla jsem se jej použít alespoň jako doplňující ilustrativní techniku.

Ze stejného důvodu jsem navíc mezi experty, kteří v rozhovorech vypovídají o zkoumané realitě, zařadila i sebe. Tímto způsobem bylo alespoň částečně možné dostat do výzkumu i poznatky, které jsem, během své pětileté pracovní zkušenosti získala pozorováním klientek při interakcích s jejich dětmi, pozorováním pracovních postupů na svém pracovišti i v ostatních zařízeních a pozorováním jednání svých kolegů i klientů s cílovou skupinou matek. Přestože se samozřejmě nejedná o plánované výzkumné pozorování, domnívám se, že alespoň tímto částečným způsobem byly ve výzkumu možnosti této nejméně zkrslující kvalitativní techniky zúročeny.

Výzkumné techniky jsem volila podle dílčích cílů výzkumu, na základě požadovaného typu informací a podle reálných možností jak tyto informace získat:

❖ **Dílčí cíl 1: *Charakterizovat rodičovské kompetence matek, užívajících nealkoholové drogy, které jsou klientkami o.s. Sananim.***

→ technika rozhovoru s návodem, doplněno pozorováním a analýzou dokumentů

❖ **Dílčí cíl 2: *Zjistit, jaká péče je v rámci systému o.s. Sananim matkám, užívajícím nealkoholové drogy, aktuálně poskytována.***

→ analýza dokumentů, doplněno technikou rozhovoru s návodem a pozorováním

❖ **Dílčí cíl 3: *Zjistit, jaká je možnost zefektivnění služeb, poskytovaných v rámci systému péče o.s. Sananim matkám, užívajícím nealkoholové drogy, se zřetelem na oblast posilování rodičovských kompetencí.***

→ technika rozhovoru s návodem

Rozhovor s návodem: V rámci kvalitativního dotazování (rozhovoru) jsem zvolila techniku rozhovoru s návodem, jak jej charakterizuje Hendl. Tento typ rozhovoru je ze strany tazatele volně usměrňován podle připraveného návodu, který je sestaven ze seznamu otázek či témat, jež je nutné v rozhovoru probrat. V rozhovoru s návodem mají informanti možnost sami volit směr, jímž se bude jejich odpověď ubírat, subjektivně tak vymezují zkoumanou oblast. Tazatel má volnost, jakým způsobem a

v jakém pořadí získá potřebné informace. Rozhovor s návodem umožňuje tazateli klást prohlubující a sondážní otázky (Hendl, 1999).

Návodem mi byly jednotlivé okruhy výzkumných otázek (6.1.3). Pro rozhovory s každou ze skupin informantů (viz.6.1.6) jsem si připravila jim jazykově uzpůsobenou variantu otázek. Vzhledem k tomu, že v kvalitativním výzkumu rozhoduje o redukci dat informant (Disman, 2000), v jednotlivých rozhovorech jsem hojně využívala možnosti vyslechnou si maximum informací a klást doplňující otázky.

Rozhovory byly vedeny bez předem daného časového omezení, v závislosti na tempu dotazovaného, v jeho přirozeném prostoru (prostředí realizace jednotlivých programů). Byly vedeny individuálním způsobem, dle povahy vzorku informantů (viz.6.1.6).

S experty jsem hovořila po předchozí telefonické domluvě, v prostředí jejich pracoviště, jednotlivě, bez přítomnosti dalších osob, bez předem daného časového omezení, v závislosti na tempu dotazovaného. Vždy jim byl vysvětlen důvod vedení rozhovoru.

S klientkami a externími spolupracovníky byly rozhovory vedeny bez předchozího upozornění, že se jedná o „výzkumný rozhovor“, v rámci obvyklého kontaktu, v přirozeném tempu komunikace o podobě jejich běžného života, spokojenosti se službami, prospívání jejich dětí atd.

Technika analýzy dokumentů mi, kromě informací, umožnila získat také rozměr kontinuity. Pojem dokument je myšlen předmět speciálně vytvořený pro přenos a zachování informace (Surynek, 2001). Vznikl nezávisle na výzkumném procesu, je mimo sféru jeho vlivu. Výhodou této techniky je neomezenost na určitý časový úsek, může analyzovat skutečnosti, které pokrývají delší období činnosti člověka. (Surynek, 2001).

V dnešní době informačních technologií je dostupných dokumentů celá řada. Dokumenty, které byly použity pro tento výzkum, jsou dokumenty primární, institucionální a vyžádané. Mnohé z nich jsou citlivé povahy (typicky dokumentace klientek) - možnost přístupu jsem měla jako zaměstnanec o.s. Sananim a pracovník, který v předchozím údobí s klientkami pracoval (každá pozorovaná klientka byla před nástupem pobytu v prostředí pozorování „mou“ individuální ambulanti klientkou v rámci poskytování služeb přednástupní péče).

Jednalo se buď o dokumenty obecně platné - Výroční zprávy o.s. Sananim 2005 a 2006, letáky jednotlivých zařízení, informační brožurky pro klienty, „rozvrhy hodin“ léčebných programů.

Druhý, citlivý okruh tvořila dokumentace klientek - chorobopisy obsahující osobní anamnézy, plány péče, životopisy, poznámky z kontaktu, týdenní poznámky o péči o dítě, vývojové archy dětí. V jednom případě pozorování jsem jako doplněk měla k dispozici i videozáznam interakce matky s dítětem, s mým nahlédnutím natáčená klientka souhlasila.

Vzhledem k omezenému rozpětí výzkumu jsem použila také odborné studie (především zahraniční), které na základě vlastních zkoumání popisují rodičovské kompetence závislých žen. Poskytly mi výchozí rámec, o nějž jsem se při zkoumání rodičovských kompetencí matek, klientek o.s. Sananim, opírala. Výsledky této sekundární analýzy byly použity v teoretické části práce (kap. 3.3, 3.4).

Technika pozorování představuje, oproti rozhovoru, který zachycuje zejména informantovu interpretaci reality, snahu zjistit, co se skutečně děje (Hendl, 1999). Výhodou této techniky je její nezávislost na schopnostech objektu, tedy pozorovaného, a také se nejvíce blíží realitě. Nevýhodou je pak její ohraničenost určitým časovým úsekem a omezenost pohledu jen na vnější jevy. Proto je vhodné tuto techniku aplikovat kombinovaně (Surynek, 2001).

Pozorování probíhalo, až na jeden případ, v přirozených podmínkách pozorovaného objektu, tedy byl pozorován přirozený jev, bez intervence pozorovatele, a bez jeho podílu na interakcích. Šlo o pozorování osobní, pozorovatel byl interakcím přítomen, ale pozorované objekty nevěděly o tom, že jsou „právě pozorovány“. Pozorovatel byl pozorovaným objektům (klientkám i jejich dětem) dobře znám.

Předem byly definovány 3 pozorované situace vzájemné interakce matky s dítětem - krmení, hra a ukládání ke spánku.

Pozorovány byly 3 klientky s celkem 4 dětmi (viz 6.1.6), z toho 2 v podmínkách Terapeutické komunity Karlov. Přítomnost pozorovatele byla několikadenní, byl zapojen do běžného života klientek, pozorovaných situací se předtím volně účastnil

i mimo „výkon“ pozorování. Dá se předpokládat, že jeho zjevná přítomnost příliš neovlivnila průběh interakcí. Zbývající 1 klientka byla pozorována v pro ni nepřírodném prostředí instituce, během své obvyklé odpolední až podvečerní návštěvy u zde umístěného dítěte. Pozorovatel byl po celou dobu přítomen, klientka jej dlouhodobě znala. Přestože byl hlavní důvod přítomnosti pozorovatele, který se nijak neslučoval se samotným pozorováním, veskrze pozitivní (plánovaná podpora klientky v komplikovaném prostředí instituce), během pobytu narůstala tenze objektu z důvodu přítomnosti dalších osob (pozorovatele i personálu instituce). V tomto případě je tedy nutné říci, že přestože objekt nevěděl, že „je pozorován“, ovlivnila přítomnost pozorovatele do určité míry jeho chování.

Během realizace výzkumu jsem obecně čerpala také ze zkušeností, které jsem získala během pěti let zaměstnání v Denním stacionáři. Kromě přímé práce s klientkami jsem měla bohaté možnosti pozorovat jejich chování, jejich interakce s dětmi a také pozorovat děje na svém pracovišti i v ostatních zařízeních během stáží a pravidelných pracovních návštěv. Techniku pozorování jsem ve všeobecném kontextu využila také během svého aktuálního týdenního pobytu v TK Karlov.

Veškerá výzkumná činnost probíhala v období duben - červenec 2007. Pozorování bylo zrealizováno během mého týdenního pobytu v Terapeutické komunitě Karlov.

6.1.6 Strategie výběru zkoumaných jednotek

Soubor zkoumaný ve výzkumném šetření byl vybrán pomocí *záměrného výběru úsudkem*. Jedná se o typ výběru, který je založen pouze na úsudku výzkumníka o tom, co by mělo být zkoumáno a jak je možné to zkoumat (Disman, 2000). Tuto techniku jsem zvolila, protože se jednalo o jediný možný způsob výběru zkoumaných jednotek.

Při výběru zkoumaných jednotek jsem si nejprve vymezila následující pojmy, k nimž jsem přiřadila konkrétní osoby.

Prvním krokem byla otázka stanovení *cílové populace*. Cílová populace je populace, na níž bychom chtěli vztáhnout své výzkumné závěry. Ukázalo se, že vzhledem k jednotlivým dílčím cílům má tento výzkum dvě cílové populace - matky, užívající nealkoholové drogy, a pracovníky, kteří s nimi pracují.

Z cílové populace pak hledáme *základní populaci*, jakožto nejširší zachytitelný soubor jednotek, který v dané situaci zastupuje cílovou populaci. Od něj nakonec odvozujeme podobu zkoumaného *vzorku*, což je skupina skutečně zkoumaných jednotek (Disman, 2000; Hendl, 1999).

Cílová populace I.:

Matky užívající nealkoholové drogy, které jsou klientkami o.s. Sananim.

Základní populace I.:

Matky - klientky o.s. Sananim, které byly v okamžiku provádění výzkumu aktivními uživatelkami služeb o.s. Sananim.

Vzorek I.:

Jeho vytváření ovlivnila řada komplikujících faktorů, jež bylo nutno zohlednit. Především šlo o vysokou citlivost zkoumané problematiky, k tomu se vztahující nutnost bezpečného a přirozeného rámce, a z toho plynoucí požadavek realizace výzkumu ve vlastním prostředí klientek.

Díky kombinaci těchto tří faktorů nebylo, v rámci výzkumu rodičovských kompetencí matek, možné mezi pozorované objekty začlenit neabstinující matky, které by měly děti ve vlastní péči a současně je bylo možné pozorovat v jejich přirozeném domácím prostředí.

Pro techniku rozhovoru byla další podmínkou „representativnost typu“ klientky pro daný program, což jsem zkorigovala s vybraným (viz. níže) expertem toho kterého zařízení. Snažila jsem se také o rovnoměrné zastoupení abstinujících a neabstinujících žen a těhotných žen vs. matek s dětmi. Automaticky byly udělané rozhovory se všemi pozorovanými klientkami.

Z těchto důvodů byl vzorek zkoumaných klientek vybrán následovně:

- ***pro rozhovory***

Z Terénních programů, Kontaktního centra a Doléčovacího centra jsem vybrala po 1 matce. Z Denního stacionáře, jakožto uzlu mezi nízkoprahovými a léčebnými zařízeními, jsem zvolila 2 klientky - abstinující i neabstinující, jednu z toho jsem i pozorovala. Dále bylo hovořeno se všemi 3 pozorovanými klientkami, které zastupují TK Karlov. Celkem bylo hovořeno s 8 informantkami.

- ***pro pozorování***

Podmínkou byla přítomnost dítěte v přímé péči klientky a možnost společného pobytu s klientkou a jejím dítětem v jejich obvyklém prostředí, kde se dají pozorovat vytyčené situace. Další podmínkou pak byla alespoň relativní přirozenost přítomnosti pozorovatele, která by eliminovala ovlivnění chování objektů.

Dále jsem hledala klientky podle **4 vytyčených modelů**. Rodičovské kompetence jsem si rozdělila na kategorii kompetencí v oblasti realizace specifické emoční vazby a na kompetence v oblasti praktické. Každou z kategorií jsem polarizovala ano - ne. Pak jsem tyto možnosti vzájemně zkombinovala tak, že vznikly 4 „mateřské modely“ (viz. Příloha č. 4 - Tab. č. 5 Mateřské modely - pro potřeby pozorování).

S přiřazením klientek do definovaných 4 modelů mi pomohli vybraní experti daných zařízení, kteří klientky dlouhodobě důvěrně znají. Snahou bylo opět zvolení reprezentativně typické klientky pro danou kategorii.

Vzhledem k potřebným podmínkám se tak výběr ztenčil na abstinující klientky, které pobývají v léčbě TK Karlov. Výjimku tvořila jedna matka, již se typově nepodařilo v Karlově obsadit, a proto byla zvolena klientka Denního stacionáře, která dochází pravidelně za dítětem umístěným v péči instituce.

Celkem byly pozorovány 3 klientky se 4 dětmi, jedna díky odlišnému vztahu ke každému ze svých dvou dětí obsadila dvě kategorie mateřských modelů.

Cílová populace II.:

Pracovníci o .s. Sananim, kteří poskytují služby cílové populaci I.

Základní populace II.:

Aktuálně dostupní pracovníci o .s. Sananim, poskytující služby cílové populaci I.

Vzorek II:

Byl získán pomocí **kritérií výběru expertů**, která jsem si stanovila na základě svých zkušeností:

- Pracovníci ze zařízení, která přistupují k matkám, užívajícím drogy, jako ke specifické klientele (kde klientka čerpá specifické služby).
- Specifičtí pracovníci určení v rámci svých zařízení pro práci s matkami užívajícími nealkoholové drogy.
- Pracovní zkušenost s vytyčenou klientelou v rozsahu min. 3 roky.

Na základě výše uvedených kritérií byl vzorek expertů vybrán následovně:

- ***pro rozhovory***

Kritérium programů se specifickým přístupem ke klientele matek ze zařízení o.s. Sananim splňují: Terénní programy, Kontaktní centrum, Denní stacionář, Terapeutická komunita Karlov, Doléčovací centrum.

Kritéria expertů splňují: 1 pracovnice Terénních programů, 2 pracovnice Denního stacionáře, 4 pracovnice Terapeutické komunity Karlov, 1 pracovnice Doléčovacího centra.

Kritéria nesplňuje, ale byl zařazen: V rámci Kontaktního centra není, vlivem nedávné komplexní obměny týmu, žádný pracovník splňující kritéria. Protože se jedná o klíčové zařízení v systému péče o matky užívající drogy, úsudkem jsem za informanta zvolila 1 pracovníka na vedoucí pozici, jakožto nejkompentnější osobu ze zařízení.

Celkem bylo hovořeno s 9 informanty.

Další objekty výzkumu:

Pro rozšíření pohledu na zkoumanou sociální realitu jsem dále zvolila zástupce klientů i expertů, kteří mají k dané problematice blízko, ale nejsou ji přímo účastni.

- Na straně uživatelů drog jsem provedla skupinový rozhovor s 6 ***externími spolupracovníky KC***. Jedná se o aktuální uživatele drog, kteří na základě vyškolení a dohody o práci zajišťují výměnu injekčního materiálu na uzavřené drogové scéně, především v toxikomanských bytech. Vzhledem k předpokladu, že většina aktivně užívajících matek s dětmi ve své péči se na otevřené drogové scéně nevyskytuje, mohou externí spolupracovníci poskytnout cenné údaje.
- Jako zástupce ***nezúčastněných odborníků*** jsem si zvolila 1 pracovníka Terénních programů, 1 pracovníka Denního stacionáře a 1 pracovníci Terapeutické komunity Karlov, kteří se na klientelu matek přímo nespecializují, nicméně jsou denně svědky práce s ní ve svých zařízeních. Všichni splňují kritérium min. 3leté praxe v oboru. Dále jsem zvolila 1 pracovníci *Kojeneckého ústavu*, kam jsou nejčastěji umístěvány děti našich klientek, a která s matkami touto cestou přichází stále a pravidelně do kontaktu, a úzce spolupracuje s Denním stacionářem. Také splňuje 3letou minimální lhůtu znalosti problematiky.

Vznikly dvě skupiny informantů - skupina klientů (8 matek a 6 externích spolupracovníků) a skupina pracovníků (9 expertů a 4 odborníci).

Pro usnadnění orientace doporučuji k nahlédnutí Přílohu č. 3 a 4 - Tab. č. 3 Přehled informantů a Tab. č. 4 Schéma vedení výzkumu.

6.1.7 Způsob analýzy dat

Metoda analýzy dat v kvalitativním výzkumu je metodou *induktivní logiky* (např. Disman, 2000).

Postupuje se tedy od zjišťování dat směrem k vytváření teorie (oproti kvantitativnímu výzkumu, kde se nejdříve stanoví teorie a ta se potvrzuje zjišťovanými daty). Prvním krokem je sběr dat, následuje hledání vnitřních pravidelností a struktur v těchto datech a jejich významů, závěrem je vytvoření teorie na základě zjištěných skutečností.

Postupovala jsem v souladu s výše uvedenou metodou, jak plyne z principu kvalitativního výzkumu.

1. **Sběr dat** pomocí výše uvedených technik.
2. **Vytváření písemných záznamů** - rozhovory s experty byly zaznamenávány do záznamového arch v jejich průběhu, rozhovory s klientkami po jeho skončení, nejpozději do intervalu 1 hodiny. Pozorování bylo zaznamenáváno taktéž do intervalu 1 hodiny. Z analýzy dokumentů byly činěny průběžné poznámky.
3. Stanovování **kategorií** - každá kategorie je ekvivalentem jednoho dílčího cíle.
4. Stanovení **kódů** k jednotlivým kategoriím - každý kód je ekvivalentem jedné výzkumné otázky.
5. **Přřazení kódů** k jednotlivým datům.
6. Třídění do **kategorií**, hledání struktur.
7. Potvrzování v **konfrontaci s dalšími** zjištěnými **daty**.
8. Zobecnění do platných tvrzení, interpretace, vytváření **teorie**.

Postup dané struktury je však spíše teoretický. Princip provádění kvalitativního výzkumu je založen na paralelním sbírání dat, jejich vyhodnocování a vytváření teorií, na jejichž základě se výzkumník rozhoduje o sběru dalších dat a tak stále dále, až do

stavu tzv. teoretické saturace, tj. okamžiku, kdy dojde k nasycení výzkumu - nové informace již nevedou k dalším změnám. Metodologie kvalitativního výzkumu není vytvářena před jeho provedením, ale až během průběhu sběru dat (Disman, 2000). Stejně tak bylo postupováno i během tohoto výzkumu.

6.2 Analýza údajů – Dílčí cíl 1

❖ Charakterizovat rodičovské kompetence matek, užívajících nealkoholové drogy, které jsou klientkami o.s. Sananim

Úvodem je nutno zdůraznit, že logicky je úroveň rodičovských kompetencí vnímána odlišně na různých stupních systému péče. Samozřejmě se mnohem hůře jeví situace neabstinující klientky nízkoprahových služeb než situace matky v chráněném bydlení doléčovacího programu. Původně jsem zamýšlela výzkum rozdělit na dvě části - zvlášť pro neabstinující a zvlášť pro abstinující matky. Po analýze dat se však překvapivě ukázalo, že mnohá zjištění se překrývají, a oddělení výzkumu by bylo zbytečné. Budu tedy postupovat tak, že v případě potřeby zohledním povahu abúzu přímo v textu.

