

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Bakalářské studium adiktologie
Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1.LF UK a VFN
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie kombinovaná



Václav Živný

**Přebírání norem a vzorců chování v rodinách dětí užívajících
návykové látky**

**Passing on of behaviour standards and patterns in families of
children with addiction**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Monika Nevoralová

PRAHA 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 10.08.2011

Václav Živný

.....

podpis

Identifikační záznam

ŽIVNÝ, Václav. Přebírání norem a vzorců chování v rodinách dětí užívajících návykové látky. [Passing on of behaviour standards and patterns in families of children with addiction]. Praha 2011. 80 s., 4 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1.LF UK a VFN. Vedoucí práce PhDr. Monika Nevoralová.

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Monice Nevoralové za odborné vedení, metodickou podporu, podnětné připomínky a laskavý trpělivý přístup, které mi pomohly udržet správný směr při tvorbě bakalářské práce.

Rovněž děkuji své rodině za velkou trpělivost a podporu po celou dobu studia a především při tvorbě této práce.

Abstrakt

Východiska: Bakalářská práce vychází ze dvou případových studií, které jsou klasickou metodou kvalitativního výzkumu intenzivně studující jeden případ. Tato práce vychází z dokumentace klientů, evidovaných kurátorem pro děti a mládež, v nichž klienti užívali nelegální návykové látky.

Cíl: Cílem bakalářské práce je posoudit u dětí užívajících návykové látky, do jaké míry ovlivnilo užívání, legálních nebo/i nelegálních návykových látek, jedním nebo oběma rodiči, jejich rizikové chování.

Metodologie: Bakalářská práce se zabývá kvalitativním výzkumem přebírání norem a vzorců chování v rodinách uživatelů nelegálních návykových látek. Zvolil jsem metodu případové studie, která se zakládá na důkladném a dlouhodobém zkoumání rodiny.

Soubor: Základním souborem pro výběr bylo 627 klientů kurátora pro děti a mládež za období devíti let praxe. Výběrový soubor tvořilo 51 klientů, kteří užívali nelegální návykové látky. Z tohoto souboru byly účelově vybrány dvě rodiny, jejichž případové studie jsou popsány.

Výsledky: Výsledkem bakalářské práce je zjištění, že v rodinách, kde jeden nebo oba rodiče užívají legální nebo nelegální návykové látky, je do značné míry zvýšena pravděpodobnost užívání nelegálních návykových látek jejich dětmi. Závislost rodičů však není jediným rizikovým faktorem, který má vliv na užívání nelegálních návykových látek dětmi. Práce ukazuje, další rizikové i protektivní faktory, které mohou rizikové chování dětí v těchto rodinách negativně i pozitivně ovlivnit.

Závěr: Výsledky této práce budou sloužit sociálním pracovníkům městských úřadů, výchovných ústavů, dětských domovů a metodikům prevence základních a středních škol a učilišť k prevenci a eliminaci těchto jevů. Především je nutné uvědomit si, že rizikových faktorů je značné množství a každý z nich se může podílet na chování problémového dítěte. Důležité je spolupracovat se všemi zúčastněnými odborníky při získávání základních informací každého případu např. formou případových konferencí. Důkladně se seznámit se všemi faktory, které mohou být příčinou chování dítěte. Je nutné vyhnout se ukvapeným závěrům a posuzovat tyto případy opatrně a vždy individuálně.

Klíčová slova: norma chování - vzorec chování - rizikové faktory - protektivní faktory - drogová závislost

Abstract

The bases: This bachelor work is based on two case studies that are a classical method to study one case in a deep way. This work comes out from the client's documentation registered by curator for children and youth where the clients were drug addicts.

The goal: The goal of the bachelor work is to analyse the drug addict children's parents drug addiction in relation to the risk behaviour of their children. The work deals with the case of either parents drug use.

The methodology: The bachelor work deals with the qualitative research of the adopting of norms, standards and the behaviour patterns in the families of drug addicts. I chose the method of case study which is based on thorough and long term family examination and research.

The set: The base set for the choice were 627 clients of the curator for children and youth from the period of 9 years of practice. The selected set consisted of 51 clients who were drug addicts. Two families were chosen on purpose of them. Their case studies are described.

The results: The result of this bachelor work is the finding that the probability of getting drug addict by the children of drug addict parents (where one or both parents are drug addicts) is significantly increased. The drug addiction of parents is not just the only reason or risk factor which influences the drug use by their children. This work indicates next risky and protective factors that can influence both negatively and positively the risk behaviour of children in these families.

The resume: The results of this work will serve to social workers of municipalities, educational institutions, children's homes and to methodists of prevention at basic and secondary schools and vocational school to prevent and eliminate these phenomena. Essential is to realise that there are a lot of high risk factors and each can influence or affect the trouble making child behaviour. Important is to cooperate with all those specialists participating at the process of getting the basic information of every case for example by the way of case conference. To get familiar with all factors that can be the cause of children's behaviour. To avoid premature conclusion and judge these cases carefully and individual way is important as well.

Key words: norm of behaviour - behaviour pattern - risk factors - protective factor - drug addiction

Obsah

Úvod	1
TEORETICKÁ ČÁST	3
1. Teoretické poznatky a základní pojmy k tématu přebírání norem a vzorců v rodinách drogově závislých dětí	3
1.1. Definice rodiny	3
1.2. Funkce rodiny	7
1.3. Rizikové a protektivní faktory.....	9
1.4. Definice závislosti, příčiny a důvody závislosti, bio-psycho-socio-spirituální model závislosti	14
1.5. Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících.....	18
2. Pojem normy a vzorce chování.....	19
2.1. Norma, normalita, normální rodina.....	19
2.2. Vzorce chování	24
PRAKTICKÁ ČÁST	27
3. Metodologie výzkumu	27
3.1. Cíl výzkumu	27
3.2. Výzkumná otázka	27
3.3. Metody výzkumu.....	27
3.4. Výzkumný soubor	28
4. Kazuistika rodiny „A“	29
4.1. Začátek práce s rodinou	29
4.2. Základní údaje o rodině.....	29
4.3. Proč jsem si vybral tuto rodinu.....	29
4.4. Etické otázky	30
4.5. Zdroje kasuistiky.....	30
4.6. Anamnézy.....	30
4.6.1. Osobní anamnéza.....	30
4.6.2. Zdravotní anamnéza.....	32
4.6.3. Sociální anamnéza	32
4.6.4. Drogová kariéra	33
4.6.5. Rodinná anamnéza	34
4.6.6. Zhodnocení klienta a jeho rodiny	36
4.6.7. Další vývoj.....	37
4.6.8. Léčebné intervence	37
4.7. Souhrn případu, rozbor, rozvaha.....	38
5. Kazuistika rodiny „B“	40
5.1. Začátek práce s rodinou	40
5.2. Základní údaje o rodině.....	40

5.3.	<i>Proč jsem si vybral tuto rodinu.....</i>	40
5.4.	<i>Etické otázky</i>	41
5.5.	<i>Zdroje kasuistiky.....</i>	41
5.6.	<i>Anamnézy.....</i>	41
5.6.1.	Osobní anamnéza	41
5.6.2.	Zdravotní anamnéza.....	45
5.6.3.	Sociální anamnéza	45
5.6.4.	Drogová kariéra	47
5.6.5.	Rodinná anamnéza	50
5.6.6.	Situace výchozího bodu.....	51
5.6.7.	Další vývoj.....	52
5.6.8.	Léčebné intervence	54
5.7.	<i>Souhrn případu, rozbor, rozvaha.....</i>	55
6.	Diskuse	58
7.	Závěr	63
8.	Seznam použité literatury:	65
9.	Přílohy	66
9.1.	<i>Příloha č. 1.....</i>	66
9.2.	<i>Příloha č. 2.....</i>	70
9.3.	<i>Příloha č. 3.....</i>	76
9.4.	<i>Příloha č. 4.....</i>	82

Úvod

Rodina a její funkčnost je v posledních letech velmi diskutovaným tématem. Tato práce bude posuzovat ve dvou případových studiích - kazuistikách rodin, do jaké míry rodinné prostředí a v něm získané normy a vzorce chování ovlivnily budoucí užívání návykových látek dětí vychovaných v těchto rodinách.

Užívání návykových látek legálních i nelegálních nezletilým klientem je v současné době poměrně častým případem, který ve své funkci řeším. Za devět let praxe jsem spolupracoval s 627 klienty, z nichž 51 klientů užívalo návykovou látku. Užívání legálních nebo nelegálních návykových látek jedním nebo oběma rodiči je v těchto případech velmi časté. Pouze ve čtyřech rodinách z uvedených 51 neužíval ani jeden z rodičů žádnou legální nebo nelegální návykovou látku.