6.2.1 Výzkumná otázka 1/1

- Jaké jsou rodičovské kompetence matek užívajících nealkoholové drogy?***

Všichni informanti z řad pracovníků - experti (9) i odborníci (4) na první otázku dříve či později reagovali tím, že **není možné stanovit jednotnou podobu rodičovských kompetencí matek**, jelikož se, stejně jako podoba užívání drog, od sebe liší v závislosti na mnoha faktorech. Opakovaně se vraceli k tomu, že generalizující zobecnění by byla zjednodušující a zavádějící. U 3 informantů - expertů jsem vnímala a priori ochranné nastavení proti stigmatizujícím nálepkám typu „matka fetačka“, s tím, že mnohé klientky „se o své děti starají opravdu dobře“. Tito informanti dodávali, že se s předem negativně laděným podtextem podobného typu otázek běžně setkávají.

Nicméně, posléze pracovníci souhlasili, že je možné nalézt společné **rysy rodičovství** jejich klientek.

Aniž bych se na to přímo dotazovala, 7 expertů a 3 odborníci si pro hledání odpovědi rozdělilo rodičovské kompetence do dvou základních kategorií - na „*emoční stránku*“, „*vnitřní obsah*“, „*mateřství*“, „*vztah*“, „*vazbu*“, a na oblast praktickou. Tedy zcela analogicky k mnou užívané kategorizaci na rodičovské kompetence v oblasti vazby a na kompetence praktické.

V rámci kategorie specifické emoční vazby se ve výpovědích všech dotazovaných 13 pracovníků - 9 expertů i 4 odborníků, jako naprosto zásadní objevuje **koncept „chybějící vnitřní matky“**, a to u matek abstinujících i neabstinujících. Různá označení téhož zněla: „*necítí to*“, „*nemají to v sobě*“, „*nemají zvnitřněné mateřství*“, „*nemají z čeho čerpat*“, „*chybí jim vnitřní náruč*“. Z 8 dotazovaných matek na tento fakt narazilo 5 z nich: „*nevím, co to obnáší*“, „*nejsem si jistá, potřebuji to ukázat*“, „*musela jsem se naučit, jak má máma vypadat*“. Klienti - externí spolupracovníci se vzájemně shodli na tom, že „*mámy se snaží, ale je těžký vědět jak, ...co je správný*“. Podle pracovníků se jedná se o „*něco, co se předává z matky na dceru*“, jakýsi ***vnitřní model mateřských atributů a kvalit***. V dikci teorie attachmentu by tento fakt mohl poukazovat na poruchu primární vazby klientek s vlastní matkou, jakož i jejich dalšího vzájemného vztahu. Absence kvalitního rodinného zázemí a mateřského vzoru byla ostatně všemi 13 informanty - pracovníky označena jako přímá příčina tohoto jevu, „*neměly se to kde/od koho naučit*“. Výpovědi expertů i klientek se shodují v tom, že mnohem jasnější je negativní vymezení mateřské role „*co určitě nechci nikdy dělat*“, „*vím, jaká máma rozhodně nebudu*“, především ve smyslu „*co nechtějí opakovat po svých rodičích*“.

Podle obou 2 expertů z nízkoprahových zařízení se absence vnitřního mateřského modelu markantně projevuje obzvláště u většiny těhotných, neabstinujících klientek - „*necítí se být matkami*“, „*nerozumí té propojenosti, dokud dítě neuvidí*“. V těhotenství matek, aktuálně užívajících drogy, se podle těchto informantů většinou zcela vytrácí aspekt vnitřní přípravy na příchod dítěte.

Případná absence vnitřního mateřského modelu zakládá u 8 dotazovaných expertů a odborníků mírnou, a v 5 případech i silnější, skepsi. Domnívají se, že se jedná o osobnostní charakteristiku matky, nikoliv sekundární jev způsobený užíváním drog.

Považují jej za významně limitující faktor, přičemž šanci terapeutického ovlivnění na základě svých zkušeností vnímají jako diskutabilní.

V otázce **vztahu** matek k dětem je nezbytné si uvědomit, že většina dětí byla **neplánovaná** - všechny děti informantek matek. Některé děti jsou navíc i **nechtěné**, tento fakt připustilo 4 dotazované informantky, přičemž zdůrazňovaly, že s časem měnil - „*když jsem to zjistila, bylo už pozdě, nevěděla jsem, jak to budu dělat a netěšila jsem se*“, „*až když se narodila, začala jsem být ráda, že jí mám*“. 1 z klientek spontánně hovořila o tom, jak se systematicky snažila o ukončení těhotenství maximálními dávkami drog a po porodu dítě odmítala. Až po několika týdnech se jí vše „*rozleželo*“ a začala se o dítě zajímat a navštěvovat jej. Ale i po té, co o něj v léčbě začala pečovat, jí ještě „*dlouho trvalo, než se to ve mně zlomilo a našla jsem si k němu vztah*“. Podle obou 2 expertů z nízkoprahových zařízení to není vůbec výjimečný přístup.

I mnohé z „*chtěných*“ dětí byly během těhotenství **opomíjené**, všech 8 infomantek alespoň během části těhotenství užívalo drogy - „*došlo mi to, až když mi začalo růst břicho /až když mě poprvý kopl/ až když jsem ho viděla v porodnici*“, a těhotenství vnímalo spíše jako problém, který je třeba řešit, než jako radost. Všichni 4 experti z rezidenční léčby upozorňovali, že pro mnohé klientky „*začíná vztah s dítětem až tady*“, buď se zahájenou abstinencí, kdy začínají dítě „*teprve pořádně vnímat*“, nebo i prakticky, kdy „*jej vydají z kojenáku do vlastní péče klientek*“.

V každém rozhovoru s experty i klientkami byla akcentována **ambivalence**, kterou dítě matce do života vneslo - matky nechtěly abstinovat a měnit svůj životní styl, nicméně „*přišlo dítě a ony musely...*“, „*...a teď mají být rády, že ho mají*“. S tím souvisí i významný prvek, který byl zmíněn 11 pracovníky a 7 klientkami - „**povinnost to zvládnout a nesehat**“, kdy společenský tlak je natolik silný, že ony „*prostě musí*“, a který se někdy zdá být silnějším motivačním prvkem, než samotný vztah k dítěti.

Ve 4 rozhovorech byly experty popisovány **výkyvy ve vnímání dítěte**, „*jednou je strašně milují a druhý den jej nemůžou ani vidět, jak je štvé*“, které ale postrádají jakýsi rodičovský odstup a vědomí kontinuity v čase, že „*všechno je v základě dobré*“. V jednom případě bylo expertem bylo doslova řečeno, že klientky tyto výkyvy „*vnímají naostro, spíš jako mezi kamarádkami, která je chvíli ta nej a pak zase hrozná..., než jako stabilní rodič*“. Informantky - expertky z rezidenčních programů 2krát popisovaly **nejasnost klientek v mateřské roli**, jejich přístup k dětem označily spíše jako kamarádský, než rodičovský.

Zajímavým postřehem 3 expertů je poznámka o vnímání *dítěte „jako kotvy“* - v rezidenční léčbě se cítí být chráněny, pro budoucí existenci v reálném světě vnímají dítě jako prvek, který *„je udrží čisté a šťastné“*. Experti považují tuto představu za mylnou a pro příznivou budoucnost jako nedostačující i nebezpečnou.

Téma *nejistoty klientek v mateřské roli* se v různých souvislostech objevilo u 11 pracovníků. 9krát byla zmiňována vysoká, nadměrná citlivost matek na reflexe a zasahování jiných osob a jejich snadná *zranitelnost* v takovéto situaci. Klientky napříč systémem péče se velmi snadno propadají do paralyzujícího pocitu „špatné matky“, který je demotivuje a *„odvádí od dítěte“*. Ve 4 rozhovorech byla *„klouzačka do stavu „vzdávám to““* definována jako *„krátká a nevyzpytatelná“*. Toto téma je považováno za jedno z necitlivějších. Z tohoto důvodu se podle 3 expertů nedaří navázat spolupráci s programy, které se zaměřují na podporu rodičovských kompetencí přímo v domácnosti klientek (Střep, Home Start). Klientky jsou ochotny *„otevřít dveře jen lidem zevnitř“*, na něž měly možnost se předtím navázat a svým způsobem si je i prověřit. Matky na představu *„cizího odborníka na péči o děcka“* reagovaly v 7 případech s nelibostí. Mají pocit, že je pořád *„chce někdo kontrolovat“* a *„nevěří jim, že to zvládnou“*. Velmi pozitivně reflektovaly možnost konzultovat péči o dítě s terapeutky z jednotlivých zařízení, zvláště si pochvalovaly přítomnost vychovatelek v TK Karlov. Ale intervence *„někdy chytřejších ženských, co mě budou poučovat, že to dělám blbě“* nepotřebují. Vnímám to jako obavu z předsudečného přístupu neprověřených, tj. „nedrogových“, odborníků, ale také neochotu klientek být stále pod kontrolou.

Ve 4 rozhovorech s pracovníky z rezidenčních zařízení se objevil efekt *„potřeby okamžité pozitivní zpětné vazby od dítěte“*. V různých souvislostech experti i pracovníci poukazovali na to, že zvládání rodičovské role klientkami se odvíjí od okamžitého výsledného efektu - *„odvíjejí svou mateřskou úspěšnost od aktuálního okamžiku, snadno propadnou nejistotě“*. Klíčové je, zda je tento efekt viditelný *„dítě je vyparáděné“*, *„byť je nazdobený“* nebo zda dítě rozradostňuje či těší. Klientky tak špatně snáší *„blbě dny dítěte“* jako je nemoc a také negativní reakce dítěte, způsobení např. jeho omezováním či vzdorem, *„snahou jej vychovávat“*. Mají potíže *„ustát i tu odvrácenou stránku rodičovství“*. Ve 3 případech experti uváděli, že klientky *potřebují být dítětem stále saturovány* a odměňovány za své úsilí *„potřebují okamžitou odměnu v podobě lásky dítěte“*, pokud se tak neděje *„odpadávají“*, cítí se bezmocně, někdy *„až do agrese“*.

V této souvislosti je podstatné zmínit obecnou vztahovou osamělost matky - mnohé z klientek nemají, kromě dítěte, nikoho jiného, kdo by je emočně sytil.

Výchovný styl byl v 9 případech pracovníky označen jako **spíše nekonzistentní**. Odvíjí se častěji od aktuálního emočního stavu matky, než potřeb dítěte. Zvláštní měrou to platí pro matky neabstinující, kde je rozpoložení matky ovlivňováno také případnou intoxikací. Tento fakt ale zmiňovalo také 5 expertů z rezidenčních léčebných zařízení, kde matka pobývá spolu s dítětem (Terapeutická komunita Karlov, Doléčovací centrum). 3 expertky, které se setkávají s péčí klientek v rezidenčním programu, upozorňují, že se, zvláště mezi staršími matkami, někdy objevuje úzkostný, až tzv. ***hyperprotektivní přístup***, která je experty interpretována mimo jiné jako „zavinění, snaha všechno odčinit“.

Poznatkem, zmíněným v 8 rozhovorech s informanty - pracovníky, je velmi **slabá schopnost matek klást dětem hranice a nedůslednost**, společná pro klientky napříč celým systémem péče. Podle informantů matky nerozumějí důležitosti hranic pro dítě, ostatně „*samy mívají také potíže je dodržovat*“. Ve svých výpovědích toto reflektovalo také 6 klientek - „*dává mi zabrat udržet ho na uzdě*“, „*mám potíže s dodržováním pravidel, co mu řeknu*“. V 1 případě byla u abstinujících matek v léčbě neschopnost klást hranice expertkou interpretována spíše jako neochota, způsobená silným vnitřním zaviněním abstinující matky, která chce svému dítěti „*všechno vynahradiť a nechce jej nijak omezovat*“. Matky toto své citlivé místo zmínily 8krát „*nechci, aby už kvůli mně brečel*“, „*nesnáším, když jí rozbřečím*“, „*cítím se děsně*“, „*jsem pak vyřízená s ním*“.

V **interakci** s dítětem byly matky polovinou všech informantů - pracovníků popsány jako **spíše pasivní**, s **vysokými nároky na samostatnost dítěte**, s platností pro matky abstinující i neabstinující: „*nemají trpělivost se mu věnovat, musí si hrát samo*“, „*nebaví je se dítěti věnovat*“, „*nemají pro dítě sitzfleisch*“. Struktura času stráveného s dítětem se podle nich odvíjí spíše od činností matky, než od potřeb dítěte. Dítě funguje jako jakýsi „*přídavný modul*“ k aktivitám matky. Pracovnice Kojeneckého ústavu poukázala na **efekt nároků rostoucích spolu s dítětem** - matky mají podle ní problémy s vhodnou stimulací starších dětí, „*kteřé už jen tak neleží a nekoukají*“. Obdobný názor typu „*lépe to zvládají s miminkem - panenkou*“ se objevil ještě ve výpovědích dalších 3 informantů - expertů. V 6 případech informantů - expertů sdělovali, že matky vykazují

nižší citlivost k signálům dítěte, které si tak musí svou pozornost „vyřvat“. Podle 1 expertky se matky ve významu dětských signálů **obtížně orientují** a často dítěti nerozumějí a jsou z něj zmatené: *“Proč se na mě to dítě pořád tak divně dívá?”*.

S tím souvisí také situace **hry**, kterou zmínili všichni informanti - pracovníci, kteří mohou v programech léčby denně sledovat přímou interakci matek s dětmi - 5 expertů a 1 odborník. Hra byla vnímána jako pomezí mezi vztahovou a praktickou kategorií. U 4 expertů byla hodnocena jako „**nejslabší**“, „**jde jim nejhůř**“, oproti zvládnutí praktických nároků. 1 expertka uvedla, že hra s dítětem klientky „**nebaví, nevidí v ní smysl, protože nepřináší okamžitý pozitivní výsledek**“. 5 z těchto informantů poukázalo na fakt, že klientky neznají dětské hry, říkanky atd., „*asi si s nimi nikdo nehrál*“. Padl také 1 expertní názor, že matky neumí při hře děti zapojit „*ony si hrají a děti se dívají*“. Matky se o hře v rozhovorech nevyjadřovaly. Když jsem během svého pobytu v TK Karlov byla přítomna situacím, kdy 2 - 3 klientky hlídaly skupinu všech dětí, zatímco se ostatní matky účastnily terapeutického programu, měly tendenci si spolu povídat a dětem se individuálně nijak nevěnovaly, pouze je dozorovaly a reagovaly až v situacích, kdy se děti pozornosti přímo dožadovaly, či jim hrozilo nebezpečí.

V praktické sféře je úroveň rodičovských kompetencí matek informanty - pracovníky popisována jako velmi rozdílná, se silnou **perspektivou pozitivního rozvoje** v chráněném prostředí léčby, pod odborným vedením.

U neabstinujících klientek je variabilita skutečně široká. Pracovníci (6), přicházející do styku s neabstinujícími matkami (Terénní programy, Kontaktní centrum, Denní stacionář), zaznamenávají jak klientky, které žijí s dětmi v provizorních podmínkách, tak klientky, které jejich okolí považuje v péči o dítě za bezproblémové, „*nijak nápadné*“. V takových případech, podle těchto 6 informantů obecně platí, že pokročilejší abúzus, zvláště v kombinaci s komplikovaným životním prostředím a socioekonomickým statusem rodiny, s sebou přináší **vyšší riziko** závažnějších nedostatků v péči o dítě, ale nemusí být jejich automatickým nositelem.

Matky v rezidenční léčbě byly v oblasti praktické péče informanty popisovány jako vcelku snaživé, pečlivé a svědomité, vyžadující **nápomoc a vedení terapeutů** - „*chodí se poradit i pochlubit*“, „*přes den jsou pořád nalezlé tady u nás*“ (pozn. v místnosti terapeutů). V koncových fázích léčby matky praktickou péči o děti, až na výjimky, zvládají. Během pobytu v TK Karlov jsem zažila situace, kdy skupinka matek

vyčítala jedné z nich nedostatky v péči o děti, a to velice ostrým způsobem „*se podívej, jak na to kašle...jseš tady skoro nejdýl, a s.... na to jako novicka*“. Podle odborníků to není nijak neobvyklá situace, klientky na sebe vzájemně dohlížejí, „*hlídají se*“.

Jako problém se podle 3 expertek ukazuje otázka denního režimu. Matky, přicházející do rezidenční léčby, většinou samy nemají zakódovanou strukturu dne, „*tu jim do té doby určovaly drogy*“ a někdy ani podobu jednotlivých situací a návyků „*jí se 3krát denně, u stolu se sedí a nelítá*“, „*pořád jsme tu viděly děti se sušenkami v ruce, a ony se pak diví, že nechtějí obědvat*“. Matky 3krát sdělovaly, že se v rezidenční léčbě „*naučily dodržovat, jak vypadá normální den*“. Sama si vybavuji nedávnou příhodu s klientkou Denního stacionáře, která se na víkendovém výjezdu během společného jídla najednou zeptala, jestli si myslím, že je to dobré, aby „*jedli i doma všichni spolu, jako my tady?*“. Načež se ukázalo, že až doposud „*holky jedí v obýváku u stolečku a my na posteli u televize*“. Asi za týden pak přišla s tím, „*že to doma zkusili a bylo to fajn, ...jedli jsme a povídali si, co bylo ve školce*“.

Jako výrazně limitující pro realizaci praktických kompetencí bylo 10 pracovníky vnímáno nízké finanční zajištění rodin - matky buď peníze částečně investují do drog, nebo (v léčebných programech i po opuštění systému) jsou jako samoživitelky odkázány na sociální dávky a navíc musejí, pod pohrůžkou exekuce, splácet dluhy v řádech až tisíců korun měsíčně. Pro klientky je to silně stresující prvek „*nevím, jak to budu zvládat*“, „*při reklamě, kde děcka jedly pomeranče, jsem se rozbrečela, že jí je ani nemůžu koupit*“, který je navíc dlouhodobé povahy.

Ve 2 rozhovorech expertky zmiňovaly, že matky mají jen minimální povědomí o zákonitostech a etapách dětského vývoje, což přináší nerealistická očekávání oběma směry.

Závěrem shrnuji, že zjevným prvkem všech rozhovorů bylo vymezování „*toho, co nejde*“, než zaměření se na pozitivní prvky. Tomu také odpovídá předchozí text. Na mé výslovné dotazy, co se matkám daří, reagovali pracovníci ve smyslu, že obrovským úspěchem je již samotná ochota přiznat si realitu - „*vyjít s tím na světlo*“, snaha něco změnit a „*dotahovat věci do konce*“ nastoupením léčby a setrváním v ní. Vše zvláště

s přihlédnutím k závažné anamnéze klientek, a „*stahujícímu*“ prostředí, z něhož do kontaktu přicházejí - „*to, že rozetly ten bludný kruh*“. Klientky svůj úspěch vnímají podobně - „*chodím sem do individuálu a řeším to*“, „*jdu do léčby*“, „*abstinuju*“. Ve vztahu k dětem klientky jako pozitivní silně vnímají, že jsou k dispozici dítěti „*jssem konečně s ním a s čistou hlavou*“, „*starám se o ní já sama*“, „*ted' se mu opravdu věnuju*“.

Všichni dotazovaní pracovníci vnímají případné nedostatky vztahového (vazbového) elementu jako závažnější a hůře napravitelné, než nedostatky v oblasti praktické - „*praktické věci se po čase naučí a jakž takž to zvládají všechny..... v čem tápou, často celou dobu, jsou věci vztahové - k sobě, dětem, partnerům i rodinám...*“. K tomu je možno předpokládat, že nedostatečná úroveň rodičovských kompetencí matek v oblasti specifické emoční vazby implikuje případné nedostatky i v oblasti praktické - „*matky, které nemají k dětem takový vztah, se o ně prostě tolik nestarají*“.

6.2.2 Výzkumná otázka 1/2

- ***Jakými faktory je úroveň rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy, ovlivněna?***

Při analýze této otázky se ukázal rozdíl mezi neabstinujícími a abstinujícími matkami jako nejvýraznější. Opět bude vždy zohledněn přímo v textu.

Pracovníci, kteří přicházejí do kontaktu s neabstinujícími klientkami (4 experti a 2 odborníci) uvedli v 4 případech na prvním místě **prostředí**, co by nejzásadnější faktor (zbývající 5. pracovník uvedl na prvním místě drogy, a po té prostředí, 6. expert pak vklad orientační rodiny, prostředí, drogy). Mají zkušenost, že užívání drog jako takové ještě nemusí automaticky znamenat nedostatky v péči matky o dítě. Ty jsou podle jejich názoru výrazněji více ovlivněny prostředím, v jakém se klientka pohybuje.

Expertí se setkávají s mnoha matkami, které „*mají byt, i práci, dítě chodí do školky a ony berou 10 let a nikdo to ani netuší*“. Jedná se o matky, které dokázaly i přes užívání drog udržet určitý životní standard rodiny. Tam se drogy promítají „*spíše do rodinné atmosféry*“, což jsou odchylky, které se mohou podobat „*rodinám*“.

s partnerským konfliktem, osobnostně nestabilní a emočně chladnější matkou atd.“, nejsou tedy nijak nápadné. Setkala jsem se i s rodinami, kde manžel o dlouholetém abúzu své ženy vůbec nevěděl. Jako protiklad odborníci popisovali matku, či častěji rodičovský pár uživatelů drog, kteří jsou „*nezaměstnaní, bez dávek, berou denně, bydlí „na bytě*“ (tj. byt obývaný toxikomany, volně průchozí pro ostatní příslušníky party), *kolotoč se týká hlavně sehnání a aplikace drog a dítě celý den tahají v kočáru s sebou*“. Nejobvyklejší je zřejmě střední varianta, kdy matka žije s dítětem ve svém bytě, pobírá sociální dávky či partner pracuje, ale velkou část dne tráví „*venku mezi toxíky*“.

Proto je, podle informantů, prostředí, které si matka v souvislosti s užíváním drog vytvořila, u neabstinujících klientek **klíčovým faktorem číslo 1**. Obzvláště negativně se podle všech 6 pracovníků, kteří přicházejí do kontaktu s neabstinujícími klientkami, faktor prostředí promítá do situace **závislé těhotné ženy**. Popisují opakovanou zkušenost, kdy je „*klientka v kontaktu motivovaná, s náhledem, všechno odkývá, je aktivní, s hlubokou sebereflexí...a v okamžiku, kdy se vrátí zpátky ven, jde všechno k ledu*“, „*venku, mezi partou a pod křídly partnera, to většinou prostě nedá, všechno pořád odsouvá...a musí si pak počkat na porod, kdy to přestane být legrace, úřady na ní začnou tlačit a ona už to nebude mít kam dál odkládat*“. Experti z Terénních programů i Kontaktního centra považují účinnost intervencí u těhotných žen za nízkou, především z důvodu absence „*prostoru, kde by na to mohla mít čas a klid, kam by se mohla schovat a kde by jí někdo systematicky pomáhal*“.

Samy klientky popisují, že „*u vás se mi zdá všechno jasný, hned bych to začala všechno zařizovat...ale jak vyjdu ven, pamatuju si všechno, už nestíhám se do toho pustit a ani se mi nechtělo, samotný..*“. Externí spolupracovníci říkali, že „*na ulici tě to semele, nikam se ti nechce, aby na tebe divně koukali...zvláště mámy, je jim dobře se svejma a všechno ostatní je daleko*“.

Všichni nízkopražští pracovníci upozorňují, že neplatí automatická korelace mezi pokročilostí abúzu a horším prostředím rodiny. Jako významnou proměnnou vztahu těchto dvou faktorů odborníci určovali osobnostní výbavu matky a výchozí rodinné prostředí (viz. níže).

Samotný **koloběh abúzu drog** může podle 8 pracovníků do rodiny přinášet dezorganizaci času a režimu dne - „*absenci časové osy - žije se teď a tady*“, celkově nepravidelný životní styl a nárazovost a nevyváženost v péči o dítě. V 3 případech pracovníci hovořili o „*nerovnoměrné distribuci času droga vs. dítě*“. Klientky ve 3

rozhovorech popisovaly, že péči o dítě obtížně stíhaly - „*se to pak už nedalo stíhat, pořád jsem hledala někoho, kdo by mi hlídal, nebo kdo by mi sehnal*“, „*byla jsem ráda, když byl přes týden ve školce*“.

V souvislosti s intoxikací se podle 7 pracovníků **matka vůči dítěti projevuje jako nepředvídatelná, ambivalentní**, s výkyvy v emocích i afektivitě. 3 experti hovořili o tom, že droga obsazuje dítěti vazbové místo - „*matka má vztah s drogou a až potom s dítětem*“, „*drogám je věnováno více pozornosti než dítěti*“. Ve 2 případech experti zmínili také **riziko zranění** dítěte v důsledku snížené pozornosti a koordinace intoxikované matky. Klientky tento fakt ve 4 případech reflektovaly podobně jako odborníci - „*člověk sám neví, jaký to bude*“, „*měla jsem dost co dělat sama se sebou*“. A všech informantek sdětní, abstinující i neabstinující, udávalo, že se snažily /snaží nekonfrontovat dítě se svou intoxikací „*snažila jsem se brát, jenom když se mnou nebyla /když spal/ o víkend, když byl u babičky*“.

Všichni informanti z řad pracovníků (13), včetně pracovnice Kojeneckého ústavu, považovali za zásadní zásah do sféry rodičovských kompetencí **odebrání dítěte z péče matky**. Tento faktor má, podle rozhovorů s pracovníky i klientkami, na rodičovské kompetence matky dvojnásobný vliv.

Za prvé je významným **narušením specifické emoční vazby** mezi matkou a dítětem, přičemž podle všech 13 pracovníků se tento fakt nejzávažněji projevuje v situaci umístění dítěte do ústavní péče přímo z porodnice. Znáť je to buď u klientek, které měly dítě nějakou dobu doma v přímé péči, a až po té došlo k jeho umístění do ústavní výchovy, nebo u klientek, které se podařilo ihned po porodu hospitalizovat v ústavním zařízení spolu s dítětem. Klientka bez kontaktu s dítětem „*nemá možnost vztah k němu rozvíjet*“ a určitá část klientek již nikdy nedokáže tuto absenci ve vztahu ke svým dětem překonat - v nejhorším případě dítě umístěné v ústavní péči z matčina zorného pole postupně „*zcela vypadne*“ - „*když dítě vidí hodinu jednou týdně, droga to musí zákonitě převážit*“. Klientky s dětmi, které byly ihned po narození umístěny do ústavní výchovy, ve shodě popisují pocity „*ani jsem ho neznala*“, „*říkala jsem si, jestli je opravdu moje*“. Objevuje se také obava se s dítětem reálně setkat, přestože na něj stále myslí (3) „*seděla jsem před kojeňákem v autě třeba 3 dny a čekala jsem, až půjdou ven... bála jsem se, že mě (dítě) uvidí ... v noci jsem tam spala, abych byla s ní*“.

V této souvislosti 6 expertů upozorňovalo na „**mýtus všezachraňující vrozené mateřské lásky**“, přístup typu „*jestli má to dítě opravdu ráda, tak se vyléčí a pak si pro*

něj přijde“. Navíc jsou klientky samy negativně zatíženy z vlastní orientační rodiny a o to „mají těžší hledání vztahu ke svému dítěti“.

Podle všech pracovníků je nasnadě, že **možnost přímé péče klientky o dítě je významným motivačním a posilujícím prvkem.**

Během své nedávné praxe jsem se setkala s klientkou, které bylo starší, roční dítě, do ústavní péče odebráno současně s právě narozeným dítětem mladším. Každé z dětí bylo nepochopitelně umístěno do jiného zařízení. Během ambulantního kontaktu s naším zařízením docházela téměř denně za starším dítětem a maximálně jednou týdně za dítětem mladším - „ještě z toho nemá rozum“. Starší dítě oslovovala jménem, mladšímu říkala „to dítě“. V době zácvikového pobytu v Kojeneckém ústavu, již společně s oběma dětmi, všichni členové personálu, a také já při svých návštěvách, jsme registrovali její minimální zájem o mladší dítě. Všichni jsme také doufali, že se vztah postupně rozvine v rezidenční léčbě, kterou s oběma dětmi nastupovala. Během svého letošního pobytu v Terapeutické komunitě Karlov jsem měla možnost sledovat další vývoj situace. Klientka zde pobývala 9. měsíc, tj. jednalo se o závěrečnou fázi léčby. Nejen já, ale i všichni okolo, jsme jasně vnímali propastný rozdíl mezi jejím vztahem k oběma dětem. Staršímu se v rámci svých možností věnovala, mladšího zapomínala, odkládala, ignorovala. Personál komunity se klientku snažil po celou dobu „k mladšímu dítěti vést“. Ale i přesto se od doby jejího pobytu v Kojeneckém ústavu (před 9 měsíci) téměř nic nezměnilo. Tato klientka je jednou z pozorovaných matek.

Na druhou stranu ale 9 dotazovaných informantů - pracovníků a všech 8 matek konstatovalo, že hrozba odebrání dítěte, a v některých odůvodněných případech i její realizace, může přinášet i **motivační potenciál** „matku nakopnout, že už jde skutečně do tuhého“ a že je třeba na sobě „začít makat“. Klientky hrozbu, či samotné umístění dítěte do ústavní péče, vnímaly jako „bič, co nad tebou pořád visí“. 6 expertů také uvažovalo, že právě ve zlomovém bodě „výdrže či odpadnutí matky“ se zúročuje její osobnostní a rodinná výbava z doby před abúzem, současně však je rozhodující přístup a případná podpora klientčina aktuálního zázemí. V této souvislosti je zajímavý názor 3 expertů, podle nich jsou matky k péči o dítě často „motivovány bojem/ odporem“, který, vzhledem ke své rodinné anamnéze, častou v různých formách vedou po celý svůj život - „chtějí sociálce a světu dokázat, že na to mají“, „zkazít jim tu radost, že jim dítě můžou vzít“, ale i „ukázat vlastní rodině, že to dokážou líp“. V takových případech pak není

neobvyklé, že klientka v okamžiku formálního získání dítěte zpět do své péče po roce a půl společného pobytu v rezidenční léčbě (během matčiny léčby v TK Karlov je většina dětí pouze uvolněno propustkou z výkonu nařízené ústavní péče), ztrácí motivaci, už „nemají za co bojovat“ a vrací se k drogám – „*najednou je to za ní, bublina splaskne a je prázdno*“.

Nepříznivou rodinnou anamnézu - nekvalitní či absentující vztah s matkou i otcem, závislost v rodině, deprivaci, zanedbávání, týrání a zneužívání, násilí mezi rodiči, ústavní výchovu nebo náhlou traumatickou událost v dětství, vnímá jako zásadní faktor, ovlivňující úroveň rodičovských kompetencí matek, všech 13 informantů z řad pracovníků a v rozhovorech na ni poukázalo i 7 klientek. Klíčovou se jeví zejména ***povaha vlastní primární vazby*** klientky, „*klientky s dobrým zázemím v raném dětství nebo dobře fungující matkou jsou na tom o něco lépe*“. Experti i odborníci z léčebných programů (9), kteří mají možnost matky hlouběji poznat, jsou jednotní v názoru, že „*klientky s dobrým /nepatologickým rodinným zázemím mají náskok*“ - ve vztahu k dítěti, péči o něj, ale i schopnosti zvládat přidružené nároky běžného mateřského života - „*slušná rodina, to je výhra*“. V problematice závislých matek se také jako zásadní ukazuje i ***případná opora fungující orientační rodiny*** v době klientčiny léčby, doléčování a sociální reintegrace. Z pohledu dítěte je fungující širší rodina zásadním podpurným, stabilizujícím a bezpečnostním prvkem. Informantky – matky o své rodině většinou hovořily jen v rovině tady a teď, obě těhotné neabstinující informantky řeší, jestli je těhotenství důvodem, proč po letech zkontaktovat své matky – „*měla by vědět, že bude babičkou?*“. Neabstinující klientka se 4letým dítětem naopak žije společně se svou matkou a je z jejich vztahu nešťastná „*máma je hlavní důvod, proč beru*“, myslí si, že případné odstěhování by její životní situaci významně ulehčilo. Všechny zbývajících 6 matek, které abstinují, v rámci léčby navázaly a rekonstruují své vztahy s rodinou, nicméně, slovy jednoho z expertů, „*ne vždycky je to, díky rodičům možné a někdy se zdá i lepší, aby se držela dál*“.

Externí spolupracovníci popisují, jak „*mámy, co jsou venku, vyhledávají starší ženský (pozn. uživatelky drog) s většíma dětma a chodí si k nim pro rady*“. I v rámci drogové subpopulace vznikají jakási svépomocná podpurná mateřská seskupení.

V této souvislosti je u abstinujících klientek zásadní také obvyklá **absence zdravých vztahů** v životě - podle 12 pracovníků „*jestli chtějí zůstat čisté a starat se o dítě, své staré známé (z drogové subkultury) musí prostě nechat za sebou*“, a to včetně partnera a otce dítěte. „Normální“ přátele si ještě nenašly, protože samy svými slovy ve 4 případech abstinujících informantek „*ani nechtějí*“, bojí se, že se „*jim budou zdát divné*“, že „*to o nich zjistí*“. Tento problém se ponejvíce ukazuje v doléčovacím programu po příjezdu z komunity, kde „*o ně bylo rok postaráno*“ a kde „*na to nebyly samy*“. Kdežto v Doléčovacím centru se již musejí osamostatnit, „*celý den je tu prázdný barák, ostatní klienti jsou v práci*“ a terapie probíhá převážně až v odpoledních a večerních hodinách. Klientky se cítí „*osamělé a izolované, přivázané u dětí*“, ocitají se v přímé konfrontaci s osamělostí reálného života matky samoživitelky a ženy abstinenty. V této fázi léčby se jako zcela zásadní objevuje „**riziko ex/partnera**“ a současně otce dítěte, který, ze svého stylu života většinou nic nezmění. Ve vztahu k relapsu - „*spadnutí do drog*“ jsou bývalí partneři a otcové dětí vnímáni během doléčování jako jedno z největších rizik, protože pro mnohé z klientek tvoří „*jediný blízký vztah a zázemí, co kdy venku měly*“. Podle slov 1 expertky, „*partneři, (tj. otcové dětí), mají zájem o matky, ale už ne o děti*“. U všech neabstinujících informantek (3) je partner pevnou součástí jejich života, ani jedna z těhotných neabstinujících žen (2) není v této chvíli ochotná odejít do rezidenční léčby a partnera „*tady nechat...je to otec, chceme být spolu, to mu nemůžu udělat, odvézt dítě, vždyť by ho ani neviděl*“. Zbývajících 5 abstinujících matek v léčbě více či méně s existencí svého partnera „*bojují*“ - 2 vědí, že by „*neměly o něj stát, nemůžou spolu být, když on bude dál brát*“, ale ve skrytu duše doufají, že i „*on se sebou něco udělá*“. 1 abstinující matka v ambulantní léčbě má svým partnerem a otcem dítěte „*vztah na etapy*“ - po uvědomnělých obdobích „*to nevydrží a jde za ním*“. Těhotná abstinující matka má partnera ve vězení, „*píše mu a čeká*“, výkon trestu považuje „*tak trochu za léčbu, vždyť tam nebere*“ a doufá, že „*až ho pustí, bude s námi a zůstane čistej*“. Zbývajících informantka již s otcem svého dítěte „*nechodí*“, ale občas se s ním vídá, „*vždyť je to otec*“. Nutno připomenout, že všichni otcové dětí informantek jsou aktivní injekční uživatelé drog, z toho jeden možná abstinuje ve výkonu trestu. Situace klientek by se také dala označit jako volba „*dítě nebo partner*“.

Zajímavý je rozdíl přístupu terapeutů z léčeb k otázce problémových partnerů matek - v Denním stacionáři je matka průběžně informována o rizicích, která jí i dítěti z kontaktu s uživatelem drog plynou, není nijak instruována „*necháváme to na nich,*

musí k tomu dojít samy“ a to i za cenu, že se s problémovým partnerem pravidelně stýká. V Terapeutické komunitě Karlov je otázka partnerů - uživatelů nahlížena striktněji, patří k jakémusi „desateru“ pro všechny klienty, že *„to v žádném případě neexistuje“*.

Důležité je podotknout, že mnohé z klientek jsou podle slov všech 9 expertů svými partnery nějakým způsobem využívány a někdy i týrané, *„ale přesto se od nich těžce oddělují a pořád si jedou ideál šťastné rodinky“*.

Osobnostní výbavu matky, především její *nezralost*, zmínilo jako ovlivňující faktor 8 pracovníků. Mladé a nezralé matky podle nich *„potřebují spíš samy domazlit, než aby sytily někoho jiného“* a *„chtějí se bavit, a ne přebalovat“*. Zazněl i 1 postřeh, že *„děti je moc neberou, nebaví je, mají to ložené, že musí“*. Je prý znát rozdíl mezi staršími *„matkami po třicítce“*, které mimochodem nezřídka už o jedno dítě definitivně přišly, a druhého dítěte *„si váží a nechťjí to promarnit“*. V rezidenční léčbě je, podle slov tamních expertů, *„zcela jiná situace“*, je - li mateřská skupina složena i ze starších klientek, které *„si ty ostatní žabky vezmou pod křídla“*. 5 z klientek, které již mají děti připustilo, že *„by se z toho někdy zbláznily“*, což ale zřejmě není nic neobvyklého. 3 matky, které v určité fázi neabstinovaly a přitom o dítě denně pečovaly, sdělovaly, že *„dát si je dobrý relax, když už je toho (rozuměj dítěte) na tebe moc a potřebuješ vypadnou a pobavit se“*.

Expertí z rezidenčních léčeb 4krát poznamenávají, že mnohé klientky se navazují na jiné osoby *„terapeuty i spoluklienty a často ty vztahy prožívají víc, než k dětem“*, *„některé se potřebují strašně dosytit a řadí tady jak v tanečních“*.

Případnou **komorbiditu** jako ovlivňující faktor uvedlo 5 expertů, všichni z léčebných programů. Komplikací někdy bývá nejasná etiologie poruchy, zvláště v počátcích abstinence zastřená drogovou minulostí. Experti upozorňují, že v případě podezření, je třeba postupovat citlivě, ale současně symptomy nebagatelizovat, *„být obezřetní“*, zvláště, má - li klientka dítě v přímé péči.

Závěrem analýzy této výzkumné otázky bych ráda upozornila na vzácnou shodu, která panovala v odpovědích informantů, z řad pracovníků i uživatelů drog.

6.2.3 Pozorování

Jak již bylo uvedeno v kap. 6.1.6, pro potřeby výzkumného pozorování jsem si rozdělila matky, užívající nealkoholové drogy, do 4 mateřských modelů dle kategorizace rodičovských kompetencí v oblasti specifické emoční vazby a v oblasti praktické a jejich polarity ano - ne (příloha č. 4 – Tab. č. 5). Jedna z pozorovaných matek má 2 děti, ke každému má jiný vztah - proto se současně objevuje v kategorii I. i III. Matka typu II. je podle expertů většinou matkou příliš úzkostnou, hyperprotektivní, která své dítě rozmazluje a nechá se jím manipulovat. Matka, zastupující mateřský model typu IV., je oproti ostatním pozorovaným znevýhodněna umístěním dítěte v péči instituce. Rezidenční léčbu však spolu s dítětem zahájila, ale dítě muselo být vráceno zpět do ústavní výchovy.