Z tohoto důvodu mne uvedené téma zaujalo jako výzkumný problém. Jsem si vědom, že je velmi obtížné jednoznačně odpovědět na výzkumnou otázku vzhledem k tomu, že na to, zda budou děti užívat návykové látky, má vliv daleko více faktorů než jen závislost jednoho nebo obou rodičů. Tato práce má prokázat, že závislost jednoho nebo obou rodičů je jedním z podstatných rizikových faktorů přebíraných dětmi jako norma nebo vzorec chování.

Data o vývoji ve zkoumaných rodinách jsou v této práci získávána studiem dokumentů kurátora pro děti a mládež a koordinátora pro drogově závislé týkajících se přímo konkrétní rodiny.

„Případová studie je intenzivní a obvykle i dlouhodobější výzkum jedné vybrané osoby (v tomto případě rodiny - poznámka autora). Tento intenzivní výzkum má vést k porozumění vnitřní a často neopakovatelné dynamice vývoje jedince, vývoji a průběhu jeho onemocnění, léčby, vývoji jeho interakce s prostředím a podobně. Právě tím, že jde o intenzivní, často nejmenší detaily zachycující výzkum, může vést k objevení nových, doposud přehlížených skutečností a k formulování nových hypotéz (které je však potom nutné ověřovat obvykle lépe kontrolovanými projekty). Na druhé straně, při rozhodování o možné volbě případové studie je třeba mít na paměti, že svým charakterem (minimální kontrola většiny vnějších proměnných) neumožňuje formulovat spolehlivé závěry o příčinných souvislostech. A vzhledem

k „vzorku“ je permanentní slabinou případových studií problém zevšeobecnování výsledků na širší rámec populace.“ Ferjenčík (2000, s. 133).

Závěry a diskuse mohou pomoci při práci s podobnými rodinami, kde již děti užívající návykové látky jsou. Mohou však také pomoci takovým situacím předcházet v rodinách, kde se problém s užíváním návykových látek rodiči již projevili, ale dosud děti těchto rodičů návykové látky neužívají. Spolupráce pracovníků sociálně právní ochrany dětí, metodiků prevence škol a sociálních pracovníků dětských domovů a výchovných ústavů, probačních pracovníků a policie může pomoci odhalit rizikové a protektivní faktory jednotlivých případů. Využitím např. případových konferencí lze stanovit optimální postup práce s problémovým klientem, problémovou rodinou.

První část práce se věnuje teoretickým poznatkům této problematiky, zejména nefunkčnosti rodinných systémů z důvodů závislosti jednoho nebo obou rodičů. Nefunkčnosti rodin z důvodu chudoby nebo naopak nadměry bohatství, ale také z důvodu výrazného zatížení rodičů pracovními aktivitami, které jim omezují, případně zcela znemožňují své děti pozitivně ovlivňovat a vychovávat, se v této práci nebudu podrobněji věnovat. Tyto důvody nefunkčnosti rodiny překračují rozsah této práce.

Druhá část se věnuje případovým studiím dvou rodin s drogově závislými dětmi. Tyto kazuistiky jsou příkladem přebírání negativních norem a vzorců chování v nefunkčních rodinách.

Závěr práce je věnován rozvaze a rozboru tématu přebírání norem a vzorců chování v rodinách drogově závislých dětí, zhodnocení zjištěných skutečností.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Teoretické poznatky a základní pojmy k tématu přebírání norem a vzorců v rodinách drogově závislých dětí

1.1. Definice rodiny

Co je vlastně rodina? Na tuto otázku nám odpoví jinak právník, psycholog, sociolog, pedagog, sociální pracovník nebo ekonom. Pro potřeby této práce budeme vycházet z definic našich předních psychologů a psychiatrů pracujících většinu svého života s dětmi a rodinami.

Matějček (1994, s. 15) říká: „Rodina je nejstarší lidskou společenskou institucí.“ Dále uvádí, že vznikla v pradávných dobách z důvodu plození, k němuž ostatně rodina není třeba, ale především „z potřeby své potomstvo ochraňovat, učit, vzdělávat, připravovat pro život“. Autor si pokládá otázku, jak by definovalo rodinu samo dítě. Uvádí: „Rodinou pro dítě může a nemusí být situace, kdy se o ně stará jedna osoba nebo více osob, kdy jsou vzájemné svazky jedněch s druhými zákonem potvrzeny či nepotvrzeny, kdy děti jsou takzvané vlastní či nevlastní atd.

Druhý poznatek říká, že má-li se dítě vyvíjet po duševní a charakterové stránce v osobnost zdravou a společností užitečnou, potřebuje vyrůstat v prostředí stálém a citově příznivém, vřelém, přijímajícím. Na tom dítěti záleží především! A takovým životním prostředím by tedy především měla být rodina.“

Sobotková (2007, s. 24) definuje rodinu jako systém a využívá zde nejjednodušší klasickou pracovní definici systému: „Systém je soubor částí a vztahů mezi nimi.“ Zároveň ale uvádí, že přímým definicím rodiny se autoři pojednávající o oblasti teorie rodinných systémů spíše vyhýbají a omezují se na vyjádření ne příliš exaktní. Domnívá se, že vzhledem k nesmírné složitosti definovaného jevu by jednotné a obecně přijímané definice rodiny bylo těžké dosáhnout.

Definici ve své publikaci uvádí rovněž Kramer (1980; in Sobotková, 2007, s. 24), který vymezuje rodinu takto: „Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky,

adopcí nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty. Kdykoli mezi blízkými lidmi existují intenzivní kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván pojem rodina, i když jde o nesezdaný pár, náhradní rodinu atd.“

Zvláštnost rodinného systému spočívající v propojení prvků veřejných, sociologických i ryze soukromých, psychologických, vyjadřuje Sobotková (2007, s. 24): „Rodina je dnes vnímána současně v řádu světa ji obklopujícího jako instituce racionální, pragmatická, funkčně vertikálně hierarchizovaná a kulturně omezující a současně jako zvláštní soukromý svět autenticity, spontaneity, přirozené rovnosti a emocionality.“ (Možný, 1990; in Sobotková 2007, s. 24).

Rieger a Vyhnálková (2001, s. 12) používají pro definici rodiny metaforu, kterou je přirovnání rodiny k ostrovu rodiny. Ostrov je součástí přírody. Stejně jako rodina, která je „specifickým přírodním jevem, který se vyvinul díky biologické povaze člověka“ (Alan, 1989; in Rieger a Vyhnálková, 2001, s. 14). „Ostrov rodiny je živým organismem, který má svoji historii a vývoj. Stejně jako příroda nabízí neznáma a tajemství, provázející existenci všeho živého. Významné jsou jeho hranice a místo v Oceánu, v němž se nachází a z něhož vzešel. A do něho se pravděpodobně zase jednou vrátí.“ Rieger a Vyhnálková (2001, s. 14). Oceán představuje okolní svět, kdy jeho hladina vyjadřuje současnost světa. Hlubina Oceánu vyjadřuje čas – čím hlouběji, tím více se dostáváme do minulosti. „Ostrov rodiny zakládají dvě bytosti, většinou muž a žena, které se dohodly, že budou společně žít a pobývat na jednom místě. Vytvářejí tak bázi Ostrova rodiny, v níž Ostrov klíčí jako v kořenáči. Jeho zakladatelé jsou prvními obyvateli Ostrova, zabydlují jej.“ Rieger a Vyhnálková (2001, s. 14). Metafora rodiny jako ostrova v oceánu života je užitečná právě pro svou schopnost zjednodušit celou složitost transakčního prostředí rodiny jako organismu do snadno představitelné, obecně známé skutečnosti.

Matoušek a Pazlarová (2010, s. 12) se přesné definici rodiny věnují obšírněji. Uvádí: „Totožnost člověka naší civilizace vyjadřuje jméno. To se skládá z křestního jména a příjmení. Křestní jméno vlastně vyjadřuje, kterým členem rodiny jednotlivá osoba je. Příjmení vyjadřuje, do které rodiny tato osoba patří. Způsob dávání jmen tak ukazuje rodinu jako základ osobní totožnosti. Toto konzervativní předávání osobní identity rodinnou tradicí však slábne. Naše civilizace během posledních dvou století v mnoha ohledech nadřadila jednotlivce nad rodinu. V současnosti je v našem civilizačním

okruhu možné rodinu označit za instituci „skořápkovou“ (Giddens), rizikovou (Beck), nestabilní a křehkou (de Singly). Osobní biografie dnes běžně zahrnuje posloupnost příslušností jednoho člověka k několika rodinám. Jednotliví lidé mají v současnosti v naší civilizaci možnost svobodně volit řadu sociálních příslušností, přičemž prominentní povahu mezi nimi má pozice na trhu práce. Práce se pro některé jedince dokonce stává bezpečným útočištěm ve stejném smyslu, v jakém jím před průmyslovou revolucí byla univerzálně rodina. Případy jedinců žijících sami (tzv. singles) jsou stále častější; jakousi přechodnou formu tvoří tzv. LATs (living apart together), tj. osoby, které bychom v češtině mohli nazvat „partnery na půl cesty“ – se svými protějšky nežijí v jedné domácnosti, spojují se s nimi jen někdy a jen pro něco. Potřeba mít významného druhého neklesá ani dnes. Lidé si potřebují stále potvrzovat svou totožnost a svůj význam tím, že své zkušenosti, plány, starosti a naděje sdílejí s blízkým člověkem.