Klientky jsem v jejich interakci s dětmi pozorovala ve třech předem zvolených situacích - krmení, hry a ukládání ke spánku.

Toto pozorování má v kontextu výzkumu především ilustrativní a podpůrný význam.

• Krmení

Matka I + III.: Matka sedí s oběma dětmi v jídelním koutku. Starší má posazené na židli, mladší v dětské stoličce. U stolu sedí matka a starší dítě, otočeni k sobě obličejem, mladší dítě je ve stoličce posazené asi metr od stolu, za sourozencem, diagonálně od matky (stolička tam takto stála v koutě, už když přišli). Matka je tak k němu zády. Matka vstává, přináší talířky s rohlíkem a přibíňákem, sedá si ke staršímu dítěti, otvírá mu přibíňák a podává mu rohlík. Mladšímu totéž pokládá na desku stoličky a přistrkuje mu to po ní blíž. Děti začínají jíst. Starší způsobilně sedí, visí na matce očima, ta se na něj dívá. Matka i dítě mají každý v ruce jednu lžičku, jednou se krmí starší dítě samo, jednou mu dá matka. Při každém soustu jej osloví jménem a řekne mu nějakou průpovídku „šup tam“ atd., čas od času mu volnou ruku položí na záda nebo mu něco ukazuje. Mladší dítě vzadu zápasí se lžičkou, ale má z toho docela legraci. Je klidné, pomáhá si rukou i rohlíkem, s jídlem si různě hraje. Toto ale vidím jen já, protože sedím naproti. Matka mladší dítě vůbec nesleduje, věnuje se staršímu nebo konverzuje s ostatními matkami u stolu., a to až do chvíle, kdy mladšímu dítěti spadne lžička na zem. Matka se otočí, zjistí rozsah škod a zvýšeným hlasem říká: „No, podívej se jak vypadáš!!“. Zvedne lžičku, jde ji opláchnout, utře dítě i stoličku přinesenou žínkou.

Sedá si a natáčí si židli tak, aby lépe viděla i na něj. Stále přikrmuje starší dítě, láme mu rohlík na kousky a povídá si sním. Mladší teď letmo sleduje, koriguje ho, aby nepatlalo jídlo okolo sebe: „No tak, ham!“, „Nech toho!!“ a čas od času mu otře obličej, při čemž se na něj dívá jen napůl. V jednom okamžiku, kdy se mladšímu věnuje delší čas, začne starší dítě nespokojeně kňourat a tlouct matku lžičkou do ruky - ta se na něj obrací, oslovuje jej s tím, ať počká, že „to bude hned“. Děti dojírají, matka vyškrabuje staršímu pribiňák, mladší si v klidu hraje se lžičkou, pribiňák vzdalo a už jí jen rohlík. Matka, když vidí, že je pribiňák nedojedený, mu jej bere a dojírá ho. Když starší dítě dojí, bere jej za ruku a odchází od stolu a slovy: „Koukni na něj chvíli“ mě prosí, abych dohlédla na mladší dítě, zatímco jde starší opláchnout. Mladší zůstává ve stoličce, bouchá do ní lžičkou a zvědavě se rozhlíží po okolí.

Matka II.: Matka a dítě jsou spolu venku, hrají si na písku. Ostatní klientky jí volají, že už je čas k jídlu a čeká se na ně. Přibíhají nahoru, matka chce dítě převléknout do čistého, ostatní jí říkají, ať jde jíst, čisté oblečení dala dítěti ráno (jedná se o dopolední svačinku). Jde ho tedy alespoň pořádně umýt. Dítě je už velké, chce se mýt samo, matka jej nechává, a během chvíle je celé mokré, takže nakonec se stejně musí převléknout. Ostatní už začali jíst. Matka dítěti klidně vysvětluje, že „to takhle nejde“. Sedají si ke stolu. Dítě říká, že „pribiňáček jíst nebude, protože je pro mimina“. Matka se jej snaží chvíli hezky přesvědčovat, že „je dobrý a zdravý a že po něm i miminka nejlépe rostou“, ale čím více mluví, tím víc dítě vzdoruje „ne, ne, ne“, zvyšuje hlas, až matku začne překřikovat. Jiná matka u stolu na dítě houkne „a dost!“, to chvíli kouká a pak zase, ale už v klidu, že „pribiňák jíst nebude“. Matka se zvedá a jde dítěti pro sýr. Vrací se, dítěti rohlík rozpůlí, namaže sýrem a nakrájí ještě na malá sousta. Dítě už říká, že bude jíst rohlík samo a celý, nenakrájený. Matka se jej snaží přesvědčit a vypráví říkanku se zakončením „áá šup do pusy“, ale dítě se rozčiluje a kroutí a trvá na tom, že bude jíst rohlík samo, chce jiný. Matka se zvedá znovu a jde pro nový rohlík a musí také vzít jako náhradu puding z vlastních zásob. Dítě mezitím odstrčilo talíř kus od sebe a nabízí jej ostatním. Matka jej za to chválí. Zbytek svačiny sní dítě samo, tak jak chtělo. Matka dohlíží, aby snědlo všechno, ujišťuje se asi 2krát, jestli ještě může a chválí jej, jak je samostatné. Když dítě dojí, vyskakuje od stolu a běží do svého pokoje. Po cestě na matku volá „a teď bombón!!“.

Matka IV.: Matka s dítětem jsou venku na dvorku před institucí, sedí na lavičce. Chce dítě nakrmit banánem s přesnídávkou, kterou dostává od pracovníků ústavního zařízení. Dítě má posazené na klíně, čelem od sebe. Dítě poplává, je nespokojené, ale už je i unavené, mne si oči rukama a v intervalech se kýve do různých stran, hlava mu padá. Matka na jeho rozpoložení nijak nereaguje, přidržuje jej rukama mírně před sebou, nenechá jej o sebe opřít, dívá se do dále přes dítě. Když dostane misku se svačinou a banán, naláme jej rukou na velké kusy do přesnídávky. Vezme lžičku, chytne oboje do každé ruky před dítětem, které má posazeno stále zády k sobě, čímž jej jakoby více obejmě. Aniž by řekla jediné slovo, začne dítěti naslepo dávat do úst jednu plnou lžičku za druhou. Převážně se dívá po okolí, nesleduje tempo polykání dítěte. Zpočátku dítě nemůže polknout velký banán, plive jej, matka tedy každý kousek ještě rozpůlí. Spěchá a občas cpe dítěti další lžičku, aniž stihlo dojíst předchozí. Když to dítěti asi při pátém soustu chvíli trvá a nechce otevřít ústa, říká matka trochu našťvaně slovo „ham“. Protože matka na dítě moc nevidí, to je za chvíli celé upatlané. Zatímco jedlo, přestalo poplávávat. Vlastně během krmení „ani nedutalo“, přestože je na něm vidět velká únava a má tendenci po matce polehávat. Asi v polovině už nechce vůbec otvírat pusku. Matka znovu zkouší „ham“, a když na to dítě nereaguje, snaží se do něj jídlo dál nasoukat, trochu silou. Dítě uhýbá před soustou, ale matka se nenechá odbýt a nakonec mu lžičku vždycky dostane do úst. Dítě je mrzuté a začíná plakat. Když už to opravdu dál nejde, protože dítě všechno plive ven, matka misku odkládá. Sedící dítě znovu chytá dlaněmi mírně před sebou, přestože to už téměř únavou ani nesedí. Matka je našťvaná a říká mu, jak je „všechno upatlané“. Lžičkou mu z tváře i z oblečení utírá jídlo, dokud dítě nekřičí natolik, že už to není dál možné. Pokládá jej do kočárku.

- **Hra:**

Matka I + III.: Matka sedí s dětmi na koberci, vytahuje kostky a knížku. Starší dítě bere do rukou kostky, začíná stavět věž. Mladší leze okolo, chytá kostky do ruky a strká si je do pusy. Když se snaží přidat kostku sourozenci na stavbu, matka jej rukou odstrčí a přisune mu ještě jednu kostku na stranu. Starší staví, matka mu pomáhá, sedí proti sobě na zemi, povídá si s ním, popisuje co dělá, chválí jej za přidávání kostek. Současně brání volnou rukou mladšímu dítěti, aby se zapojilo a věž nezbořilo tím, že je udržuje v bezpečné vzdálenosti. Dívá se převážně na starší dítě a komunikuje jen s ním. Mladší dítě je klidné, nijak neprotestuje, jen pomalu zvyšuje razanci svých pokusů proniknout na stavbu. Když už se matce nedaří jej udržet a starší dítě se začíná vůči mladšímu

sourozenci ohrazovat, chytá matka mladší dítě do náruče a posazuje si jej na klín - sedí v tureckém sedu, koleny a volnou rukou dítě znehybní tak, aby nebořilo věž a volnou rukou pomáhá staršímu. Mladší dítě se zklidňuje, sedí zabaleno u matky a dívá se na hru. Starší dítě se obrací ke knížce, s matkou si v ní listují, prohlížejí si obrázky. Matka se ho ptá co je co a vybízí jej, ať ukáže, kde to je v reálném světě „Ukaž, kde máš botu?“, dítě ukazuje, ona jej chválí, hladí po hlavě. Mladší dítě se po chvíli začíná nudit a mele sebou, matka jej chytá a pokládá do prostoru za sebe. Zatímco spolu se starším dítětem pokračuje ve čtení a povídání, mladší dítě doleze k topení pod oknem, pomocí něj se staví a zase si sedá a pak s oporou cestuje podél zdi. Objevuje záclonu a začne za ní tahat a schovávat se do ní. Matka si jej nevšímá, reaguje až na zvuk popojíždějící záclony, otáčí se, vyskakuje a dítě od okna odnáší.

Matka II.: Matka je s dítětem venku, spolu s ostatními dětmi a matkami. Ostatní děti mají venku bazének s vodou, asi 5 jich střídavě leze dovnitř a ven, polévají se a různě řadí. Dítě chce taky do bazénku, ale matce se to nezdá. Vysvětluje dítěti, že voda není čistá, když tam je už tolik dětí a že počkají na večer, vymění vodu a pak se vykoupe samo. Dítě nesouhlasí a zatímco matka mluví, svléká se. Matka ale trvá na svém. Ostatní matky situaci registrují a nerozumí tomu, proč je voda dost čistá pro všechny, ale ne pro toto dítě. Matka je rozpačitá, má obavy, aby se její dítě nenakazilo, voda se jí zdá už špinavá. Nikdo nechápe, o co matce jde, ta se s postupující rozmíškou stává tišší a tišší. Své dítě, které se mezitím pokouší využít matčiny nepozornosti, způsobené diskuzí s ostatními matkami, a leze do bazénku, bere do náruče a přes jeho hlasitý protest a bušení rukama jej odnáší pryč. Přes dvůr je vidět, jak jej nosí a něco mu vypráví.

Matka IV.: Dítě jí po příchodu do instituce předává personál. Dítě při předání pláče, nechce k matce, drží se personálu. Matka stojí naproti, nic nedělá, čeká. Personál nakonec vychází s dítětem na dvorek, kde je spousta hraček, pískoviště a tráva s nafukovacím balónem. Personál dítěti ukazuje auto, to se zklidňuje a zabývá se hračkou. Když jí bere do ruky, personál mu o hračce vypráví, podává jí matce a za ní i dítě, které trošku kňourá, ale stále sleduje hračku, která je teď v matčině ruce. Matka dítě bere od personálu do náruče, posazuje si jej na ruku zády k sobě a hračku drží před ním. Nic neříká. Dítě chvíli se chvíli dívá a začíná zase natahovat. Matka, zcela beze slov, jezdí hračkou po přilehlé zídce, dítě se chvilku dívá a pak začíná zase plakat.

Matka hračku odkládá, stojí a drží dítě. Chvilí se zdá, že využije některé z jiných hraček a dítěti něco ukáže, ale ne. Sedá si s dítětem na lavičku, dítě zády k sobě, drží jej rukama mírně před sebou. Dítě se chvilku zklidní a prohlíží si mě, která sedím hned vedle. Chvilku na něj dělám obličej, hezky reaguje, zajímá ho to. Pak přestanu, abych do situace nezasahovala. Dítě mě ještě chvíli pozoruje, pak se odvrátí a prohlíží si okolí. Matka na něj nijak nemluví. Dítě začíná natahovat. Matka neví, co s ním, rychle jej posazuje do kočáru a nahází na něj hromadu plyšáků. To dítě zaujme a vykukuje z hromady. Bere do ruky plyšáka a shazuje jej na zem. Sleduje matku, ta se na něj krátce dívá, výraz v obličejí stále stejný. Matka hračku zvedá a pokládá nahoru na hromadu. Dítě vyhazuje další, matka jej znovu zvedá, a tak pořád dokola, aspoň 10krát. Matka jednou komentuje pád hračky slovem „bum“, což je v celé této situaci jediné slovo, které k dítěti pronesla. Dítě to baví a začíná si žbrblat. V této situaci přichází personál a přináší svačinu.

- **Ukládání k spánku:**

Matka I + III.: Po vykoupaní, kdy mi matka nabízela, jestli si „nechci vykoupat?“ mladší dítě, což jsem nepřijala, přináší mladší dítě do pokoje, starší mezitím přibíhá z návštěvy u sousedů. Pokládá mladší dítě na postel, přikrývá jej dekou a pomáhá staršímu doobléct si pyžamo, mluví na něj a oslovuje ho „jedna ruka“, „táák“. Když se mezitím mladší snaží z deky vybalit, poprvé ji slyším, jak mu řekne jménem a ať to nedělá. Jde k němu, dává mu plenu a obléká ho. Je nápadné, jak s ním manipuluje necitlivě, postrkuje s ním sem a tam. I když zohledníme, že matka je typ „hrom do police“, řekla bych, že s dítětem zachází až hrubě. Rychle, věcně jej navléká do pyžama, otáčí jej z jedné strany na druhou, šup, šup. Chytá jej, ale nebere jej do náruče, prostě dítě drží, a pokládá ho do ohrádky, přikryje ho se slovem „tak“. Zhasíná světlo a rozsvěcí lampičku. Starší dítě mezitím vlezlo do postele, kterou má přiřazenou k matčině (tzv. letišť), ohrádka stojí v nohou kolmo, mladší dítě má hlavu směrem od nich. Matka si lehá ke staršímu dítěti na svou půlku postele a otvírá rozečtenou knížku. Starší dítě knihou listuje a hledá obrázky., tulí se k matce, která mu knížku drží. Matka si lehá hlavou k dítěti, aby do knihy lépe vidělo a čte. Když dočte pohádku, dá staršímu dítěti pusu a říká mu jménem a „dobrou noc“, znovu jej přikryje a vstává. Mladší celou dobu leží v klidu a hraje si s hračkou, kterou mělo v postýlce. Matka jde k ohrádce, podívá se na mladší dítě, také ho znovu přikryje a dává mu dudlík se slovy „kde máš dudlík?“. Odchází a u dveří říká „Dobrou“.

Matka II.: Matka dlouze koupe své dítě, které si hraje ve vaně s lodičkou a nechce vylézt ven. Říká, že to má „místo bazénu“ a matka to akceptuje. Chvilí ho tam nechá sedět, a pak přijde znovu. Opakovaně zkouší dítě dostat z vany, ale marně. Vymýšlí různé hry, na co by dítě nalákala, ale to nechce. Zase se nechá dítětem přesvědčit, že se koupe místo bazénu a kapituluje. Po pobídce vychovatelky musí nakonec jít a dítě z vany prostě vyndat. To začíná křičet a kopat okolo, matka jej odnáší do pokoje, kde si dítě kleká k posteli a řve. Matka má strach, že je mokré a nastydne a přikrývá jej dekou. Snaží se jej uklidnit, domlouvá mu, že vzbudí miminka, ale nic nepomáhá. Matka mi říká, že to je „na denním pořádku, tyhle záchvaty“. Přichází vychovatelka, co se děje. Matka jí popisuje situaci a vypadá úplně provinile. Dítě se snaží poslouchat a zapomíná na pláč. Když však dospělí utichnou, nabírá znovu. Matka se snaží vzít jej do náruče a utřít, ale to se zmítá. Nakonec zakročí vychovatelka, která se nejdříve snažila povzbudit matku, aby byla razantnější a situaci vyřešila. Matka je celá nervózní, že její dítě vzbudí ostatní, menší děti a „bude ječet celé patro“. Když se dítě zásahem vychovatelky jakž takž zklidnilo, matka ho obléká, nepomáhá jí, natož aby se obléklo samo. Dítě vlez do postele a chce vyprávět stejnou pohádku jako včera. Matka zhasíná a vypráví mu jí moc hezky, pečlivě a trpělivě.

Matka IV.: Děti budou mít odpolední spánek venku. Přichází personál, ať si matka vezme kočár a dítě uloží a uspí. Když vidí dítě celé od přesnídávky, říká, že předtím je potřeba jej převléct do čistého oblečení. Matka nijak nereaguje, podle mého názoru personál matky vybízel, aby šla dítě převléknout dovnitř. Chvilí se na sebe s personálem instituce dívají, pak bere personál dítě z kočáru, kde sedělo do náruče a odnáší jej dovnitř. Za chvíli jej přináší v čistém a podává jej matce. Dítě k ní opět nechce a začíná zase plakat. Matka jej převezme, drží jej před sebou, nepřitiskne jej k sobě. Položí dítě do kočárku na plyšáky, potom je z pod něj začne vytahovat. Zatím mu v této situaci neřekla jediné slovo, všechny úkony provádí technicky jeden za druhým. Dítě kňourá, ale zdá se, že v kočárku se vždy uklidní. Matka jej zase plyšáky obloží, dělá mu to zjevně dobře. Matka bere kočárek, myslím si, že bude dítě vozit, ale k mému překvapení jej parkuje pod stříšku k budově, čelem ke zdi. Pak si to rozmyslí a kočárek otočí. Říká mi „tak jdem“, bere si věci, sděluje personálu, že odchází. Na odchodu popojde směrem ke kočáru a asi z dvou metrů udělá na dítě „pápá“.

6.3 Analýza údajů – Dílčí cíl 2

- ❖ **Dílčí cíl 2: *Zjistit, jaká péče je v rámci systému o.s. Sananim matkám, užívajícím nealkoholové drogy, aktuálně poskytována.***

6.3.1 Výzkumná otázka 2/1

- ***Jaké služby a péče jsou poskytovány specifické skupině matek v zařízeních o.s. Sananim?***

Odpověď na tuto výzkumnou otázku jsem hledala především pomocí studia dokumentů, popisujících jednotlivé programy o.s. Sananim (viz. 5.2). Zjištěné údaje jsem konfrontovala se svými informacemi, které jsem získala v rámci svého zaměstnání v o.s. Sananim, a také na týdenních stážích v jednotlivých zařízeních (technika pozorování). Jelikož se jedná o stáže staršího data, nezačlenila jsem je do metodologie výzkumu. Výsledné údaje jsem si ověřila v rámci rozhovorů s informanty.

Úmyslně se vyhýbám obecné charakteristice jednotlivých zařízení, protože je již zpracována v kap. 5.2.

□ Terénní program a Kontaktní centrum

Kontaktní práce realizovaná Terénními programy a Kontaktním centrem nabízí matkám, kromě obecně poskytovaných služeb harm reduction, především jako možnost prvního nezávazného (anonymního) kontaktu. Oba nízkoprahové programy fungují zejména jako první záchytná síť pro těhotné uživatelky. Díky podrobné znalosti prostředí a klientely bývají terénní pracovníci a pracovníci kontaktního centra nejčastěji prvními profesionály, kterým se klientka se svým těhotenstvím, nebo obavami z něj v případě nepotvrzené gravidity, svěří. Méně často bývá při kontaktní práci zaznamenán kontakt s matkami s již narozenými a staršími dětmi, neboť tyto klientky se na otevřené drogové scéně, z obavy před postupem státních orgánů sociálně - právní ochrany dětí spíše nepohybují.

Těhotná žena bývá v nízkoprahových službách zachycena v relativně raných stádiích těhotenství, nejčastěji ještě před koncem prvního trimestru. V obou programech je klientkám poskytován obvyklý základní servis, specifické je poradenství. Těhotným ženám jsou poskytovány základní informace o vlivu drog na plod, informace o tzv. „bezpečném užívání“ v těhotenství (pravidelnost v čase i množství, čistota látky, aplikace), o nutnosti dostatečné hygieny, výživy a zdravotnické péče, o postupu státních orgánů a možných formách pomoci. Důraz je kladen na zprostředkování prenatální péče.

Většinou klientka za podpory pracovníků zvažuje své další kroky. V případě trvalějšího kontaktu je klientka motivována k využití rozsáhlejšího spektra služeb na vyšších úrovních systému péče. V ideálním případě klientka přechází do péče Denního stacionáře. Mezi nízkoprahovými programy a Denním stacionářem existuje dohoda o urychleném přijímání matek do péče, využívána je možnost doprovodu klientky pracovníkem z nízkoprahového zařízení.

V rámci Terénních programů se na klientelu matek orientují specificky 2 pracovnice.

V Kontaktním centru není v současné době pro tuto klientelu žádný specifický pracovník vyčleněn.

□ **Denní stacionář**

Specifickým projektem v rámci Denního stacionáře je program pro závislé matky a těhotné ženy. Klientelu programu tvoří jednak těhotné ženy předané z nízkoprahových kontaktů. Druhou částí klientely, která na této úrovni systému významně narůstá, jsou klientky s dětmi, jež jsou ke kontaktu vedeny státními institucemi, nejčastěji orgány sociálně - právní ochrany dětí. Tyto matky mají děti buď ještě ve vlastní péči, nebo již byly předběžným opatřením umístěny do ústavní výchovy nebo do péče jiné fyzické osoby. V obzvlášť pokročilých případech byly děti z péče klientek odebrány již na základě řádného soudního řízení.

Denní stacionář nabízí klientkám možnost individuálního poradenství (abstinující i neabstinující klientky), intenzivní individuální ambulantní péče (abstinující i neabstinující klientky), individuální psychoterapie (abstinující klientky), sociální práce (abstinující i neabstinující klientky), motivační program (neabstinující klientky), možnost tříměsíční stacionární léčby (abstinující klientky) a možnost zprostředkování

nástupu do rezidenční léčby v Terapeutické komunitě Karlov, přednástupní péče, vstupní diagnostický filtr a poradník zájemkyň o nástup pro celou ČR (převážně neabstijní klientky). Rodinnou terapii využívají jen klientky v tříměsíční stacionární léčbě.

Velmi časté jsou intervence zaměřené na zprostředkování dohody a vykomunikování spolupráce a prostoru pro léčbu klientky mezi zainteresovanými institucemi, zahrnující i společná setkání zástupců těchto institucí s klientkou a pracovníky stacionáře. Obvyklá jsou také poradenská setkání s rodinou klientky, především partnerem či rodiči, kteří navíc nezřídka pečují o dítě.

Program nabízí možnost individuální ambulantní docházky spolu s dítětem, pro děti jsou k dispozici hračky, vlastní herna či dětský kout chybí. Na delší pobyt dítěte, např. během denní stacionární léčby, není stacionář vybaven.

Těhotné klientky jsou podporovány v péči o svůj zdravotní stav, pravidelné návštěvy prenatalní poradny (je navázán kontakt s gynekology z FN Motol, kteří se na tuto problematiku specializují). Řeší se také sociální situace klientky, bytová a finanční otázka, je snaha o navázání kontaktu se širší rodinou. Denní stacionář, v případě souhlasu klientky, komunikuje s příslušnými orgány sociálně - právní ochrany dětí, porodnicí, kojeneckým ústavem, zařízeními pro děti vyžadující okamžitou pomoc a dalšími zúčastněnými institucemi.

Závislé matky s dětmi přicházejí do Denního stacionáře ve většině případů na popud příslušného orgánu sociálně - právní ochrany dětí. Ze strany sociálních pracovníků bývá docházka do tohoto zařízení často kladena jako podmínka, v opačném případě hrozí soudní odebrání dítěte z péče matky. Některé z klientek již nemají děti ve své péči a přicházejí ve snaze tuto situaci zvrátit.

Služby jsou poskytovány za účelem stabilizace životní situace klientky, s cílem řešení jejího abúzu s případným zprostředkováním léčby. Je snaha o předejití oddělení matky a dítěte po jeho narození, nebo o udržení vlastní péče matky o dítě. Otázka abúzu matky je (podle jejího rozhodnutí) řešena buď zařazením do substitučního programu nebo úplnou detoxifikací a následnou léčbou. Všechny klientky jsou podporovány a motivovány k nastoupení léčby své závislosti, podle širších souvislostí buď samostatně v Denním stacionáři nebo spolu s dítětem v Terapeutické komunitě Karlov, nebo v dalším vhodném zařízení. Veškerá péče je poskytována bezplatně.

V rámci terapeutického týmu se práci s klientkami - matkami speciálně věnují 2 pracovnice - psycholožka a sociální pracovnice. V rámci skupinových programů pracují s matkami i ostatní členové týmu.

□ **Terapeutická komunita Karlov**

Součástí projektu Terapeutické komunity v Karlově je specializovaný program určený závislým matkám společně s jejich dětmi. Jedná se o jedinou takto specifikovanou léčbu závislostí rezidenčního typu v České republice. Program je koncipován jako střednědobý, trvá 8 - 12 měsíců.

Program umožňuje skloubení rezidenční léčby matky a její osobní péče o dítě. V případech, kdy je dítě umístěno do ústavní výchovy, se jeho pobyt v komunitě formálně realizuje formou propustek. Do programu je možné přijmout také těhotné klientky, přičemž vzhledem k délce léčby se tak dítě narodí během pobytu v komunitě. Matka má tak možnost se na příchod dítěte připravit v bezpečném a podpůrném prostředí, navíc porodem dítěte během svého pobytu v TK Karlov předejde riziku odebrání dítěte ze své péče.

Podmínkou přijetí závislé matky do komunity je absolvovaná detoxifikace a splnění vstupních kritérií v rámci spolupráce s Denním stacionářem. Věkové omezení u dítěte není nijak taxativně stanoveno, nicméně platí, že pro pobyt v komunitě jsou zejména vhodné děti od narození do předškolního věku, pro něž dlouhodobá změna místa pobytu neznamena komplikaci v podobě započaté školní docházky.

Specifickým cílem programu je podpora a rozvoj rodičovských kompetencí klientek, a to v přímé interakci s dítětem. Těžištěm programu je skupinová psychoterapie a samotný pobyt v komunitě, dále rodinná terapie, individuální poradenství, sociální práce, pracovní terapie a zátěžové programy. Matkám je navíc vymezena oblast péče o dítě a odpovídající terapeuticko - pedagogický program, jako jsou ženské skupiny, skupina pro matky, společné trávení volného času s dětmi za přítomnosti vychovatelek a metoda video tréninku interakcí⁹

⁹ Metoda podpory rodiny. Spočívá v pořizování videonahrávek interakce členů, při analýze se klade důraz na okamžiky, v nichž se dařilo problém řešit. Opakováním tohoto postupu jsou kompetence rodiny posilovány (Matoušek, 2003).

Program je přizpůsoben potřebám dítěte, v době, kdy se matka účastní terapií, jsou děti v péči vychovatelek. Pojetí volnočasových aktivit a pracovní terapie matek zohledňuje přítomnost dětí, aby bylo umožněna jejich společná aktivita. Starší děti mohou navštěvovat školku v přilehlé obci.

Léčba je poskytována bezplatně, včetně ubytování a stravy matky. Klientky si samostatně hradí věci pro dítě, hygienické potřeby, Sunar pro kojence a starším dětem na jídlo přispívají měsíčně částkou 400,- Kč.

Matky s dětmi mají k užívání samostatnou budovu s dvěma patry. V každém najdeme 5 pokojů pro matku a dítě, horní patro patří matkám s novorozenci a kojenci, spodní patro obývají matky se staršími dětmi. Na každém z pater je jídelní kout, obslužná kuchyňka, ve spodním patře je herna. Venku na dvoře je pro děti k dispozici pískoviště a hřištěátko s dřevěnými prolézačkami.

Přímo pro program matek s dětmi jsou z celkem 16 zaměstnanců určeny speciálně 3 pracovnice - terapeutka a 2 vychovatelky. Péče sociální pracovnice a ostatních členů týmu je poskytována klientům v rámci běhu celé komunity. Sociální pracovnice má speciální výcvik v metodě videotréninku interakcí, kterou ale komunita využívá pouze sporadicky - pracovnice takto spolupracuje vždy jen s jednou matkou.

□ **Doléčovací centrum**

Doléčovací centrum zajišťuje pro matky následnou péči, ambulantní nebo v programu chráněného bydlení.

Do ambulance přijímá klientky, které absolvovaly léčbu v Denním stacionáři i v Terapeutické komunitě Karlov, v případě zájmu i klientky z jiných zařízení. Především absolventkám TK Karlov je určena možnost min. šestiměsíčního chráněného bydlení s případnou podporou samostatné péče klientky o dítě. Klientky mají k dispozici samostatné bytové buňky dvěma pokoji, kuchyní a koupelnou společnou prádelnu a klubovnu.

Doléčovací program zahrnuje skupinovou i individuální psychoterapii, prevenci relapsu, sociální práci, podporu při hledání zaměstnání, rodinnou terapii a volnočasové aktivity, je společný pro matky i ostatní klienty. Matkám je vyhrazena specifická skupina 1krát týdně, v rámci sociální i individuální práce přibývá řešení sociálně -

právní problematiky a všeobecně témata týkající se péče o děti. Centrum také komunikuje se zúčastněnými institucemi, mnoha klientkám bývá během účasti v programu Doléčovacího centra svěřováno dítě zpět do péče.

Důraz je kladen na udržení a upevnění kontaktů se širší rodinnou a zdravou sociální sítí klientky tak, aby bylo vytvořeno maximálně bezpečné a stabilní prostředí, do něhož bude klientka se svým dítětem z Doléčovacího centra odcházet.

Byly realizován pokus zprostředkovat matkám podpůrnou péči dobrovolnic specializovaných na podporu rodičovských kompetencí a vedení domácnosti, organizace Home Start, ale klientky tuto nabídku neakceptovaly.

Klientkám žijícím již samostatně je nadále poskytována podpora v zvládnutí abstinence, nároků běžného života a péče o dítě.

Matky se také zapojují do programu chráněných pracovních míst, který je pro ně, vzhledem k ztíženému přístupu na trh práce (díky kombinaci své minulosti a nutnosti péče o dítě), velkou příležitostí. Většina dětí matek v doléčování chodí pravidelně do školky, takže cílem je i částečné pracovní uplatnění klientky.

Pro práci s matkami není vyčleněn žádný speciální pracovník, 1 pracovnice, mimo jiné, vede mateřskou skupinu. Odborník, který by se zabýval specificky péčí matek oděti, např. vychovatelka, členem týmu není.

6.3.2 Výzkumná otázka 2/2

- ***Mění se úroveň rodičovských kompetencí matek jejich účastí v jednotlivých programech systému péče o.s. Sananim, a jak?***

Všech 9 oslovených expertů a 3 odborníci se shodli zhruba na následujícím: V ***nízkoprahových zařízeních*** je ovlivňována zejména platforma rodičovských kompetencí - především náhled klientky na situaci svou i dítěte a motivace tuto situaci změnit. V rámci nízkoprahové práce lze podle expertů „maximálně *jim připomínat, jestli jsou děti přiměřeně oblečené, čisté a najezené*“. 1 odborník toto definoval slovy „*můžeme je akorát dokola prudit, jak se o děti aktuálně postaraly*“.

V **ambulantním kontaktu** je zejména prostor pro „měkkou“ terapeutickou práci, která má případný potenciál dosáhnout změn v oblasti emoční i vztahové. Experti vnímají možnost terapeutického ovlivnění kompetencí především v oblasti specifické emoční vazby. Sekundárně se to může promítat i do sféry i behaviorální, ale to už je spíše otázkou „*spíše samostatných kroků klientek, protože my je tady s dětmi téměř nevidíme*“.

Klientky také na této úrovni často využívají možnost konzultací výchovných postupů a otázek vývoje dítěte a zdraví dítěte, nicméně jde jen verbální rovinu. Experti z ambulantních služeb ale děti považují za nedílnou součást práce s klientkami „*jsou přítomny, i když ne fyzicky*“. Fakticky se ale jedná spíše „*o střely naslepo*“, jak poznamenal 1 odborník.

V **rezidenčních podmínkách** terapeutické komunity dochází u většiny matek k zásadnímu pozitivnímu rozvoji praktických kompetencí péče o dítě, v okamžiku opouštění léčby jsou většinou dostatečně vybaveny k tomu, aby byly schopny se o dítě bez potíží postarat. Význam faktorem je ale i prvek „chráněnosti“ a permanentní podpory i kontroly, které jsou matce poskytovány. Většina z nich během pobytu v léčbě zažívá i jakousi renesanci vztahu k dítěti, přestože rozdíly v emočních kompetencích každé z matek jsou, podle tamních pracovníků, viditelné.

V této souvislosti je zajímavý postřeh jednoho pracovníka, který s lehkou nadsázkou řekl, že „*máme tu tak velké „prodětské“ nastavení, že tady začne mít děti rád každý*“. Přesto se zdá, že hlavní fokus je, z povahy programu, zaměřen spíše na viditelné, „tvrdé“ kompetence.

V **doléčovacím programu** vzniklý nechráněný prostor a osamělý život konfrontuje matku s realitou, mnohé z klientek mají potíže novou situaci ustát. Podle slov expertky z této úrovně, někdy v péči o dítě „*jakoby upadají, vracejí se dozadu*“. Z mého pohledu se zdá, jako by se dostávaly ke slovu „měkké“ kategorie rodičovských kompetencí, související s oblastí specifické emoční vazby, které mají převládající vliv na kvalitu péče o dítě. Zásadní je teď vnitřní motivace matky. Protikladem je pobyt v komunitě, kde, jako by díky „duchu komunity“, jsou emoční kompetence klientek stabilizovány, motivovány vnějším tlakem a možná i poněkud „schovány“ za kompetencemi praktickými - 1 expertka v této souvislosti přímo použila slova „*v chráněném prostředí to není tolik vidět, mají (v komunitním programu) vysoké tempo, aby všechno zvládly,*

navíc je okolo spousta lidí, kteří je povzbuzují a i prakticky si pomáhají navzájem“.
V doléčování jsou matky odkázány samy na sebe, a musí hledat vlastní vnitřní motivaci, pečovat o dítě a věnovat se mu.

6.4 Analýza údajů – Dílčí cíl 3

- ❖ ***Dílčí cíl 3: Zjistit, jaká je možnost zefektivnění služeb, poskytovaných v rámci systému péče o.s. Sananim matkám, užívajícím nealkoholové drogy, se zřetelem na oblast posilování rodičovských kompetencí.***

6.4.1 Výzkumná otázka 3/1

- ***Jaké jsou rezervy a ideální možnosti služeb, poskytované specifické skupině matek užívajících nealkoholové drogy, v jednotlivých zařízeních?***

V analýze této otázky dávám prostor každé z připomínek a návrhů, které během rozhovorů s 13 informanty z řad expertů i odborníků, padly. Nebudu se proto již zaměřovat na číselné údaje, kolikrát se ta která myšlenka objevila. V naprosté většině případů však měli experti i odborníci z jednotlivých zařízení shodné názory, a to nejen v rámci svého zařízení, ale i ohledně rezerv a možností na ostatních úrovních systému služeb.

□ Terénní programy a Kontaktní centrum

Analýzu rezerv a ideálních možností nízkoprahových zařízení uvádím společně, neboť se ukázaly jako téměř totožné. Je třeba podotknout, že rozhovory s oběma experty byly vedeny zvlášť. Nezávazně se shodli, že by bylo vhodné či ideální:

- **Zvýšit informovanost klientek:** Opakovaná zkušenost pracovníků s klientkami, potvrzená i rozhovory s externími spolupracovníky a matkami, ukazuje, že v drogové subkultuře panuje značná dezinformovanost o zdravotní i sociálně-právní problematice těhotných žen a matek užívajících nealkoholové drogy, a také o

možnostech služeb jim poskytovaných. Ta je dále posilována strachem z restriktivního jednání institucí. V důsledku je tak upevňována bezmoc klientek a jejich obava vystoupit z anonymity a čerpat služby. Navrhovaná opatření jsou:

- Vytvořit **speciální informační leták** zaměřený na skupinu neabstinujících těhotných žen a matek, který by obsahoval informace o možnostech služeb v rámci systému o.s. Sananim s nabídkou pomoci, podpory a bezpečného rámce péče.
 - Do pravidelně vydávaného harm reduction **časopisu Dekontaminace** umístit stabilní dvojstránku pro neabstinující těhotné ženy a matky. Na jedné straně by byla stabilně nabídka služeb a informace o specifice harm reduction v těhotenství, na druhé stránce by bylo možné formou seriálu informovat o různých souvisejících tématech např. o možnostech léčby, sociálně - právní problematice, situaci dětí atd. Ráda podotýkám, že tato myšlenka je již reálně rozpracována ve spolupráci s šéfredaktorem časopisu a v nejbližším čísle bude zrealizována.
 - Umístit v Kontaktním centru **nástěnku se stabilním setem informací** pro cílovou skupinu.
 - V rámci Kontaktního centra se s úspěchem setkala účast pracovnice DST na pravidelném vzdělávacím bloku pro externí spolupracovníky, kde byli informováni o podobě služeb pro matky a souvisejících zdravotních a sociálně - právních rizicích. Tyto informace by měli dále šířit ve své subkulturně. Setkání se plánuje v pravidelných intervalech opakovat.
- **Optimalizovat propojení s „vyšším prahem“** - s Denním stacionářem Sananim (DST), který je výchozím uzlem k řešení situace těhotných žen a matek. Cílem obou nízkoprahových zařízení je předat klientku do DST, kde se otevírá prostor pro intenzivní individuální práci a komplexní řešení problematiky, včetně případné léčby. Podle slov obou nízkoprahových expertů je „největší odpad klientek v odkazování“, zdá se, že „bariéra dveří“, nebo - li instituce, kterou pro ně DST představuje, je v mnohých případech příliš vysoká. Objevily se dvě základní potřeby:
 - potřeba „**odchytit a intervenovat**“, tj. mít možnost nabídnout klientkám, které jsou zrovna přítomny, aktuální příležitost doprovodu do DST, bez časového odkladu. V současné podobě je sice snaha vyjít takto klientkám vstříc, v reálu ovšem naráží na personální i prostorové limity DST (viz. dále) a klientky bývají objednávány.