Právě tak neklesá potřeba prodloužení vlastní existence tím, že přivedeme na svět děti. Je to vlastně jedna z obecně dostupných cest k přesažení horizontu vlastní smrti. Nicméně práce se stala velkou konkurentkou rodiny.

Pojem rodina není proto jednoznačně definovatelný. Dodnes používané definice opírající se o příbuzenství, které vznikne sňatkem nebo narozením vlastních dětí, jsou již příliš úzké.

V současnosti by bylo v našem typu společnosti přiměřenější mluvit spíše než o rodině o rodinném soužití lidí. Jádrem tohoto soužití, pokud spolu dospělí žijí, je citová vazba mezi nimi. Dospělí partneři mohou být opačného i stejného pohlaví. Tato stále bedlivě sledovaná a prověřovaná vazba – v níž má významnou úlohu sexualita nekoncepčními technikami osvobozená od své reprodukční funkce – je sice podporována ustálenými způsoby komunikace a ritualizovanými událostmi, nicméně nedokáže odolat negativní emocionální bilanci jednoho z partnerů. Sňatek, a to ani církevní sňatek, nepředstavuje dostatečnou garanci trvalosti soužití.

Existují rodinná soužití, v nichž žije jeden dospělý s dítětem nebo s dětmi. Zde je poutem rodičovství. Rodičovské pouto je možné pokládat a priori za významnější než partnerství. Biologické rodičovství nejde zrušit, je na rozdíl od partnerského pouta definitivní. I když je možné rodičovská práva předat jiné osobě souhlasem s adopcí a do jisté míry i souhlasem s osvojením dítěte jinou osobou. Rodičovská práva jsou de facto limitována i v situaci, kdy se dítě dostane do péče ústavního zařízení.

Když lidé spolu sdílejí bydliště, bylo by možné užívat i v tomto případě pojem rodinná domácnost. Česká demografie však tento pojem vyhrazuje pouze pro domácnosti, v nichž žijí páry dospělých lidí opačného pohlaví.

Tradiční pojem rodina nutně dostává široký a neostrý význam. V současnosti totiž v zemích patřící do naší civilizace souběžně existuje množství forem rodinného soužití zahrnující všechny myslitelné kombinace biologického příbuzenství, legalizovaných i nelegalizovaných vztahů mezi dospělými i mezi dospělými a dětmi či mezi samotnými dětmi. S tímto vědomím pak používá slovo rodina – jako zkratku místo obsáhlejších a přesnějších popisů – v následném textu.“

Obdobně i Kraus (2008, s. 80) uvádí: „Již samo definování, vymezení dnešní rodiny jako malé primární sociální skupiny je velmi obtížné.“ Zdůvodňuje to tím, že: „Dnešní rodina se nachází v jiné situaci než rodiny v poválečném období, které bylo v ČR podobně jako v jiných evropských státech, z hlediska rodinného chování ve znamení sňatkového boomu, jenž byl doprovázen „baby boomem“. Vzhledem k politickým a ekonomickým poměrům lidé rodinu vnímali jako hlavní oblast seberealizace.“ Kraus (2008, s. 79). Dále autor uvádí: „Dnes tradiční kritéria přestávají platit. Především institucionální spojení zákonným manželským svazkem není nutnou podmínkou rodinného života. Výrazně přibývá dětí, které se rodí mimo legitimní manželství – v současné době je takových dětí přibližně třetina. I taková soužití však mohou fungovat jako rodina a splňovat další znak rodiny – tedy, že její členové bydlí pod jednou střechou a spolupracují mezi sebou v rámci společensky uznávané dělby práce.“

„Za této situace lze přijmout vymezení, že rodina je strukturovaným celkem (systémem), jehož smyslem, účelem a náplní je utvářet relativně bezpečný, stabilní prostor a prostředí pro sdílení, reprodukci a produkci života lidí.“ (Plaňava, 1994; in Kraus 2008, s. 80). „V každém případě je to přirozené prostředí, do něhož se člověk rodí, aniž si mohl vybrat jiné, a přejímá to, co mu připravili rodiče.“ (Přadka, 1983; in Kraus 2008, s. 80).

Z výše uvedených definic a citací vyplývá, že definovat rodinu pro její složitost není jednoduché a nelze definici omezit jen na jednu větu.

1.2. Funkce rodiny

„Sociologické studie souhlasně ukazují, že rodina v našich kulturních poměrech ztratila dnes mnohé funkce, které jí dříve byly vlastní, přičemž mimořádného významu nabyly dvě funkce, které jsou nepochybně základní a rozhodující, totiž přinášet citové uspokojení všem svým členům a připravit dítě pro život v dané společnosti. Znamená to tedy předně, že v rodině nesmí žít nikdo na úkor druhého, a za druhé, že má-li být dítě dobře připraveno pro život ve společnosti, musí rodina dobře fungovat a všichni ti, kdo jsou jeho vychovateli, musí mu být dobrými vzory. Dítě nepřijímá poučky jakkoliv moudré a důmyslné přednášené slovy, nýbrž přijímá to, co se děje v tisících drobných interakcích mezi členy rodiny v denním životě, tj. tehdy, když si zpravidla ani neuvědomujeme, že dítě vychováváme. Záleží na tom, ne co říkáme, ale jak se chováme – jakými vskutku jsme.“ Matějček a Dytrych (1999, s. 132). Autoři v knize přirovnávají rodinu k systému. O rodině uvádí: „Není to tedy jednoduše, vnitřně nediferencovaný útvar, ani pouhý statický soubor jednotlivců žijících každý svým životem. Je to dynamický systém vzájemných interakcí, vzájemných vztahů, vzájemné provázanosti. Chování jednoho každého v rodině ovlivňuje všechny ostatní. Porucha v jednom prvku či v jedné části systému se nutně projeví ve funkci celku.“

Autoři zdůrazňují velmi důležitou vlastnost rodiny: „Musíme připomenout jednu velice důležitou vlastnost všech dokonalých systémů, k nimž rodina naštěstí patří – je to schopnost sebezáchovy a sebeotrvy. I rodinný systém ohrožený nebo už narušený nějakou kritickou událostí má tendenci znovu se stabilizovat, obnovit svou funkci, „opravit se“, a to třeba i za cenu některých obětí. Jde jen o to, aby tyto oběti neznamenal obětování některého člena rodiny. Toto konstatování nás tedy vede k určitému, byť opatrnému optimismu.“

„Rodina odedávna a především existuje proto, aby lidé mohli náležitě pečovat o své děti. Kromě toho, že je rodina biologicky významná pro udržení lidstva, je také základní jednotkou každé lidské společnosti. Reprodukuje člověka nejen jako živočicha, zprostředkuje mu vrůstání do jeho kultury a společnosti. Rodina je prvním a dosti závazným modelem společnosti, s jakým se dítě setkává. Předurčuje jeho osobní vývoj, jeho vztahy k jiným skupinám lidí. Rodina dítě orientuje na určité hodnoty, vystavuje ho určitým konfliktům a poskytuje mu určitý typ podpory. Tímto

způsobem osobitě zabarvuje to nejpodstatnější, co dítěti předává – sociální dovednosti, bez kterých se ono v dospělosti neobejde. V tomto smyslu mluvíme o socializační funkci rodin.“ Takto píše o funkci rodiny Matoušek (1997, s. 8).

Historickému popisu a změnám, které nastaly koncem 19. století, se věnuje Matoušek a Pazlarová (2010, s. 13). Uvádí: „Až do 18. století byla v Evropě rodina společenstvím, které své členy zajišťovalo ekonomicky, poskytovalo jim vzdělání a péči v době nemoci a stáří. Rodina byla natolik samozřejmým prostředím, že se o ní nevedl téměř žádný diskurz. Současně bylo téměř nemožné mimo společenství rodiny přežít. Neženatí muži a neprovdané ženy žili v rodinách jako strýčkové a tety. Kdo v rodině nežil, byl člověkem nepříslušným, jak říkal středověk, takže měl blízko k postavení na okraji společnosti.

Původní komplex rodiny se tenčí – některé z nich postupně slábnou, i když úplně nemizí; od konce 19. století v Evropě některé z jejích tradičních funkcí začal přebírat vznikající sociální stát. V současnosti má v západní civilizaci rodina zejména tyto funkce:

- podporování socializace – vychovávání dětí,
- vztahovou podporu dospělých lidí,
- ekonomickou podporu všech členů.

V obou prvních funkcích patrně nebude rodina zastupitelná nikdy. Od starověku až do současnosti bylo podniknuto mnoho pokusů vychovávat děti v jiném než v rodinném prostředí, tyto pokusy ukázaly nenahraditelnost rodiny. Nepříznivé účinky ústavní péče na děti popisuje odborná literatura už zhruba šedesát let pod názvem psychická deprivace.

Vlivu funkce rodiny na vznik závislosti se věnuje Hajný (2008, s. 41), který se ptá: „Může rodina a vztahy v ní nějak přispět ke vzniku závislosti?“ Sám si hned odpovídá: „Teorie zabývající se systémem rodinných vztahů předpokládají, že ano. Závislost chápou jako jev, který není izolovaný, ale existuje v systému vztahů dotyčného člověka. Stává se tak dočasně nutným prvkem, který umožňuje určité fungování, postoje a udržuje rovnováhu. Mnohem zřetelnější však takový proces bývá v rodině, kde je například závislý jeden z rodičů, než v rodinách, kde dospívající dítě bere nelegální drogy. V rodinách sociálně stabilizovaných alkoholiků se můžeme opravdu setkat s tím, že pití se stane součástí kultury a zajišťujícím prvkem, bez

kterého to nejde. I při hledání těchto souvislostí je nutné vyhnout se hledání jednoznačného „viníka“ a v podstatě i jednoznačné příčiny. Jde spíš o proces interakcí, které se navzájem posilují (cirkulární kauzalita).“

1.3. Rizikové a protektivní faktory

Rizikovým a protektivním faktorům se věnuje Širůčková (2010, s. 34). Uvádí: „Podstatou teorie problémového chování je předpoklad, že rizikové chování je výsledkem interakce osobnosti člověka s prostředím, ve kterém žije. Na základě této premisy lze faktory podílející se na genezi rizikového chování členit do pěti systémů – systému biologického, systému sociálního prostředí, percipovaného environmentálního systému, osobnostního systému a systému chování.“ (Jessor, Donovan a Costa; in Širůčková, 2010, s. 34).

„Systém sociálního prostředí představuje v teorii problémového chování po biologickém systému, kde figurují proměnné považované za vrozené, jako je pohlaví, tělesná konstituce nebo rozumové předpoklady, druhou nejvzdálenější úroveň vzhledem k možnosti ovlivnění rozvoje rizikového chování. Stabilní a jedincem obtížně ovlivnitelné sociodemografické charakteristiky (např. dosažené vzdělání, povolání, příjem a vyznání) nebo sociální kontext, ve kterém se jedinec pohybuje (např. rodinná konstelace, škola, kterou navštěvuje, nebo lokalita, ve které bydlí), ovlivňují rozvoj rizikového chování až prostřednictvím toho, jak je jedinec vnímá, hodnotí a jaký si k nim utvoří postoj. Subjektivní percepce a hodnocení daného sociálního prostředí, zejména vnímání a hodnocení vztahů s druhými lidmi (zejména rodiči a vrstevníky), mají podle Jessora, Donovana&Costy (1991; in Širůčková, 2010, s. 36) nejsilnější vliv na rozvoj rizikového chování za všech proměnných zahrnutých v ostatních systémech. Nejpravděpodobnější konstelace proměnných ze systému subjektivně percipovaného prostředí vedoucí k rozvoji rizikového chování nastane u dospívajícího, který zažívá vysokou míru stresových podnětů ve svém okolí, jehož rodiče nedostatečně kontrolují jeho aktivity, jehož přátelé na něho mají významnější vliv než jeho rodiče, jehož přátelé vyjadřují pozitivní postoj k rizikovému chování a sami se také rizikově chovají.

Motivace, postoje, sebehodnota a seberegulační mechanismy osobnosti indukují určitou dispozici k rizikovému chování. Míra motivace jedince dosahovat svých cílů a očekávání úspěchu v jejich naplňování ovlivňují způsoby chování, které si k tomu jedinec vybírá. V situacích opakovaného nebo předpokládaného neúspěchu může volit právě rizikové způsoby chování, díky kterým svých cílů dosáhne, anebo mu alespoň umožní se s neúspěchy vyrovnat. Regulační úlohu v tomto směru sehrává rovněž to, do jaké míry jedinec zažívá pocit sounáležitosti ve společnosti a do jaké míry přijímá společenské normy, hodnoty a zvyklosti. Méně ohroženi budou ti, kteří mají zvnitřněné normy, dění okolo sebe vnímají jako ovlivnitelné a cítí se za ně odpovědní. Naopak u těch jedinců, kteří mají tendenci připisovat možné negativní důsledky spíše náhodě či působení vnějších vlivů než vlastnímu chování, bude vyšší pravděpodobnost rozvoje rizikového chování, neboť podceňují negativní následky svého chování.

Vnímání vlastní sebehodnoty motivuje jedince k takovému jednání, které mu jeho sebehodnotu nenaruší. Jinými slovy, může-li být jeho sebehodnota v důsledku nějakého chování narušena (např. trest, ponížení), bude se snažit takovému chování vyhnout. Samotné rizikové chování je tedy výslednicí přímého působení proměnných osobnostního a sociálního systému a nepřímého působení proměnných biologického systému a systému sociálního prostředí. Intenzita rizikového chování je také spoluurčována jeho interakcí s konvenčním chováním, které zahrnuje jednak aktivní religiozitu, prosociální chování a zdravý životní styl. Tato chování odrážejí přijetí konvenčních hodnot a norem společnosti (Jessor et al.; in Širůčková, 2010, s. 36). V rámci popisovaných pěti systémů působí protektivní a rizikové faktory. V Jessorově (např. Jessor, Turbin & Costa, 1998; in Širůčková, 2010, s. 36) pojetí nemají tyto faktory dimenzionální strukturu, ale jsou vymezeny jako vzájemně nezávislé proměnné. Přicházejí tedy v úvahu tři typy vztahu mezi protektivními a rizikovými faktory a problémovým chováním: přímé efekty rizikových faktorů, přímé efekty protektivních faktorů a působení rizikových faktorů, které je ovlivněno protektivními faktory.

Z uvedeného vyplývá, že vztah mezi rizikovými a protektivními faktory nemusí být vždy vnímán jako protikladný, jak by se mohlo zdát logické. Vysoká míra působení rizikových faktorů, která následně implikuje nízkou míru protektivních faktorů, a naopak, není jedinou možnou konstelací v tomto vztahu. V historii jedince a jeho

sociálního prostředí můžeme detekovat i takové podmínky, kdy je vysoká míra rizikových faktorů doprovázena vysokou mírou protektivních faktorů. Tento koncepční rámec přispívá k systematickému pochopení toho, proč se u zdánlivě „vysoce“ ohrožených jedinců rizikové chování nerozvine. Rizikové faktory jsou tedy v teorii problémového chování koncipovány jako prvky zvyšující pravděpodobnost zapojení do rizikového chování. Působí ve třech modalitách (Jessor, Turbin & Costa, 2003; in Širůčková, 2010, s. 37). První modalitou jsou modely rizikového chování vyskytující se v sociálním okolí adolescenta (např. kouření cigaret, nadměrná spotřeba alkoholu v rodině). Druhou modalitu tvoří příležitosti k rizikovému chování a to v rovině dostupnosti zdrojů k uskutečnění rizikového chování (např. doma volně dostupné cigarety nebo alkohol). Následně ji tvoří také příležitosti k rizikovým aktivitám (např. členství v asociální partě). Poslední modalitou je náchylnost k rizikovému chování, která může být způsobena např. frustrací či pocitem selhání, jež vyústí v rizikové chování, které je v tomto případě chápáno jako reakce na zátěžovou situaci.