- **propojenost „přes obličej“** nízkoprahových programů s DST. Experti se domnívají, že pokud by klientky měly možnost v terénu či kontaktní místnosti vidat pracovníka DST, pravděpodobnost jejich úspěšného přestupu z nízkoprahových kontaktů by byla vyšší. Oba programy navrhnou pravidelné odpoledne 1krát měsíčně, kdy by byl pracovník DST k dispozici pro seznámení a nezávazné předání informací. Efektivita tohoto postupu se ostatně potvrzuje i z praxe, kdy pracovníce DST za tímto účelem dochází 1krát měsíčně v době návštěv do Kojeneckého ústavu.

- **Zajistit možnost zdravotního a gynekologického ošetření** formou pojízdné gynekologické ambulance, která by byla k dispozici všem ženám. Oba experti se v této myšlence inspirovali službou o.s. Rozkoš bez rizika. Oprávněně se domnívají, že by byla takto zvýšena pravděpodobnost včasného zachycení těhotenství a v případě spolupráce klientky by tak stoupla možnost pozitivního ovlivnění nejrizikovějšího prvního trimestru. Dále od této služby očekávají zkvalitnění prenatální léčby, čímž by se významně snižovala rizika pro plod.
- **Umožnit azylový pobyt neabstijním klientkám:** Potřeba azylu pro cílovou skupinu se ukazuje jako nejpálčivější. A to i z pohledu Denního stacionáře, který s neabstijními matkami také pracuje. V současnosti žádné azylové zařízení pro matky s dětmi v ČR není ochotno přijmout neabstijní ženu. Experti nízkoprahových programů se domnívají, že možnost krátkodobého azylové pobytu pro těhotné ženy a matky s dětmi by možností práce s touto klientelou zásadně zefektivnila. Všeobecně by přinesla prostor pro stabilizaci klientky - „*nabrání sil*“. Pro mnohé z těhotných žen, které jsou bez domova a žijí „na ulici“, by byl takový pobyt startovní příležitostí. Matkám s dětmi, které žijí s uživatelem drog, by umožnil se z takovéto rodiny separovat a získat výchozí prostor pro řešení jejich situace. Experti se shodli na počtu zhruba 5 míst a principu fungování „*něco za něco*“ - podmínkou přijetí klientek by byla jejich ochota aktivně řešit svou situaci. Azyl by nabízel krátkodobé bydlení v rozmezí 6 - 10 týdnů a krizové služby. Ostatní služby (sociálně - právní poradenství, individuální práci a poradenství, motivační práci, návaznost na zdravotní a gynekologickou péči, včetně prenatální) by zajišťovalo zázemí Denního stacionáře.

Specificky pro Kontaktní centrum:

- Vyčlenit a vyškolit **specializovaného experta**, který by byl pro cílovou skupinu neabstinujících těhotných žen a matek kontaktní osobu, individuálně by s nimi pracoval a koordinoval by spolupráci s ostatními zařízeními.
- Poskytovat **otevřené ambulantní skupinové setkávání pro ženy**, v pravidelném čase a místě.

Denní stacionář

Již v současné době je Denní stacionář (DST) uzlovým zařízením, kde se setkávají neabstinující i abstinující klientky, kterým jsou poskytovány komplexní adiktologické, terapeutické i sociálně-právní služby. V současné době jsou však poskytovány na horní hranici možností tohoto zařízení, limitem je nedostatek prostor a tím i omezená kapacita programu. Cílem by mohlo být:

- **Zřízení větších adekvátních prostor** jako zásadní podmínka dalšího rozvoje služeb poskytovaných cílové skupině. Tato realizační platforma by umožnila rozšíření specializovaného programu a přijetí dalších expertů.

Takto vzniklé centrum by:

- obsahovalo **speciální prostory** pro potřeby cílové skupiny, uzpůsobené pro pobyt kojenců, batolat i větších dětí - dětskou hernu a konzultační místnosti s dětským koutkem
- **zastřešovalo práci s neabstinujícími klientkami** a bylo by pracovním zázemím azylového zařízení (viz. výše)
- stalo **platformou léčebných služeb**, jako poskytovatel individuální práce a terapie, motivační práce, krátkodobé intenzivní ambulantní léčby a rodinné terapie; správce pořadníku pro rezidenční dlouhodobou léčbu, realizátor diferenciální diagnostiky, přednástupní péče a koordinátor přednástupní péče celorepublikových kontaktních center pro mimopražské klientky

- realizovalo **otevřené ambulantní skupiny** pro neabstinující /abstinující matky v intervalu 1krát za 14 dní
- umožňovalo **pobyt dětí** v době čerpání ambulantních služeb jejich matkami, např. formou hlídání dětí dobrovolníkem. Ideálem je pak realizace specifických odborných programů, zaměřených na rozvoj dětí matek užívajících drogy, např. 1krát týdně v dopoledních hodinách. Tato služba by byla otevřená pro děti všech klientek, včetně klientek nízkoprahových zařízení.
- realizovalo **specifický program na rozvoj rodičovských kompetencí**, i za využití externích programů a služeb běžných zařízení
 - v oblasti specifické emoční vazby: těhotenská příprava
 - plavání matek s dětmi již od kojeneckého věku
 - masáže kojenců
 - nošení dětí v šátku
 - videotrénink interakcí
 - v oblasti praktických kompetencí: asistenční služby
 - podpora v domácnosti „home visitors“
 - edukačně - vzdělávací program
- nabízelo **3 azylová místa pro abstinující matky** s dětmi a těhotné ženy, jejichž zřízení by mimo jiné umožňovalo maximálně se zaměřit předejití separace matky s dítětem
- spravovalo **mateřský fond** pro finanční podporou klientek, aby mohly externí nabídky využívat a tak se i se svými dětmi reintegrovat do běžného života
- nabízelo **odbornou knihovnu** paraprofesionálům i klientkám
- intenzivně **spolupracovalo se souvisejícími institucemi i odbornou i laickou veřejností**
- mohlo zrealizovat český dlouhodobý **výzkum** vlivu užívání drog matkou na děti

□ Terapeutická komunita Karlov

Specifikem komunity je společný pobyt dvou cílových skupin (5.2.3). Dle všeobecného názoru pracovníků, tato možnost léčbu matek terapeuticky i lidsky obohacuje, představa čistě mateřské komunity se z těchto důvodů nesetkává s úspěchem. Matky se proto z větší části účastní společného terapeutického i pracovního programu, a k tomu musejí zvládat péči o děti.

- **Potřeba více prostoru pro péči matky o děti** se objevila ve výpovědích všech informantů z komunity a je vnímána jako palčivý problém. Všichni se shodují, že pro klientky je velmi náročné skloubit veškeré aktivity. Z větší části se matky věnují dětem ve chvílích osobního volna ostatních klientů, a pokud chtějí mezi terapeutickými programy vyzískat nějaký čas i pro sebe, bývá to na úkor dětí. Často se ocitají v časovém tlaku. Pracovníci by tedy uvítali rozvolněnější terapeutický režim, „méně skupin a více času pro děti“, který by matky mohly trávit v úplném klidu, bez časového stresu „jen tak si děti užívat“. 1 expertka navrhovala prodloužení celkového pobytu, aby matky nebyly terapeuticky ochuzeny. Vzniklý prostor by poskytoval možnost cíleného rozvíjení rodičovských kompetencí matek v rámci jejich přímé interakce s dětmi.
- S tím by souvisela i otázka **navýšení počtu vychovatelského personálu**, v současnosti je vždy přítomna 1 vychovatelka, během poledne se krátce překrývají. Bylo by tak opět možné více individuálně pracovat na rozvoji rodičovských kompetencí matek, a to přítomností vychovatelky v jednotlivých situacích péče matky o dítě. Možná by se tak vyřešila otázka realizace i některých z dalších bodů, které teď nejsou průchodné kvůli obtížím s hlídáním dětí.
- V takto vzniklém prostoru by bylo možné zaměřit se systematicky na **posilování vztahu** matek s dětmi, např. formou:
 - VTI, který je nyní využíván pouze omezeně a vždy jen u jedné klientky
 - pravidelným plaváním matek s dětmi, již od útlého věku
 - zaměřením se na sféru dotyků a mazlení, např. formou masáží kojenců a dětí
 - těhotenskou a předporodní přípravou

- S tempem a režimem komunity souvisí také absence možnosti společných **zážitkových výjezdů matek s dětmi**. Za tímto účelem (kola, hory, stany, lyže) komunitu opouštějí jen klienti bez dětí, matky zůstávají s dětmi „doma“. Experti se shodují, že rodičovské kompetence matek by rozvíjelo i prožití společných, ozvláštňujících zážitků s dítětem, mimo běžnou mateřskou rutinu. Z tohoto důvodu se nyní uvažuje o „mateřském stanování“ v blízkosti komunity.
- K tomu navazuje i možnost **samostatného trávení času matek** bez dětí, - „*aby měly čas jen samy pro sebe*“, tak, aby se matky naučily relaxovat a dočerpávat energii. V omezené míře se pracovníci komunity snaží v tomto vyjít matkám vstříc i nyní, problematická je samozřejmě otázka hlídání většího počtu dětí.
- Pro budoucnost jako zásadní se objevuje otázka **zaměstnávání matek**. Zatímco jsou ostatní klienti v poslední fázi léčby řádně zaměstnáni, matky jsou vázány péčí o děti. Komunita se snaží umožnit matkám alespoň minimální, 10denní získání pracovní zkušenosti. Podle názoru expertů by bylo třeba, aby matky strávily skutečným zaměstnáním více času, získaly pracovní návyky a také „*měly možnost setkat se s normálními lidmi*“.
- Všichni informanti postrádají větší **hernu** pro děti, která by umožňovala jejich „vyřádění“ i v zimních měsících, vybavenou „*a lá školka*“ hopsadly, kuličkovým bazénem, provazy a závěsy, jež by podporovaly vybití energie obecně neklidnějších a i hyperaktivních dětí. V současnosti je z důvodu prostorového omezení herna vybavena spíše na tiché detailní činnosti, jako je stavění, malování atd.
- Objevila se i otázka hlubšího terapeutického **propracování vztahu matky s otcem dítěte**, místo jeho nedoporučování.
- Zavedení **tématicko - edukačních mateřských skupin**
- Společnou potřebou komunity a doléčování je **mezičlánek mezi léčbou a doléčováním**, v podobě možnosti zcela samostatného života matky s dítětem, ale ještě v blízkosti komunity, za jejího dohledu a podpory, jako poslední fáze léčby. Za vhodný k tomuto plánu informanti z obou zařízení považují objekt „**hájenky**“, který

se nalézají naproti areálu komunity. Pro matky je přechod z chráněného prostředí komunity tvrdou konfrontací. Informanti si představují, že by po dobu několika týdnů, strávených „na hájence“, klientka již nebyla součástí terapeutického programu ani by nebyla účastna společného stravování a veškerá péče o chod domácnosti i dítě by byla jen v jejích rukou. Musela by si tak ohlídat veškeré potřebné věci a také si sama vyplnit čas. Současně by byla ve svém počínání monitorována a v případě potřeby by jí byla k dispozici podpora vychovatelky.

□ Doléčovací centrum

V rámci doléčovacího programu by, kromě výše uvedeného projektu „hájenka“, jako možné cesty optimalizace služeb pro matky a jejich děti bylo možné se zaměřit na intenzivnější podporu rodičovských kompetencí matek formou:

- Individuální práce s matkami pomocí **specializované vychovatelky** jako členky týmu, přestože je zřejmé, že intenzita její práce i míra její přítomnosti by měla odpovídat smyslu doléčování a být tedy spíše podpůrná, než intervenční, třeba v omezených časových úsecích dne. Nicméně, v aktuálním složení týmu osoba, která by se zaměřovala přímo na rodičovské kompetence matek, není.
- Cílené sociální reintegrace matek a **podporou jejich začleňování** mezi běžnou populaci, formou možností návštěv např. - mateřských center
 - plavání s dětmi
 - mateřských výjezdů, ideálně „k moři“
- Aktivity v předchozím bodě by také umožnily **vytváření pozitivních zážitků** z interakce matek s jejich dětmi
- Ideální představou by byla možnost zajištění dlouhodobě termínovaného **post - bydlení** formou azylů nebo sociálních bytů pro klientky, které opouštějí chráněné bydlení v Doléčovacím centru.

6.5 Zhodnocení výzkumu

Cílem výzkumu byla analýza možností posilování rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy, v rámci systému péče o.s. Sananim.

Problémové pole bylo vytyčeno třemi dílčími cíli - cílem charakterizovat rodičovské kompetence matek, užívajících nealkoholové drogy, které jsou klientkami o.s. Sananim.; cílem zjistit, jaká péče je v rámci systému o.s. Sananim matkám, užívajícím nealkoholové drogy, aktuálně poskytována a cílem zjistit, jaká je možnost zefektivnění služeb, poskytovaných v rámci systému péče o.s. Sananim matkám, užívajícím nealkoholové drogy, se zřetelem na oblast posilování rodičovských kompetencí.

Domnívám se, že všechny výše uvedené dílčí cíle, a tedy i cíl výzkumu, byly splněny.

Vedlejším, nezamýšleným produktem výzkumu bylo zjištění stavu dětí, které přicházejí spolu s matkami do rezidenční léčby. Podle pracovníků jsou děti, přicházející z ústavních zařízení, v okamžiku nástupu do léčby převážně opožděné v motorice i řeči, zvláště zjevné je to u kojenců a batolat. Tyto rozdíly se však dětem daří během pobytu v komunitě vyrovnat. Obecně jsou děti klientek vnímány jako více neklidnější, dráždivější a trpící vyšší nemocností.

Na základě analyzovaných dat je nyní možné ověřit hypotézy, jež byly stanoveny na počátku výzkumu.

Hypotéza H1: Užívání nealkoholových drog matkou není jednoznačnou determinantou nedostatečné péče matky o děti, ale pouze indikátorem jejího rizika.

.....byla potvrzena analýzou otázek 1/1 a 1/2

Hypotéza H2: Úroveň péče, kterou matky dítěti poskytuje, se významně odvíjí od konkrétního životního stylu matky, který je k jejímu abúzu drog přidružen.

.....byla potvrzena analýzou otázek 1/1 a 1/2

Hypotéza H3: Separace dítěte od matky je pro rozvoj rodičovských kompetencí matky mimořádně nepříznivým jevem.

.....byla potvrzena analýzou otázek 1/1 a 1/2

Hypotéza H4: Nedostačující úroveň rodičovských kompetencí v oblasti vazby je hůře kompenzovatelná než nedostatečnost kompetencí v oblasti praktické.

.....byla potvrzena analýzou otázek 1/1 a 1/2

Hypotéza H5: V rámci spektra specifických služeb, které jsou v rámci systému péče o.s. Sananim poskytovány matkám, užívajícím nealkoholové drogy, je téma posilování rodičovských kompetencí upozaděno.

.....byla potvrzena analýzou otázky 2/1

ZÁVĚR

Ve své práci jsem dostala zvolenému tématu a zabývala jsem se možnostmi posilování rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy. Práci jsem zaměřila na podmínky systému služeb o.s. Sananim.

Teoretická část práce ozřejmila význam specifické emoční vazby matky s dítětem jako zásadní pro rané dětství a naznačila i možnosti jejího dlouhodobého vlivu na lidský život. V celé šíři se projevila extrémní křehkost situace nenarozeného i narozeného dítěte matky, užívající nealkoholové drogy, když byla definována řada negativních fenoménů, pro něž je abúzus matky rizikovým faktorem - mimo jiné prenatální, perinatální i postnatální zdravotní komplikace, porušená primární vazba, interakční asynchronita, nedostatky v praktické péči, separace dítěte od matky, citová subdeprivace či deprivace, zanedbávání, týraní nebo zneužívání, rozpad rodiny, nestálost a nevhodnost výchovného prostředí, nízký socioekonomický status rodiny, rozvoj závislosti v dospělosti. Byla definována řada již sledovaných a popsanych důsledků abúzu matky pro plod i dítě a bylo tak potvrzeno, že řada rizik nabývá reálných rozměrů. Ukázalo se, že situace matky, užívající drogy, a jejího dítěte v sobě slučuje řadu nepříznivých faktorů, které se na sebe často vzájemně nabalují.

Současně byl již v teoretické části, na podkladu zahraničních studií, definován vliv prostředí, jež se k užívání drog matkou přidružuje, jako pro vývoj dítěte klíčový faktor číslo jedna. Toto zjištění v sobě obnáší naději, že léčba, směřující k abstinenci matky a od ní odvozená změna životního stylu, spolu se systematickou podporou rodičovských kompetencí, může situaci dítěte zásadně změnit a učinit jeho vyhlídky perspektivnějšími.

Dále byla popsána situace matky, užívající drogy, jako klienta, především s důrazem na možné bariéry čerpání služeb - stigmatizaci, potřebu souběžné péče o dítě, strach z odebrání dítěte a partnerský vztah. Na základě studia literatury se podařilo shrnout doporučované principy, podle nichž by měly být služby pro matky poskytovány.

Empirická část práce byla realizována ve třech dílčích oblastech. V otázce charakteristiky rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy, výzkum ukázal, že poznatky o kompetencích matek, které jsou klientkami o.s. Sananim, jsou v souladu s těmi, o nichž referuje zahraniční literatura a studie.

Metodologickou komplikací při realizaci tohoto dílčího výzkumného cíle byla vysoká citlivost zkoumaných jevů, která neumožnila získat požadované informace pozorováním neabstinujících klientek při jejich interakcích s dětmi v rámci přirozeného prostředí rodin. Z tohoto důvodu muselo být těžiště výzkumu přeneseno na techniku rozhovoru s návodem.

Bylo zjištěno, že pro velkou variabilitu není možné generalizovat a tedy definovat podobu rodičovství matek užívajících drogy, nicméně lze nalézt některé shodné rysy. Zajímavým zjištěním je, že až na přímé důsledky intoxikace matky a vliv prostředí, v němž se matka s dítětem pohybuje, nebylo třeba zohlednit aktuální povahu abúzu matek. Pojmenovávané rysy jejich rodičovství u abstinujících i neabstinujících klientek se totiž od sebe výrazně nelišily. Lze to interpretovat jako určující vliv orientační rodiny a osobnostních charakteristik matky, které se do podoby její péče o dítě promítají. Druhou variantou je pak přetrvávání některých rysů, souvisejících s abúzem drog, i v období rané abstinence - je třeba zdůraznit, že výzkum nezahrnoval dlouhodobě abstinující klientky.

Jako klíčový rys se ukázala absence vnitřního mateřského /rodičovského modelu, pravděpodobně jako důsledku porušené vazby mezi klientkou a její matkou nebo závažné rodinné nestability.

Byly pojmenovány obtíže, komplikující vytváření vztahu matek k jejich dětem - nechtěnost a opomíjenost dítěte v těhotenství, osobnostní charakteristika matky s důrazem na její nezralost, prvky ambivalence a povinnosti, které spolu s dítětem do matčina dosavadního života přichází. Z vnějších faktorů to, kromě abúzu drog, jsou zejména separace matky a dítěte, a to zvláště, následuje - li přímo po narození, dále prostředí a nepříznivá rodinná anamnéza matky. Bylo poukázáno na mýtus vrozené mateřské lásky v protikladu k povaze specifické emoční vazby, která se v rámci vztahu matky a dítěte vyvíjí, a jejíž vytváření je u klientek zkomplikováno jejich vlastní nepříznivou rodinnou anamnézou. Z těchto důvodů je separace matky od dítěte, zvláště v období ihned po porodu, pro rozvoj rodičovských kompetencí matky, a také pro její motivaci k zahájení změny životního stylu, mimořádně nepříznivým jevem.