Protektivní faktory v Jessorově pojetí nejsou definovány pouze jako absence rizika nebo jako nižší hodnota rizikových faktorů, jak je tomu např. v medicínském pojetí, a ani nutně nemusí mít negativní vztah k rizikovým faktorům (Jessor, Bos, Vanderryn, Costa & Turbin, 2005; in Širůčková, 2010, s. 37). Jsou chápány jako samostatné jevy, které mohou na rozvoj rizikového chování působit buď přímo, anebo ovlivňovat působení rizikových faktorů. Stejně jako rizikové faktory působí ve třech modalitách. Jednak jsou to modely konvenčního chování u osob vyskytujících se v okolí adolescenta (např. aktivní religiozita rodičů, zdravý životní styl rodičů, dobrovolnictví přátel). Druhou modalitou je kontrola a to ve formě seberegulace (např. intolerance vůči rizikovému chování, kladný postoj ke společenským institucím jako je škola) a následně ve formě sociální kontroly (např. rodinné klima, kde jsou jednoznačně definovaná pravidla chování a případné sankce za přestupky, monitoring rodičů, regulace chování ze strany vrstevníků). Za třetí modalitu protektivních faktorů je považována sociální opora ze strany rodičů, vrstevníků, učitelů i širšího sociálního okolí.

Multifaktoriální teorie problémového chování poskytují velmi systematický a současně široký pohled na genezi problémového chování. Z tohoto hlediska jsou zmiňované teorie vhodným obecným rámcem, který může dobře posloužit k formulování efektivních strategií. Z uvedeného vyplývá, že by se preventivní

strategie měly zaměřovat na rizikové chování komplexně tak, aby vedly k pozitivnímu ovlivnění celkového životního stylu cílové skupiny. Zacilení preventivních programů specificky směrem ke konkrétním projevům rizikového chování (např. pouze na kouření) se v souvislosti s konceptem syndromu problémového chování jeví jako méně účinné. Jessorův model, ve kterém jsou zdůrazňovány vzájemné interakce rizikových a protektivních faktorů, jednoznačně vytyčuje další směr, kterým by se měly koncepce preventivního působení ubírat, tj. výraznou podporou působení protektivních faktorů, nikoli pouze redukcí či minimalizací působení faktorů rizikových.“ Širůčková (2010, s. 36-39).

Vliv rodiny na vznik závislosti popisuje i Nešpor (2007, s. 78), který uvádí: „Na úrovni rodiny lze vysledovat řadu rizikových, ale i protektivních faktorů. Jinými slovy rodina se může přímo nebo nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti některého člena, ale rodina také může rozvoji závislosti předcházet nebo velmi pomoci při překonávání návykového problému.“ Tuto citaci jsem použil proto, že práce se zaměřuje především na děti, které mají problémy se závislostí.

Nešpor (2007, s. 78) „rizikové faktory“:

- Výskyt jakékoliv neléčené nezvládané návykové choroby u rodičů zvyšuje riziko jakékoliv návykové choroby u dětí. Neplatí tedy pouze, že děti závislých na alkoholu se častěji samy stávají závislé na alkoholu, ale tyto děti jsou více ohroženy i závislostí na jiných návykových látkách. Podobně jsou různými návykovými nemocemi více ohroženy i děti z rodin, kde se u otce nebo matky objevil např. vleklý a nezvladatelný problém s patologickým hráčstvím.
- Neexistují jasná pravidla týkající se chování dítěte.
- Nedostatek času na dítě, zvláště v časném dětství, málo péče, nedostatečný dohled, nedostatečné citové vazby dítěte.
- Nesoustavná a přehnaná přísnost, nepřiměřené fyzické násilí vůči dítěti, týrání dítěte, sexuální zneužívání dítěte.
- Schvalování pití alkoholu a užívání drog.
- Nízká očekávání od dítěte a podceňování.
- Špatné duševní a společenské fungování rodičů, rodiče jsou osamělí, vůči širšímu okolí lhostejní, nebo dokonce nepřátelští.

- Vážná duševní choroba rodičů.
- Velmi těžké hmotné podmínky rodiny.
- Rodina špatně funguje, výchova pouze jedním rodičem, který ji časově nebo jinak nezvládá a nemá možnost využít pomoci dalších příbuzných.
- Časté stěhování rodiny.
- Dítě žije bez rodiny a bez domova.
- Závislost na návykové látce, škodlivé či rizikové užívání návykové látky nebo jiný návykový problém u manžela (manželky) nebo partnera (partnerky).
- Vážná duševní nemoc u manžela nebo manželky.
- Manžel (manželka) nebo jiný blízký člověk funguje jako „umožňovač“, tedy někdo, kdo usnadňuje návykové jednání a chrání závislého před následky, čímž se oslabuje motivace k pozitivní změně.

Z výše uvedeného přehledu rizikových faktorů nám vyplývá řada protektivních faktorů. K protektivním činitelům patří např.:

- Přiměřená péče, dostatek času na dítě, zejména v časném dětství, a pevné citové vazby dítěte.
- Jasná pravidla týkající se chování dítěte a přiměřený dohled.
- Pozitivní hodnoty (např. vzdělání).
- Rodiče na výchově spolupracují. Sdílená zodpovědnost v rodině.
- Styl výchovy je vřelý a středně omezující (výchova tedy není necitlivě autoritativní, ale také ne zcela volná a bez pravidel a omezení).
- Rodiče odmítají alkohol, tabák a jiné drogy zejména u dětí a dospívajících.
- Existují přiměřená a jasná očekávání od dítěte, rodiče vůči němu projevují respekt.
- Členové rodiny si osvojili dobré způsoby, jak zvládat stres.
- Je zajištěna ochrana, bezpečí a přiměřené uspokojování potřeb dítěte.
- Rodiče jsou duševně zdraví.

- Rodiče jsou dobře přizpůsobeni ve společnosti a mají snahu pomáhat druhým. Výchova pomáhá vytvářet kvalitní vztahy s dospělými mimo rodinu.
- Rodiče pomáhají dítěti nacházet dobré zájmy.
- Dobré mezigenerační vztahy a kvalitní spolupráce mezi generacemi (nejčastěji s prarodiči dítěte).
- Manžel (manželka) nebo partner (partnerka) odmítají návykové látky a jsou i jinak duševně zdraví.
- „Tvrdá láska“ ze strany příbuzných a dalších blízkých lidí. Na jedné straně poskytují pocit citové opory a jsou vřelí, na druhé straně ale trvají na pozitivní změně a zvyšují tak motivaci.“

Rovněž Matoušek a Pazlarová (2011) uvádí řadu rizikových faktorů, které se negativně projeví v zacházení pečující osoby s dítětem. Autoři zdůrazňují, že vliv rizikových faktorů se projeví, pouze pokud tyto faktory převáží nad činiteli protektivními. „Interakce obou druhů faktorů je značně složitá; některé z nich působí krátkodobě, jiné dlouhodobě, některé protektivní faktory působí proti faktorům rizikovým silněji než jiné.“ Matoušek a Pazlarová (2011, s. 139).

1.4. Definice závislosti, příčiny a důvody závislosti, bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

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

Kudrle (2003a, s. 107) uvádí „Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání.“

Příčinu závislosti lze velmi obtížně určit, např. Nešpor (2007, s. 49) píše o příčině závislosti toto: „Závislosti v užším slova smyslu i další návykové nemoci, které označujeme jako „závislosti“ v uvozovkách, mají řadu příčin. Proto jsme skeptičtí,

když někdo údajně objevil příčinu závislosti nebo zázračný lék, který všechny závislé vyléčí. Je zřejmé, že to, zda se závislost vytvoří, nebo ne, nemá jedinou příčinu, ale je dáno mnohoúrovňovou pokračující interakcí protektivních a rizikových činitelů.“

Rovněž Kudrle (2003a, s. 91) se o příčinách závislosti vyjadřuje jen okrajově: „Příčiny alkoholismu a drogové závislosti jsou velmi komplexní. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. Neznáme predisponovanou alkoholickou osobnost. U někoho se tedy rozvíjí závislost na základě excesivního pití pro psychické problémy, jinde převažují genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby na alkohol a rituály spojené s požíváním alkoholu nebo jiných návykových látek. Nejčastěji jde o kombinaci řady faktorů – například určité fyziologické faktory, buď hereditární, nebo získané, se kombinují s psychologickými při vytvoření závislosti. Vznik závislosti má i svůj odraz ve specifických reakcích a změnách na úrovni neurobiologie člověka. Návykové zneužívání alkoholu nebo drog vede k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebesilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu. Jellinek postuloval neznámý fyziologický faktor X, který bude jednou objeven a podá vysvětlení závislosti. Dnes se zdá, že faktorů může být více, protože téměř každý orgán v těle je nějak postižen abusem alkoholu nebo drog a reaguje a vstupuje do tělesných činností a interakcí při jejich odbourávání.“ Příčiny závislosti mohou souviset s důvody závislosti a jsou staré jak lidstvo samo, Kudrle (2003a, s. 107) k tomu uvádí: „Člověk od nepaměti hledá způsoby, jak zintenzivnit prožitek radosti, euforie a slasti, jak uniknout před bolestí a pocity samoty a izolace. Za určitých okolností tato přirozená touha může přejít v nutkavost a zavdat tak příčinu k rozvoji chorobných znaků. Ty se projevují, vedle nutkavého dychtění po změně prožívání, také narušení až ztrátou kontroly nad nutkavým chováním, pokračováním v dosavadním vzorci chování i přes narůstající důsledky a prohloubení stavu nelibosti při přerušení tohoto vzorce.

To, co mění kvalitu prožívaného, může být alkohol, droga, jídlo, sex, hazardní hry, televize, práce, moc apod. Problémem není tedy tak onen vnější aspekt – alkohol, drogy či cukr – ale daleko spíše stav mysli s ním spojený. Tedy ulpění, vazba na nějaký způsob upokojení prostřednictvím vnějšího zdroje. Takto chápáno, jde o univerzální lidský problém a není proto divu, že kromě psychologie, medicíny a filozofie se také všechna náboženství, odvěké mystické a spirituální tradice

zabývají problémem touhy, dychtění, lpění a závislosti. Tento zájem trvá po tisíciletí, neboť dynamika touhy, nutkání je hybnou silou, která se váže ke zrození, utrpení, smrti a vůbec k celému životu.“

Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti se skládá, jak sám název napovídá, ze čtyř úrovní.

Biologická úroveň: „Za biologické faktory můžeme považovat některé problematické okolnosti za těhotenství matky dítěte – např. zda matka byla sama alkoholička nebo toxikomanka a zda se plod takto setkával s účinky návykových látek ještě před narozením (fetální alkoholový syndrom). Jsou to také okolnosti porodu (např. zda byly používány psychotropní, tlumivé látky v době porodního stresu), co ovlivňuje neurobiologii jedince a také celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících a traumatizujících faktorů. Biologické a psycho-socio-kulturní se vyvíjí v neustálé hře vzájemných ovlivnění a interakcí. Zdá se, že zatím jediné ověřené genetické souvislosti se týkají vrozené vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků rodičů – alkoholiků“. (Royce, 1989; in Kudrle, 2003, s. 91). Tato dispozice se projevuje tolerancí většího množství alkoholu od prvních zkušeností s alkoholem. To co je zprvu obdivováno, se rychle vyvíjí v rizikový faktor.“ Kudrle (2003a, s. 91).

Psychologická úroveň: „Zkoumán je vliv tzv. psychogenních vlivů a faktorů pro rozvoj abusu návykových látek a pro rozvoj závislosti. Psychogenní faktory můžeme najít již v období porodu. Nejde tedy o biologické faktory perinatálních poškození, ale o souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození. Například jestliže žena prožívá těhotenství jako stresovou záležitost, ať už z jakýchkoliv důvodů, přenáší se informace o tomto stresu i na plod. Jestliže matka začne užívat na tlumení stresu tlumivé látky, přenesou se tato informace na plod a vytváří jakýsi sprint, vtisk, dráhu, kód o efektu tlumivě působících látek při prožívaném stresu. Tento kód bude čekat na své oživení v období postnatálním. Po aplikaci stejně působící látky v pozdějším období zažije potomek sice nový, ale zároveň již dávno poznáný efekt. Pozitivní zpětná vazba může rychle posilovat vznik návyku.

Významnými faktory jsou dále: úroveň postnatální péče, tedy péče o harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím, dále podpora v době dospívání, v krizi hledané identity a samozřejmě

adekvátní pomoc v případech objevující se patologie nejrůznějších duševních poruch a chorob, jako je deprese, úzkost, eventuálně psychotické onemocnění. Pokud není k dispozici adekvátní pomoc, bývá to právě počáteční sebemedikace, která vede později k rozvoji abusu a vzniku závislosti.

Z psychologických faktorů je to celá řada těch, které vznikají jako důsledek abusu a posilují obvykle další abusus, čímž směřují jedince k závislosti.“ Kudrle (2003a, s. 92)

Sociální úroveň: „Zaměřuje se na kontext, ve kterém se vše děje. Velmi hrubě řečeno, všímá si vlivu vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformují. Tyto vlivy zahrnují širokou škálu od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije, až po specifitější a konkrétnější ovlivňování. Jinak formuje zrání člověka život na poklidné vesnici a jinak na sídlišti velkoměsta. K těm konkrétněji působícím patří kvalita konkrétních rodinných vztahů, případně absence rodiny vůbec. Dospívání se děje v procesu sociálního učení, na kterém se podílí zejména rodina se svými pravidly, mýty a morálkou. Stále více se v dnešní době mluví o rozpadu rodin, o nedostatku času dospělých pro mladé, o absenci rituálů pozitivně formujících zrání mladého člověka. Mladiství hledají identifikační vzory mimo rodinu, ve své přirozeně závislé pozici vyhledávají silné jedince nebo skupiny, hledají pocit přijetí, sounáležitosti a směřování k nezávislosti, anebo jde dokonce o hledání přežití vůbec. Síla a moc rituálů nezaniká tím, že je vědomě nekultivujeme. Prosazují se díky svému archetypálnímu poslání v životě dál, ale spíše v dekonované podobě. Ještě specifitější situace nastává, pokud dítě v rodině vyrůstá v těsné blízkosti závislých osob. Je konfrontováno s braním drog či pitím alkoholu jako normou. Abusus jednoho z rodičů je například tajen a přeznačkován, je jakýmsi tabuizovaným tématem rodiny. Namísto opilosti se mluví o únavě a přepracování, kocovině se říká nemoc apod. Život se závislým znamená žít dysfunkční vztahy, být vystaven prudkým změnám nálad a postojů, podle toho, zda je závislý intoxikován, nebo „odčiňuje“ v době střízlivosti. Být vystaven slibům, které nemají naplnění, být vystaven nepředvídatelnosti příštích hodin. Často je jedinec žijící v těsné blízkosti se závislým vystaven zneužití, jak na fyzické, tak na emoční úrovni. Obvykle jeho způsob adaptace na toto spolužití vykazuje také patologii, vytváří vazby, kterým se říká kodependence – závislost na druhém. A nezřídkou se

v dalším svém vývoji kodependent dostává sám k abusu, jako ke způsobu pseudoadaptace a zároveň možnosti, jak dočasně mírnit své utrpení. Vedle rodiny v procesu sociálního učení nezastupitelnou roli hraje kolektiv vrstevníků. Známe rčení „chytil se špatných kamarádů“. Sem patří především podpora pro zdravý a aktivní rozvoj diferencovaných vztahů a s tím i zájmových činností, vyrovnaní se s autoritami. Pro nás dospělé je tato úroveň apelem kultivovat svůj vlastní obraz, který mladým jako poselství do jejich života předkládáme.“ Kudrle (2003a, s. 92).

Spirituální úroveň: „Spiritualita je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec. Velkým tématem je přitom práce na vzdání se svého závislého Já, sebestředného pojetí, pocitů ublíženosti a hostility. Dále učení se pokornému naslouchání a přijetí možnosti, které život reálně poskytuje, tyto pojmy, takto psány, vypadají poněkud prázdně, nebo neurčitě, stávají se však zcela hmatatelnými, pokud terapeutický program oslovuje tyto nejhluběji uložené potřeby v člověku.“ Kudrle (2003a, s. 93).

1.5. Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících

Působení návykových látek na dospělého uživatele a dítě nebo dospívajícího je v určitých bodech odlišné. Nešpor (2007, s. 52) tyto odlišnosti shrnuje:

- „Závislost na návykových látkách se vytváří podstatně rychleji (to, k čemu potřebuje dospělý často roky nebo desítky let, stihne dospívající i řádově během měsíců).
- Existuje zde vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování, který je v dospívání častý. K nejčastějším příčinám smrti u dětí a dospívajících patří úrazy, otravy a další násilné příčiny smrti. S ním úzce souvisí zneužívání návykových látek, zejména alkoholu.
- Z podobných důvodů je zde i vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky.

- U dětí a dospívajících závislých na návykových látkách nebo je zneužívajících bývá patrné zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, citového vyžívání, sebekontroly, sociálních dovedností atd.).
- I „pouhé“ experimentování s návykovými látkami je u dětí a dospívajících spojeno s většími problémy v různých oblastech života (rodina, škola, trestná činnost atd.).
- Je zde také častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné ke druhé nebo více látek současně. To opět zvyšuje riziko otrav a dalších komplikací.
- Alkohol a patrně i jiné drogy narušují vytváření sítí mozkových buněk, které probíhá v dospívání, a vedou k znevýhodnění těchto dospívajících.
- Recidivy závislosti jsou u dětí a dospívajících časté, dlouhodobá prognóza však může být podstatně příznivější, než jak by naznačoval často bouřlivý průběh. Důvodem je přirozený proces zrání, který je tichým spojencem léčebných snah.“

Z výše uvedených důvodů je nutná snaha zamezit užívání návykových látek dětmi a dospívajícími, nebo toto užívání co nejvíce oddálit.