Jako charakteristické byly vnímány nejistota a určitá nestabilita klientek v mateřské roli, a to u neabstinujících i abstinujících matek - jde především o chybějící rodičovský odstup a výkyvy ve vnímání dítěte, dále potřeba saturace dítětem a okamžité

pozitivní zpětné vazby od něj, kdy v opačném případě klientky snadno rodičovsky dekompenzují.

Výchovný styl byl popisován jako spíše nekonzistentní, s oslabenou schopností matek klást dětem hranice, což implikuje jejich nejasnost v mateřské roli. V interakci byly matky charakterizovány jako spíše pasivní, s vysokými nároky na samostatnost dětí, zmiňována byla nižší citlivost matek k signálům dítěte a rezervy v oblasti herních aktivit.

Samotný abúzus drog se prokázal být negativním faktorem, přinášejícím ve svých extrémních podobách do vztahu matky a dítěte nepředvídatelnost, nečitelnost a nestabilitu. Vyšlo však najevo, že sám o sobě nemusí automaticky znamenat nedostatky v péči matky, nicméně je indikátorem jejich rizika. Určující je kombinace s dalšími ovlivňujícími faktory, a to především s vlivem aktuálního prostředí rodiny a s podobou životního stylu matky, který je k užívání drog přidružen.

Prostředí a životní styl se tak zdají být zásadnějšími faktory, ovlivňujícími úroveň rodičovských kompetencí matky, než samotný abúzus drog, který hraje spíše roli rizikového prvku. Jako významné proměnné, rozhodující o výsledné podobě prostředí, které matka, užívající drogy, své rodině vytváří, byly definovány osobnostní výbava, rodinná anamnéza a aktuální partnerská situace matky.

Ukázalo se, že praktické kompetence úzce souvisejí s povahou abúzu klientek, proto je u neabstinujících matek s komplikovaným životním prostředím a nízkým socioekonomickým statusem rodiny riziko nedostatků v praktické péči o děti vyšší. Abstinující matky v léčebných programech, obzvláště v rezidenčních, vykazují vysokou míru pozitivního ovlivnění úrovně praktických kompetencí. Z této sféry byla zvláště vyzdvížena počáteční problematika dodržování režimu dne a správných návyků.

Jasným závěrem výzkumu je zjištění o nižší kompenzovatelnosti nedostatečné úrovně kompetencí v oblasti specifické emoční vazby, která vykazuje vyšší rezistenci ve srovnání s oblastí praktických kompetencí. Praktické kompetence se s zahájenou abstinencí matky a podporou léčebných programů, především rezidenčního typu, pozitivně rozvíjí. Ukazuje se však, že dlouhodobě rozhodujícím faktorem jsou právě kompetence v oblasti specifické emoční vazby, jak vychází najevo zvláště

v nechráněných podmínkách běžného života, kde leží veškerá odpovědnost za péči a výchovu dítěte pouze na matce.

Jako výstup druhé dílčí výzkumné oblasti byl potvrzen předpoklad, že péče, poskytovaná v rámci systému o.s. Sananim matkám, užívajícím nealkoholové drogy, je logicky zaměřena především na problematiku užívání drog. Mohu shrnout, že je důležitou specializovanou součástí každého z programů, s výjimkou Kontaktního centra jsou vyčleněni specifickí pracovníci, kteří se matkám věnují. Všechny programy se snaží reagovat na potřeby této klientely.

Vyšlo najevo, že oblast posilování rodičovských kompetencí klientek je upozaděna, případně je akcentována spíše praktická kategorie kompetencí. A to přestože, jak se ukázalo, jsou si pracovníci dobře vědomi handicapu klientek v oblasti vazby i rizik, z něj plynoucích. Vnímají také rezervy možného posilování rodičovství svých klientek.

Limity stávající podoby služeb leží, zdá se, jako obvykle v oblasti personální a prostorové, jejichž společným jmenovatelem je limit finanční. Nejvíce je toto znát v Terénních programech a Denním stacionáři, které jsou kapacitně, personálně i prostorově zcela vytíženy a pohybují se na horní hranici svých aktuálních možností.

Otázka možného zefektivnění služeb systému péče o.s. Sananim, se zřetelem na oblast posilování rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy, se pohybovala jednak v rovině reálných rezerv a zlepšení a také v rovině ideálních variant péče.

V rámci nízkoprahových programů se projevila rezerva v informování drogové subkultury o mateřské problematice a také v propojenosti těchto zařízení s navazujícím zařízením vyššího práhu, Denním stacionářem. Oba tyto výstupy již dostávají konkrétní odezvu. Vyšlo také najevo, že v Kontaktním centru by bylo vhodné ustanovit a vyškolit specializovaného pracovníka pro tuto klientelu, který by současně koordinoval spolupráci s ostatními zařízeními.

Ideálem nízkoprahových služeb je zařízení pojízdné gynekologické ambulance, která by, mimo jiné, umožňovala včasné zachycení těhotenství a zpřístupňovala alespoň základní prenatální péči.

Ambulantní služby Denního stacionáře pro matky s dětmi jsou limitovány zejména prostorově, v této chvíli především neumožňují pravidelný pobyt dětí a s ním související možnost zaměření se na konkrétní práci s rodičovskými kompetencemi matek. Na této úrovni se rýsuje potenciál zřízení uzlového centra, jež by v sobě integrovalo poradenskou, léčebnou, koordinační, osvětovou i výzkumnou činnost. Byl by tak umožněn rozvoj práce, zaměřené na posilování rodičovských kompetencí klientek, jež v současné podobě probíhá pouze na terapeutické úrovni. Výhodou ambulantní povahy zařízení by bylo také eventuální propojení s externími poskytovateli mateřských služeb a tudíž podpora reintegrace klientek do běžného života a vytváření zdravé neformální sociální sítě.

V rezidenčním programu Terapeutické komunity Karlov, kde je posilování rodičovských kompetencí matek věnováno jednoznačně nejvíce prostoru, dochází ke konfliktu nároků terapeutického programu s potřebou dostatečného klidu a času pro péči matek o děti. Otázkou je také rozšíření týmu o další vychovatelku, což by umožnilo další individuální podporu klientek a trénink jejich rodičovských dovedností. Jako potřebné je vnímáno také širší tréninkové zaměstnávání matek v běžných pracovních podmínkách mimo komunitu.

V Doléčovacím centru se jeví zásadním střet matek s realitou běžného života a proto zůstává otázkou, zda by nebylo vhodné také rozšířit tým o pracovníka, vyhraněného jen na podporu péče matek o děti, který v současnosti v týmu není. Přestože je samozřejmé, že smyslem doléčování je maximální osamostatňování klientů, domnívám se, že by bylo možné těmto premisám práci vychovatelky uzpůsobit.

Napříč všemi léčebnými programy, které pracují s abstinujícími klientkami, se objevila rezerva práce zaměřené specificky na neterapeutické posilování vztahu matky k dítěti, např. formou videotréninku interakcí, podporou pozitivních zážitků formou společných výjezdů matek s dětmi, plaváním, podporou fyzické interakce matek s dětmi, účastí na kurzech běžných mateřských center atd.

V rovině ideální vyšla jako nejzásadnější potřeba několika „domů“ - celkem by byly uvítány 4 možnosti azylového nebo tréninkového ubytování pro klientky. V rámci nízkoprahových programů se jedná o azyl pro neabstinující matky, na ambulantní úrovni azyl pro abstinující matky s dětmi, v závěru rezidenční léčby přechodové

osamostatňovací bydlení a pro doléčování ještě možnost termínovaného samostatného post - bydlení. Jako nejpálčivější a s největším negativním dopadem, je vnímána potřeba přechodové fáze pobytu mezi komunitou a doléčováním, která by matky postupně připravila na změnu nároků na samostatný život a výrazně by tak pozitivně ovlivnila jejich perspektivu.

Podle mého názoru byl cíl empirické části práce, jímž byla analýza možností posilování rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy, v rámci systému péče o.s. Sananim, splněn.

Na tomto místě je však také nutno upozornit, že výstupy ze zkoumané oblasti rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy, nemohou být kvůli použité technice výzkumu i omezeného vzorku informantů, považovány za obecně platné.

Domnívám se, že dlouhodobý výzkum vývoje dětí užívajících matek, na jehož základě by byly definovány jejich specifické potřeby, v českých podmínkách schází. Dalším možným výzkumným tématem je otázka efektivity jednotlivých uplatňovaných postupů, jimiž mohou být rodičovské kompetence posilovány (terapeutické vs. tréninkové, zaměřené na vazbové aspekty či s důrazem na praktickou oblast atd.).

Závěrem mohu konstatovat, že posilování rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy, je v rámci systému o.s. Sananim již částečně úspěšně realizováno. Příslibem pro další rozvoj je entuziasmus pracovníků, kteří byli informanty mého výzkumu, a také hloubka jejich porozumění problému. S jejich pomocí, a také za významného přispění klientek, byla předestřena řada možností, jak v jednotlivých programech rodičovské kompetence matek dále posilovat.

Domnívám se, že vyšlo jednoznačně najevo, že součástí komplexního řešení situace matky, užívající drogy, je jednak problematika abúzu a současně otázka jejího rodičovství, které, chceme - li být dlouhodobě úspěšní, by měly být řešeny souběžně a v rámci jednoho poskytovatele služeb.

Seznam použité literatury

- AINSWORTH SALTER, M.D.:** Attachments and other affectional bounds across the life cycle. In Parkes, C.M. et al: Attachment Across the Life Cycle. Routledge, London and New York, 1991
- BRADY, J.P. et al:** Risk and Reality: The Implications of Prenatal Exposure to Alcohol and Other Drugs. The Education Developmental Centre, I.n.c. with U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Education, 1994
- BÉM, P.:** Úvod – složky systému péče. In Kalina, K. a kol: Drogy a drogové závislosti II. Úřad vlády ČR, Praha, 2003
- BRETHERTON, I.:** The roots and growing points of attachment theory. In Parkes, C.M. et al: Attachment Across the Life Cycle. Routledge, London and New York, 1991
- ČÁP, J.:** Psychologie výchovy a vyučování. Univerzita Karlova, Praha, 1993
- DAY, E., GEORGE, S.:** Management of Drug Misuse in Pregnancy. In Advances in Psychiatric Treatment, 11/2005
- DISMAN, M.:** Jak se vyrábí sociologická znalost. Karolinum, Praha, 2000
- DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z., SCHÜLLER, V.:** Děti narozené z nechtěného těhotenství. In Časopis lékařů českých, 127/1988
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction):** Annual report on drugs in the EU. Office for Official Publications of the European Union, Luxembourg, 2000
/www.mcdda.eu.int/
- ERIKSON, E.H.:** Dětství a společnost. Argo, Praha, 2002
- FROUZOVÁ, M.:** Ženy a drogy. In Alkoholismus a drogové závislosti, 5 /1996
- GERADA, C.:** Pregnancy and Drug Abuse – Complications and Management Issues. In Europa Addict Research 1/1995, London
- GROSSMANN, K.E.:** Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspectives. In Parkes, C.M. et al: Attachment Across the Life Cycle. Routledge, London and New York, 1991
- HADJ – MOUSSOVÁ, Z.:** Rodina jako jeden ze zdrojů postižení či odchylky. In Vágnerová, M., Hadj – Moussová, Z., Štech, S.: Psychologie handicapu. Karolinum, Praha, 2000
- HAJNÝ, M.:** Drogová závislost a krize. In Vodáčková, D. a kol.: Krizová intervence. Portál, Praha, 2002
- HAJNÝ, M.:** Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina, K. a kol: Drogy a drogové závislosti I. Úřad vlády ČR, Praha, 2003
- HAJNÝ, M.:** Rodinné aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina, K. a kol: Drogy a drogové závislosti I. Úřad vlády ČR, Praha, 2003
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H.:** Psychologický slovník, Portál, Praha, 2000
- HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol.:** Závislost známá, neznámá. Avicenum, Praha, 1996
- HENDERSON, S.:** Drug Information for Women. Institute for the Study of Drug Dependence, London, 1995

- HENDL, J.:** Úvod do kvalitativního výzkumu. Karolinum, Praha, 1999
- CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L.:** Rodinná terapie psychosomatických poruch. Portál, Praha, 2004
- JAMES, P.J.:** Breastfeeding and toxicology. In Background Papers to the National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. NSW Department of Health, Sydney, 2006 /www.health.nsw.gov.au/
- KALINA, K.:** Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. A.N.O. a o.s. Sananim, Praha, 2000
- KALINA, K. a kol.:** Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova, Praha, 2001
- KALINA, K.:** Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In Kalina, K. a kol: Drogy a drogové závislosti I. Úřad vlády ČR, Praha, 2003
- KOLAR, A.F. et al.:** Children of substance abusers. The life experiences of children of opiate addicts in methadon maintenance. In American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 20 /1996
- KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J.:** Vzpouora deprivantů. Makropulos, Praha, 1996
- KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J.:** Zlo na každý den. Galén, Praha, 2001
- KUDRLE, S.:** Úvod do bio – psycho – socio – spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. a kol: Drogy a drogové závislosti I. Úřad vlády ČR, Praha, 2003
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z.:** Počátky našeho duševního života. Praha, Panorama, 1986
- LANGMEIER, J., LANGMEIER, M., KREJČÍŘOVÁ, D.:** Vývojová psychologie. H&H, Praha, 1998
- LIBRA, J.:** Nízkoprahová kontaktní centra. In Kalina, K. a kol: Drogy a drogové závislosti II. Úřad vlády ČR, Praha, 2003
- LOVE, V., TSANTEFSKI, M.:** Psychosocial issues for substance – dependent pregnant women and parents of neonates. In Background Papers to the National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. NSW Department of Health, Sydney, 2006 /www.health.nsw.gov.au/
- LUCKÁ, Y., KOBRLE, L.:** Problematika týraných a zneužívaných lidí. In Vodáčková, D. a kol.: Krizová intervence. Portál, Praha, 2002
- MAHLEROVÁ, M.S., PINE, F., BERGMANOVÁ, A.:** Psychologický zrod dítěte. Triton, Praha, 2006
- MAIN, M.:** Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment. In Parkes, C.M. et al: Attachment Across the Life Cycle. Routledge, London and New York, 1991
- MATĚJČEK, Z.:** Děti v ohrožení. In Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z. a kol: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Grada, Praha, 1995
- MATĚJČEK, Z.:** Co, kdy a jak ve výchově dětí. Portál, Praha, 1996
- MATOUŠEK, O.:** Rodina jako instituce a vztahová síť. Sociologické nakladatelství, Praha, 1997
- MATOUŠEK, O.:** Ústavní péče. Sociologické nakladatelství, Praha, 1999
- MATOUŠEK, O.:** Slovník sociální práce. Portál, Praha, 2003

- MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A.:** Mládež a delikvence. Portál, Praha, 2003
- MEIER, C.:** Women – Dependencies – Perspectives. In Women and Drugs – Focus on Prevention. Council of Europe Publishing, Strasbourg, 1997
- MEJER – ZAHOROWSKI, O.:** Consideration of the special needs of children of drug misusers. In Preparatory Meeting for Symposium on Community Approaches to Treatment and Rehabilitation of Drug Misusers. Pompidou Group, Council of Europe, Strasbourg, 1996
- MINAŘÍK, J., HOBSTOVÁ, J.:** Somatické komplikace a komorbidita 1, 2. In Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti I. Úřad vlády ČR, Praha, 2003
- MOŽNÝ, I.:** Sociologie rodiny. Sociologické nakladatelství, Praha, 1999
- NAKONEČNÝ, M.:** Psychologie osobnosti. Academia, Praha, 1997
- NEŠPOR, K.:** Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000
- NIDA (National Institute on Drug Abuse) – Infobox:** Treatment Methods for Women. NIDA, Bethesda, USA, 1999 /www.nida.nih.gov/
- ORNOY, A. et al.:** The Developmental Outcome of Children Born to Heroin Dependent Mothers, Raised at Home or Adopted. In Child Abuse and Neglect, 20/ 1996
- ORNOY, A. et al.:** Developmental Outcome of School – Age Children Born to Mothers with Heroin Dependency: Importance of Environmental Factors. In Developmental Medicine & Child Neurology, 43/2001
- PILAŘOVÁ, M., KAVALE, M.:** Možnosti práce s rodiči malých dětí z psychodynamického hlediska. In Pilařová, M., Pöthe, P.: Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence. Futurum, Praha, 2001
- PÖTHE, P.:** Dítě v ohrožení. G plus G, Praha, 1996
- PÖTHE, P.:** Teorie vazby a prevence týrání a zanedbávání dítěte. In Pilařová, M., Pöthe, P.: Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence. Futurum, Praha, 2001
- PRESLOVÁ, I.:** Závislé matky s dětmi. In Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti II. Úřad vlády ČR, Praha, 2003
- RENZETTI, C. M., CURRAN, D.J.:** Ženy, muži a společnost. Karolinum, Praha, 2003
- RHODES, T.:** Terénní práce s uživateli drog. Nakladatelství Albert, Brno, 1999
- ŘÍČAN, P.:** Cesta životem. Panorama, Praha, 1990
- SALOMON, E.:** Kdo je zákazníkem sociálních služeb? In Sociální politika, MPSV, Praha: 2/2001
- SEIP, E.:** Proposed Questionnaire to Ascertain the Approach to the Management of Pregnant Drug Misusers. In Preparatory Meeting for Symposium on Community Approaches to Treatment and Rehabilitation of Drug Misusers. Pompidou Group, Council of Europe, Strasbourg, 1996
- SURYNEK, A. a kol.:** Základy sociologického výzkumu. Management Press, Praha, 2001
- ŠIKLOVÁ, J.:** Nestátní organizace a jejich postavení ve sociální správě. In Tomeš, I. a kol.: Sociální správa. Portál, Praha, 2002
- ŠULOVÁ, L.:** Raný psychický vývoj dítěte. Karolinum, Praha, 2005

TRÁVNÍČKOVÁ, I.: Specifické aspekty zneužívání drog u žen. Institut pro kriminologii a sociální prevenci, Praha, 2001

VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha, 1999

VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T.: Návykové látky v těhotenství. Triton, Praha, 2006

VIMPANY, G.: Early childhood years. In Background Papers to the National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. NSW Department of Health, Sydney, 2006 /www.health.nsw.gov.au/

VOBOŘIL, J.: Gender – ženy jako specifická skupina. In Kalina, K. a kol: Drogy a drogové závislosti II. Úřad vlády ČR, Praha, 2003

VÝROČNÍ ZPRÁVA O.S. SANANIM 2005 /www.sananim.cz/

VÝROČNÍ ZPRÁVA O.S. SANANIM 2006

VÝROČNÍ ZPRÁVA 2006 Centrálního pracoviště drogové epidemiologie, Hygienická stanice hl. m. Prahy

ZÁKON O RODINĚ č. 94/1963 Sb., v platném znění

ZÁKON O SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANĚ DĚTÍ č. 359/1999 Sb., v platném znění