2. Pojem normy a vzorce chování

2.1. Norma, normalita, normální rodina

Pojem norma chování úzce souvisí s pojmem normalita rodiny. Sobotková (2007 s. 41) cituje ve své knize čtyři přístupy k normalitě, které uvádí Froma Walschová (1982,1995):

„Normalita jako zdraví a absence patologie – jde o tradiční medicínsko-psychiatrický přístup. Rodina je v tomto pojetí normální, je-li asymptomatická, tj. nevykazuje-li u žádného člena symptomy poruchy či psychopatologie. Ovšem předpoklad, že např. individuální psychická porucha je nutně příznakem rodinné dysfunkce, je mylný. Obdobně nelze předpokládat, že psychicky zdravý jedinec pochází ze zdravé rodiny.

Normalita jako ideál – tento přístup je vlastní především humanistickým teoriím, které normalitu rodiny ztotožňují s ideálním či optimálním fungováním; v případě jedince je ideálem sebeaktualizace, naplnění možností. Úspěšné, optimálně fungující rodiny jsou jakoby umístěny na jednom konci kontinua, ve středu jsou průměrné či asymptomatické rodiny, vážně dysfunkční rodiny jsou na druhém konci kontinua. Úspěšnost rodin je vztahována k určitým hodnotám (např. věrnost, vzájemné porozumění a obohacování, tolerance, naplňování potřeb druhých) a ke splnění určitých úkolů (často to je zdárný vývoj dětí). Velký vliv na obraz ideální rodiny mají sociální, kulturní a etnické normy. Jsou ovšem případy nekonvenčních rodin, které neodpovídají tomuto ideálu, a přesto fungují velmi dobře.

Normalita jako průměr – rodina je normální, pokud odpovídá tomu, co je obvyklé, průměrné, typické. Toto pojetí normality vychází ze sociologie, kde se pracuje se statistickým průměrem, a je založeno na křivce normálního rozložení, kdy střed je průměr (norma) a oba kraje jsou odchylky. Negativní konotace odchylky vede k nežádoucí patologizaci: optimálně fungující rodina by byla tak neobvyklá, abnormální či atypická jako těžce dysfunkční rodina. Další z námitek proti tomuto pojetí je, že některé běžné rodinné vzorce nemusí být nutně zdravé, a mohou být dokonce destruktivní (problém násilí a alkoholismu v rodinách).

Normalita jako transakční proces – přístup podložený systémovou teorií. Na rozdíl od jiných vymezení normality je pozornost věnována procesům probíhajícím v čase: základní procesy zahrnují integraci, udržování a vývoj rodinného systému; jak ve vztahu k individuálním, tak sociálním systémům. V úvahu je tedy brán časový i sociální kontext rodiny. Normální procesy – ať už typické, či optimální – se liší podle různých interních a externích požadavků, kterým se rodina přizpůsobuje v průběhu rodinného životního cyklu. Připouští se tedy značná „variabilita normálního“ a nehledají se (tak jako v jiných přístupech) fixní rysy tzv. normálních rodin.“ (Walshová, 1982,1995; in Sobotková, s. 41)

Ani Matoušek a Pazlarová (2010 s. 18) nestanoví definici normální rodiny jednoznačně. Normální rodina je podle výše jmenovaných autorů „Obtížně definovatelný koncept. Statistická norma je pro celou populaci (také v ČR) zjistitelná jen u několika málo znaků rodinného chování. Určitě není možné aspirovat na její zajištění ve všech sférách fungování rodiny. Koncept je zajímavý hlavně jako (ne vždy dobře reflektovaná) představa „normality“ u profesionálů pracujících s rodinami. U nich bývá spojena s organizační kulturou instituce, která je zaměstnává.“ Tato citace je velmi příznačná právě pro profesi sociálního pracovníka, kdy pojem normy a normality je mnohdy velmi subjektivní. Autoři uvádí tyto průsečíky následujících norem, ve kterých se ocitá pracovník posuzující rodinu:

- „osobní norma determinovaná pracovníkovou vlastní zkušeností z původní rodiny, příp. korigovaná zkušeností z jím založené rodiny – ta je zabarvená aktuální bilancí z vlastního rodinného soužití;
- norma pracovníkových referenčních skupin, tedy skupin, s nimiž se srovnává, nejčastěji kolegů a přátel;
- norma jeho společenské vrstvy, „subkultury“;
- náboženství nebo jinak zakotvená „nadčasová pravidla“, která pro pracovníka mají význam;
- obecná kulturní a společenská norma pro určitou dobu;
- normy kodifikované v národních zákonech a v precedenčních rozhodnutích soudů;
- mezinárodní právní normy, zejména týkající se lidských práv a práv dětí;
- normy vyplývající z kultury organizace, v níž je pracovník zaměstnán;
- normy posuzované rodiny;
- normy referenčních skupin, společenské vrstvy, příp. subkultur, do nichž patří posuzovaná rodina;
- náboženství vyznávané rodinou.“

Dále Matoušek a Pazlarová (2011, s. 19) uvádí: „Obecné normy a normy pro subpopulace jsou obvykle odhadovány. Základní „normální“ úroveň určitých znaků (tzv. baseline-level) bývá popsána na základě empirického průzkumu nanejvýš pro

nějaký jednotlivý aspekt fungování rodiny.“ Dále upozorňují, že: „V posledních desetiletích se ukazuje, že znaky fungování rodiny, zejména ty, které charakterizují komunikaci a reflexi sociální reality, jež byly původně připisované „patologickým“ rodinám, se vyskytují také v rodinách nekónických. Navíc se ukazuje, že variabilita chování v tzv. normálních rodinách je neobyčejně velká.“ (Olivieri, Reiss, 1982; WALSH, 1993; in Matoušek a Pazlarová, 2011, s. 19).

Podle autorů je velkým problémem tradiční sociální práce nereflektované promítání osobních norem pracovníkových referenčních skupin do profesionálního hodnocení rodiny. Pracovníci to sami někdy označují jako hodnocení „srdcem“. Kulturně citlivá sociální práce je založena na reflexi všech norem, jež jsou ve hře, a na opatrném přezkoumávání jejich relevance pro řešení daného případu. Souběžné působení uvedených norem nastavuje pracovníkovi prahy citlivosti. Důležité jsou prahy, podle nichž pracovník kategorizuje rodiny na ty, které pomoc nepotřebují, na ty, které ji potřebují, a na ty, jimž pomoci nelze, protože jejich problémy jsou příliš velké, komplexní, příp. chronické.“ Matoušek a Pazlarová (2011, s. 20).

V kapitole „Hodnocení jednotlivých aspektů fungování rodiny“ Matoušek a Pazlarová (2010, s. 159) píše o kulturní hodnotové orientaci rodiny a uvádí: „Kultura spočívá v hodnotách a normách. Hodnoty jsou abstraktní principy, někdy zakotvené nábožensky. Normy jsou konkrétní pravidla sociálního života. Výraz kultura zde znamená kulturní okruh, nikoli zemi. Výraz „patřit ke kultuře“ znamená respektovat její hodnoty a normy. Indikátory jsou jazyk požívaný v rodině, příslušnost k církvím a sektám, zvyklosti rodiny, popis původu rodiny, předměty v bytě či domě upomínající původní vlast nebo region.“

Koukolík a Drtilová (2008 s. 41) uvádí pět pohledů na lidskou normalitu.

„První pohled říká, že lidská normalita je zdraví neboli nepřítomnost psychopatických příznaků. Jde o lékařské hledisko. Jeho svízelem je, že vyvíjí jak lékařské poznání, tak jeho vztah ke společnosti.

Druhý pohled říká, že normalita je utopie. To je pohled klasické Freudovy psychoanalýzy. Možná odsud pochází věta, že je „každý z nás trochu blázen“. Problém této představy je, že cestou k normalitě – Freud prohlásil, že normální ego je ideální fikce – má být psychoanalýza u psychoanalytika, jenž má být normální,

protože prodělal psychoanalýzu u jiného psychoanalytika, a tak zpětně až k Sigmundu Freudovi, jenž provedl psychoanalýzu sám sobě.

Třetí pohled chápe normalitu jako soubor statistických průměrů lidských vlastností v mnoha rozměrech. V tomto případě se často uvádí příklad inteligenčního kvocientu (IQ), veličiny, která měří míru „školní“ inteligence. Normální hodnota se v populaci pohybuje v rozmezí 90-110 bodů. Za abnormální, respektive patologickou hodnotu se považuje pokles pod tuto hranici. Vzestup nad tuto hranici je statisticky rovněž mimo normu, ale za něco patologického se nepovažuje.