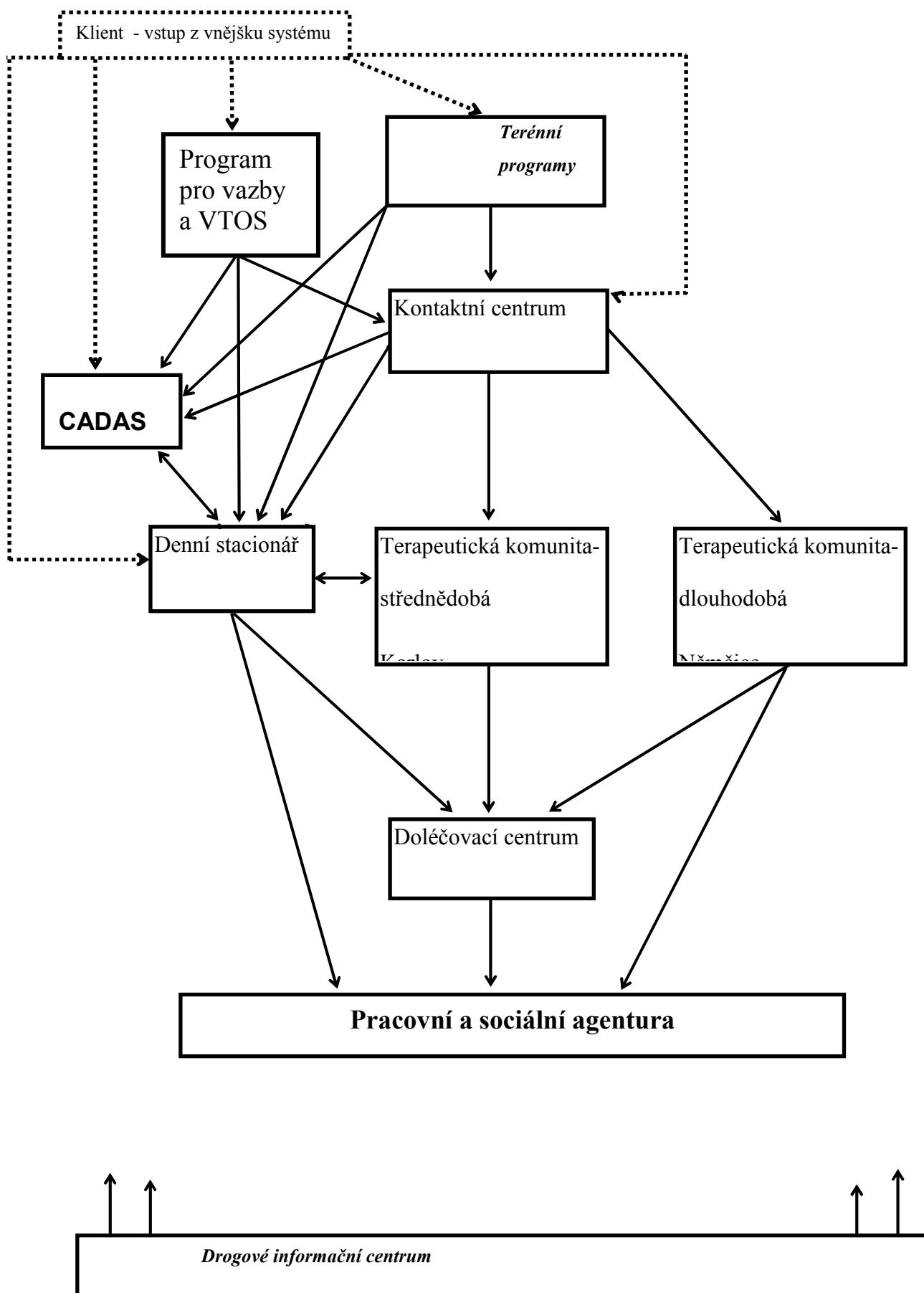
TRESTNÍ ZÁKON č. 140/1961 Sb., v platném znění

OBČANSKÝ SOUDNÍ ŘÁD zák. č. 99/1963 Sb., v platném znění

PŘÍLOHA č. 1

System péče o klienta o.s. SANANIM

(bez Poradny pro rodiče)



PŘÍLOHA č. 2
Vybrané statistické údaje

Tab. č. 1 – Klienti o.s. Sananim 2005, 2006

O.s. Sananim	2005	2006
Celkem klientů	5 064	4 702
Z toho žen	1587 = 31%	1535 = 32%
Matky		
Denní stacionář*	98	96
TK Karlov*	15	22
Doléčovací centrum*	21	20

* klientky se mohou opakovat v jednotlivých letech i v jednotlivých zařízeních

Zdroj o.s. Sananim

Tab. č. 2 – Odhady prevalence problémových uživatelů drog

	2005	2006
Celkem ČR	34 000	34 400
Z toho žen	10 700	11 100

Zdroj: Centrální pracoviště drogové epidemiologie, Hygienická stanice hl. m. Prahy, Výroční zpráva 2006

PŘÍLOHA č. 3

Tab. č. 3 Přehled informantů a pozorovaných objektů

	Informanti a pozorované objekty
<p>Cílová populace I.: matky</p> <p><i>Skupina „klienti“</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. žena, 28 let, abúzus aktivní 10 let, těhotná 3 měs., TP 2. žena, 23 let, abúzus aktivní 6 let, těhotná 6. měs., KC 3. žena, 27 let, abúzus aktivní 7 let, dítě 4 roky, DST 4. žena, 23 let, abstinuje 6 měs., abúzus 7 let, těhotná 9 měs, DST 5. žena, 20 let, abstinuje 15 měs, abúzus 3 roky, dítě 15 měs., DST, úv 6. žena, 22 let, abstinuje 8 měs, abúzus 4 roky, děti 2,5 r a 16 měs, TKK, úv 7. žena, 31 let, abstinuje 10 měs, abúzus 6 let, dítě 5 let, TKK 8. žena, 29 let, abstinuje 18 měs, abúzus 8 let, dítě 2 roky, DOC, úv zrušena
<p>Cílová populace II.: experti</p> <p><i>Skupina „pracovníci“</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. žena, 32 let, SŠ, praxe 4 roky, TP 2. muž, 30 let, VŠ, v oboru 1 rok, KC 3. žena, 46 let, VŠ, praxe 7 let, DST psycholog, terapeut 4. žena, 28 let, VŠ Bc., praxe 5 let, DST sociální pracovnice 5. žena, 42 let, VŠ Bc., praxe 8 let, TKK terapeut 6. žena, 51 let, SŠ, praxe 6 let, TKK vychovatelka 7. žena, 54 let, SŠ, praxe 5 let, TKK vychovatelka 8. žena, 31 let, VŠ, praxe 5 let, TKK sociální pracovnice + VTI 9. žena, 34 let, VŠ, praxe 3 roky, DOC terapeut
<p>Další objekty I.: Iexterní spolupracovníci</p> <p><i>Skupina „klienti“</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. žena, 24 let, abúzus aktivní 2. žena, 28 let, abúzus aktivní 3. žena, 29 let, abúzus aktivní 4. muž, 23 let, abúzus aktivní 5. muž, 33 let, abúzus aktivní 6. muž, 46 let, abúzus aktivní
<p>Další objekty II.: odborníci</p> <p><i>Skupina „pracovníci“</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. muž, 32 let, SŠ, v oboru 5 let, TP 2. muž, 36 let, VŠ, v oboru 5 let, DST speciální pedagog, terapeut 3. žena, 31 let, VŠ, v oboru 4 roky, TKK psycholog, terapeut 4. žena, 57 let, SŠ, v oboru 3 roky, KÚ sociální pracovnice

Pozn. Informantky psané kurzívou jsou současně pozorovanými objekty

Pozn. Termínem „praxe“ myslím praxi v přímé práci s cílovou skupinou I. na dané pracovní pozici

Zkratky: TP – Terénní programy (neabstinující matky)

KC – Kontaktní centrum (neabstinující matky)

DST – Denní stacionář (neabstinující i abstinující matky, bez možnosti pobytu s dítětem)

TKK – Terapeutická komunita Karlov (abstinující matky, rezidenční pobyt s dítětem)

DOC – Doléčovací centrum (abstinující matky, rezidenční pobyt s dítětem)

KÚ – Kojenecký ústav (převažují abstinující matky, návštěvy i možný rezidenční pobyt s dítětem)

úv – dítě má nařízenou ústavní výchovu

PŘÍLOHA č. 4

Tab. č. 4 Schéma vedení výzkumu

Dílčí cíl	Technika	Vzorek	Velikost vzorku
1	Rozhovor s návodem	Cílová populace I. – klientky matky Cílová populace II. – experti Další objekty – pracovníci Další objekty – uživatelé drog = externí spolupracovníci	8 8 4 6
	Pozorování	Cílová populace I. – klientky matky + děti	4+4
	Analýza dokumentů	Chorobopisy klientek: • záznamy klientek - životopisy • záznamy expertů o klientkách - anamnézy, plány péče, poznámky z kontaktu, týdenní poznámky o péči o dítě, vývojové archy dětí. V jednom případě videozáznam z metody VTI	
	Sekundární analýza dokumentů	Viz. odborná literatura – seznam použité literatury	
2	Rozhovor s návodem	Cílová populace I. – klientky matky Cílová populace II. – experti	8 8
	Analýza dokumentů	Obecně platné: Výroční zprávy o.s Sananim 2005 a 2006, letáky jednotlivých zařízení, informační brožurky pro klienty, „rozvrhy hodin“ programů, webové stránky	
3	Rozhovor s návodem	Cílová populace I. – klientky matky Cílová populace II. – experti Další objekty – pracovníci Další objekty – uživatelé drog = externí spolupracovníci	8 8 4 6

Tab. č. 5 Mateřské modely - pro potřeby pozorování

Mateřský typ	Kompetence v oblasti SEV	Kompetence praktické	Pozorovaný objekt - matka s dítětem
I.	ano	ano	22 let, abstínuje 8 měs, abúzus 4 roky, děti 2,5 , (16 měs), TKK, úv
II.	ano	ne	31 let, abstínuje 10 měs, abúzus 6 let, dítě 5 let, TKK
III.	ne	ano	22 let, abstínuje 8 měs, abúzus 4 roky, děti (2,5 r), 16 měs, TKK, úv
IV.	ne	ne	20 let, abstínuje 15 měs, abúzus 3 roky, dítě 15 měs., DST, úv

PŘÍLOHA č. 5

Výchozí podmínky matky, vstupující do systému péče o.s. Sananim, a nástin řešení - nejtypičtější varianty (částečně dle Preslové, 2003):

A. Klientka terénních programů nebo kontaktního centra otěhotní

Tato nejpříznivější situace těží z již navázané spolupráce a důvěry k pracovníkům služeb. Je zde vysoká šance včasné harmonizace zdravotního stavu klientky a řádné prenatální péče. Výhodou je šance absolvovat léčbu a stabilizovat životní situaci ještě před narozením dítěte, což předchází či zcela minimalizuje případný zásah OSPOD.

B. Užívání drog zjištěno až během porodu, porodnice informuje OSPOD, které ženu odkáže na protidrogové zařízení

Dítě je většinou přímo z porodnice umístěno do KÚ, podstoupí – li matka detoxifikaci či je – li substituována, usilujeme o společnou hospitalizaci s dítětem.

Možný společný pobyt v terapeutické komunitě nebo převedení dítěte i matky do péče širší rodiny, odkud matka dochází do stacionární léčby. Nejméně příznivou variantou je trvání kompetentních institucí na setrvání dítěte v ústavní výchovy do doby, než matka samostatně absolvuje léčbu a „osvědčí“ se.

V tomto případě je třeba rozhodovat rychle a odborně, podmínkou je spolupráce všech zainteresovaných institucí.

C. Žena užívající drogy pečuje o dítě v batolecím či předškolním věku, na situaci upozorní okolí (pediatr, školka, sousedé, širší rodina), matka se na nás obrací na popud intervenujících institucí

Nejzávažnější varianta, většinou se jedná o protražovanou zhoršující se situaci, možné riziko zanedbávání péče o dítě, problémovost rodiny markantní. Nezřídka dochází k odebrání dítěte z rodiny. Možnosti postupu viz. B.

U popisovaných postupů řešení se jedná o schématické a nejjednodušší cesty. Ve většině případů léčebným programům předchází dlouhodobá práce s neabstijní a nepříliš motivovanou klientkou s nepropracovaným náhledem na svou situaci. Mnohé klientky se v kontaktu udržují nárazově, opakovaně se vracejí i po mnohaměsíčních pauzách.

PŘÍLOHA č. 6

Periodizace raného socioemocionálního vývoje dítěte podle Margaret S. Mahlerové

Separace individuálního procesu rozděluje do 4 subfází, přičemž počáteční dvě fáze mu předcházejí:

- **Předchůdci separace individuálního procesu:**

1. *Normální autistická fáze - do 2 měsíců věku*

Převažující spánkový a polospánkový/polobdící stav, dominují spíše fyziologické než psychologické procesy. Dítě je zaměřeno především „dovnitř“, za účelem uspokojování fyziologických potřeb a snižování fyzické tenze.

2. *Fáze normální symbiózy - věk 2 - 4/5 měsíců*

Dítě se chová a funguje, jako by s matkou tvořilo onipotentní systém, duální jednotu uvnitř společných hranic, fúzi. Ze strany dítěte se jedná o symbiózu absolutní. Neodlišuje své „já/self“ od matčina, postupně však začíná rozlišovat okolí.

- **Vlastní separace individuálního procesu:**

1. *Subfáze diferenciací - věk 4/5 - 10 měsíců*

Dítě se seznamuje s mateřskou polovinou svého symbiotického „já/self“, vrcholí manuální, taktilní i vizuální explorační matčiny tváře a těla, i těla vlastního. Objevuje se nejprve nespecifický a později specifický úsměv v reakci na matčiny tvář. Dochází ke zřetelnému odlišení matky od ostatních osob, eskaluje reakce strachem na cizí osoby a separační úzkost.

2. *Subfáze praktikování - věk 10 měsíců - 16 měsíců*

Rozvoj lokomoce dítěte přináší možnost se vzdálit od matky a odlišit tak vlastní „já/self“, podporuje intenzivní prozkoumávání okolí. Sílí zájem o explorační vnější objekty. Matka je potřebná jako „domácí základna“, dítě se k ní pravidelně vrací pro „emoční načerpání“ – mezi dítětem a matkou funguje tzv. elastické pouto.

3. *Subfáze znovusbližování - věk 16 - 25 měsíců*

Spolu s možností samostatné chůze roste u batolete vědomí oddělenosti, současná emocionální labilita dítěte zároveň vyžaduje sdílení pouta a lásky s matkou. Dítě se vůči matce projevuje ambivalentně, vyžaduje její přítomnost a současně se ohrazuje proti zásahům do získané autonomie. Roste podíl verbální komunikace. Dítě navazuje vztahy k jiným lidem, rozvíjí sociální interakci. Může se znovuobjevit reakce strachem na cizí osoby i separační úzkost.

4. *Subfáze ustálení individuality a počátky emocionální objektní stálosti – věk 25 – 36 měsíců*

Dítě internalizuje stálou mentální reprezentaci matky – „vnitřní matku“, která mu umožňuje opakovaně snášet separaci a vytváří vnitřní pohodu v době matčiny fyzické nepřítomnosti. Dochází k diferenciaci ega a dosažení úplné individuace (Mahlerová, 2006).

PŘÍLOHA č. 7

Fáze utváření primární vazby u dítěte dle Bowlbyho

1. *fáze - věk 0 - 8/12 týdnů*

Dítě se orientuje a signalizuje své potřeby bez rozlišení konkrétní osoby, výrazně reaguje na obecnou lidskou přítomnost.

2. *fáze - věk 8/12 týdnů - 6 měsíců*

Dítě stále reaguje silněji na lidskou přítomnost než na jiné podněty, avšak chování vůči matce se stává výraznější, odlišné od reakcí na ostatní osoby.

3. *fáze - věk 6 měsíců - 2/2,6 let*

Dítě udržuje blízkost se zvolenou osobou (matkou), spolu s rozvojem lokomoce se specifická chování vůči matce dále zvýrazňuje. Typické je současné vyhledávání blízkosti a explorační okolí,

kdy se matka stává tzv. bezpečnou základnou (pojem M. Ainsworthové). Matka je postupně vnímána jako nezávislý, v prostoru a čase stálý objekt s předvídatelným chováním.

4. fáze - věk 2/2.6 let - dále

Období utváření vzájemného vztahu. Dítě si vytváří mentální reprezentaci matky, vnitřní obraz a model fungování matky – jejího chování, postojů, hodnot, cílů (Šulová, 2005).

RESUMÉ

Diplomová práce: Možnosti posilování rodičovských kompetencí matek užívajících nealkoholové drogy (v rámci systému péče o.s. Sananim)

Výchozí premisou této práce je, že komplexní služby poskytované těhotným ženám a matkám, které užívají nealkoholové drogy, by se měly, kromě péče zaměřené na problematiku užívání drog, systematicky zabývat také posilováním rodičovských kompetencí klientek. Jako praktickou platformu této práce jsem si zvolila o.s. Sananim. Stanoveným cílem je analýza možností posilování rodičovských kompetencí matek, užívajících nealkoholové drogy, v rámci tohoto konkrétního systému služeb.

Problémové pole této práce je vytyčeno třemi dílčími cíli. Prvním je charakteristika rodičovských kompetencí matek, užívajících drogy. Druhým krokem je analýza služeb, které jsou cílové skupině matek v systému péče o.s. Sananim aktuálně poskytovány. Třetím cílem je analýza možností zefektivňování těchto služeb, se zaměřením na oblast posilování rodičovských kompetencí matek.

Teoretická část vymezuje rodičovské kompetence, popisuje zejména fenomén specifické emoční vazby, zmiňuje praktickou oblast péče o dítě a nastiňuje rizika plynoucí z nedostatečné kompetentnosti rodiče. Dále se zaměřuje na předeštění problematiky matek, užívajících nealkoholové drogy, a zkoumá vlivy, které působí na jejich nenarozené i narozené děti. Závěr teoretické části se týká postavení matky, užívající drogy, jako klienta, definuje bariéry i principy čerpání služeb a charakterizuje systém péče o.s. Sananim a jeho jednotlivé programy.

Za účelem realizace cíle práce používám v empirické části kvalitativní metodu výzkumu, konkrétně techniku rozhovoru s návodem, pozorování a analýzu dokumentů. Informanty jsou především pracovníci o.s. Sananim a klientky - matky, užívající drogy.

Mezi hlavní výstupy výzkumu patří charakteristika některých rodičovských rysů klientek, jako absence vnitřního mateřského modelu, nejistota v rodičovské roli, či řada obtíží komplikujících navazování vztahu s dítětem, mezi jinými zátěž z orientační rodiny matky či nucená separace od dítěte, zvláště v poporodním období. Jako klíčový faktor, ovlivňující úroveň rodičovských kompetencí matek, se ukázalo být prostředí, v němž se matka pohybuje. Dále bylo zjištěno, že samotný abúzus drog neznamená automaticky nedostatky v péči o dítě, ale je indikátorem jejich rizika. Pozitivním zjištěním je, že praktické rodičovské kompetence matek vykazují vysokou míru perspektivního ovlivnění zahájením abstinence a obzvláště účastí v rezidenční léčbě spolu s dítětem.

V rámci analýzy služeb, jejich rezerv a ideálních možností, bylo definováno mnoho konkrétních kroků. V nízkoprahových programech se jedná např. o zlepšení informovanosti uživatelů drog a optimalizaci návaznosti na systém péče. V ambulantních službách je zásadní rozšíření prostor, které by dovolilo realizaci řady podpůrných projektů, a zejména umožnilo pobyt dětí. Objevil se požadavek azylového ubytování pro neabstinující i abstinující klientky. V rezidenční léčbě vyšel najevo střet nároků terapeutického programu s potřebou dostatečného klidu a času pro péči matek o děti a potřeba přechodové pobytové fáze před odchodem do doléčování, které by umožnilo postupnou adaptaci klientky na samostatný život. Pro program doléčování je zvažována možnost rozšíření terapeutického týmu o vychovatelku, jež by mohla aktivně podporovat péči matek o děti. Na všech úrovních systému péče se ukázala být aktuální potřeba neterapeutického posilování specifické emoční vazby matky a dítěte.