Čtvrtý pohled chápe normalitu jako proces. To je moudrý pohled. Většina z nás se v průběhu života různým tempem a do různé hloubky vyvíjí celý život. To, co se považuje za normální v průběhu dospívání, se často o jednu dvě desítky let později za normální nepovažuje.

Pátému pohledu se říká pragmatický. Normální mají být takové stavy a chování, k jejichž zvládnutí nejsou přizváni psychologové nebo psychiatři. S tím může být také obtíž. Poměrně běžné je, že někteří psychotičtí, tedy velmi těžce nemocní jedinci považují sami sebe za zcela normální, což je součást psychotických příznaků. Nevidí žádný důvod, proč by se jim měli věnovat příslušní odborníci.“

Rieger a Vyhnálková (2001 s. 70) používají pojem normy a normality v kapitole o transakčním prostředí rodiny, které svými specifickými vlastnostmi umožňuje neustávající výměny mezi obyvateli Ostrova. V operačním poli, což je prostor na pevnině Ostrova, v němž a jímž se mezi obyvateli Ostrova bez ustání přenášejí akce všech druhů, se objevují situace, které se v daném vývojovém období opakovaně objevují a svým charakterem vytvářejí typické algoritmy akcí mezi obyvateli Ostrova. Tyto akce se opakováním posilují a mohou se konzervovat a stát fixními. V operačním poli vytvářejí rámce, které vyjadřují „normalitu“ situace. Operační pole je díky této schopnosti indikátorem zdraví či nemoci na Ostrově. Stačí minimální změna v řetězci opakujících se „normálních“ akcí v dané situaci a operační pole tuto změnu zaznamená a signalizuje. V tomto případě se jedná o normy vytvářené uprostřed rodiny a právě o ty v této práci především jde. Dále autoři popisují zakládání ostrova, kdy dvě původní cizí bytosti zakládají nový Ostrov rodiny a každý z nich přináší ze své původní rodiny své rodinné normy. Neznamena to ovšem, že se tyto normy pouze kopírují, ale časem vytváří nové normy, případně různé kompromisy. Čím bohatší, košatější je jich tradice a sociální a kulturní úroveň,

tím větší je příležitost, že také báze Ostrova rodiny bude bohatší a košatější, širší... Zároveň se tím zvyšuje riziko, že báze bude o to více zatížena tradicemi původních Ostrovů a že o to složitější bude formování její společné vnitřní vazby.

Určit lidskou normalitu, jak je vidět, není nic jednoduchého a nelze ostře vymezit normalitu a abnormalitu.

2.2. Vzorce chování

Definovat přesně a jednoduše pojem vzorce chování je ještě obtížnější než u pojmu normy chování.

Sobotková používá pojem rodinné interakce (tento pojem pochází již ze šedesátých let dvacátého století). Autorka uvádí: „Rodinné interakce jsou systémově založené, dynamické způsoby komunikace členů rodiny a to, jak se k sobě navzájem členové rodiny vztahují. Interakce mezi členy rodiny je nejvýraznějším faktorem, který ovlivňuje psychologické „well-being“ v rodině. Právě každodenní, opakující se interakční vzorce utvářejí celkovou, jedinečnou atmosféru rodiny.“ Sobotková (2007, s. 46).

Také Matoušek (1997, s. 71) se zmiňuje o interakčních vzorcích v rodině. „Abychom mohli předpokládat, že určité interakční vzorce jsou pro rodinu typické, bylo by třeba mnoho pozorování.“ V této souvislosti upozorňuje na význam návštěv v rodinách, které jsou neobvykle časově náročné, ale umožňují pozorovat rodinnou interakci v přirozeném prostředí rodiny, což je pro diagnostiku nenahraditelné.

Rovněž rodinné mýty lze označit za vzorce chování. Jak uvádí Sobotková (2007, s. 48): „Mýty samy o sobě mohou být pozitivní a negativní. Mýtus je skryté přesvědčení, které má velice konkrétní důsledky pro jednání všech členů rodiny. K základním typům mýtů patří např.:

- mýtus harmonie – jsme a budeme vždy šťastni;
- mýtus obětního beránka – někdo za to může, někdo je vinen;
- mýtus přehnané soudržnosti – všichni vně rodiny jsou potenciální nepřátelé, nedá se jim věřit, je nutné držet maximálně spolu a bránit se tak ohrožení zvenčí.“

I rodinné rituály jsou určitými vzorci chování v rodinách. Sobotková (2007, str. 50) uvádí, že: „Rituály jsou specifické, pro rodinu typické a ustálené průběhy některých činností, které mají ochrannou, pomocnou a stabilizační funkci. Rituály mohou mít podobu každodenní rutiny, jako je stolování, loučení členů rodiny ráno před odchodem do školy a práce či večerní ukládání ke spánku. Jedná se také o slavnostní příležitosti jako slavení narozenin, rodinných výročí, Vánoc, Velikonoc atd., při nichž se silně projevuje rodinná tradice. V rodinách, ve kterých jsou rituály zanedbávané, potlačené či zapomenuté, může životně důležité vědomí rodinné identity v průběhu času slábnout.“

Satirová (2007, s. 46) ve své publikaci používá také častěji pojem interakce než pojem vzorce chování. Pojem protichůdných a sebeklamných vzorců používá u příkladů protikladných explicitně-implicitních sdělení rodičů, která mohou indukovat deviantní chování dítěte. Pokud dítě nemá k takovým sdělením klíč k jejich dešifrování, je jeho zdravý vývoj ohrožen. Jako příklad takového chování uvádí příklad matky, která žádá svoji dceru, aby byla „hodná holčička“. První dárek, který jí pošle do polepšovny, je sada sedmi velmi sexy různobarevných podprsenek. Uvádí i další příklady takového pro dítě těžko srozumitelného sdělení.

Matoušek a Matoušková (2011, s. 47), ve svém aktualizovaném vydání, v kapitole rodinná interakce uvádějí, že: „Ferreira (1963) byl patrně první ze systemických teoretiků, který se v šedesátých letech v práci o rodinných mýtech dotkl vztahových vzorců příznačných pro rodiny mladistvých provinilců proti zákonu. Způsob interakce v těchto rodinách charakterizoval jako rozštěpenou dvojnou vazbu, čímž popisoval polarizaci v postoji otce a matky k delikventně se chovajícímu dítěti. To je – jak se později ukázalo – ovšem častý typ vztahové konstelace v rodinách s jakkoliv ohroženým dítětem (např. nemocným nebo drogově závislým). Nejobvyklejší podobou tohoto vzorce je nekritický příklon matky k dítěti a velmi kritické, odmítavé či žárlivé chování otce. Zdá se, jako by ohrožení dítěte aktualizovalo oidipovský vztahový trojúhelník popsany Freudem a jeho pokračovateli.“ Dále uvádí: „Dítě si během vývoje osvojuje nejen vzorce fungování své rodiny, ale současně vzorce fungování kultury, do níž jeho rodina patří. Předávání těchto vzorců je označováno jako enkulturace.“ Matoušek a Pazlarová (2010, s. 95).

Rieger a Vyhnálková (2001, s. 124) užívají pojmu vzorce v souvislosti s charismatem. „Charisma je pojem řecký a znamená poslání, dar mimořádných osobitých vlastností

a schopností.“ Co je prapůvodním zdrojem charismatu, nevíme. „Může to být „vztahová síťovina“, která je utkána za vzorců akcí, jejichž podobnost a opakování potvrzuje jejich výhodnost a smysl: akce, která byla ve spleti ostatních akcí nediferencovaná, se díky svému opakování ukazuje jako výhodná – proto také trvalá a stálá. Upevňuje se, konzervuje a může přerůst ve výkon, jímž je potvrzován její význam vzhledem k nediferencovanému množství ostatních akcí. Tím se k takové akci vytváří vztah, který se kóduje do paměti (zkušenosti), neomezené časem a prostorem. Akumulovaná zkušenost a z ní vyplývající vztah pak osnuje záznamy, které tvoří vztahovou síťovinu. Tyto záznamy se neustále vrství. A to tak dlouho, dokud se opakovaně nepotvrdí jejich výhodnost. Pak se transformují do informačního pole. V něm jsou převedeny do specifického symbolického jazyka, který na ostří dokonalosti vyhraňuje podstatu onoho vztahu, o němž záznam jedná. Takto zakódované záznamy pak utkvívají v paměti a získávají trvalost danou jejich výhodností. Z nich se postupně utvářejí zvyky a obyčeje. „Obyčej“, „zvyk“ se latinsky řekne mós, mórid, což znamená také mrav.“ Rieger a Vyhnálková (2001, s. 126).

Rieger a Vyhnálková (2001, s. 130) popisují i mýty jako významné kanály přinášející pro Ostrov výhodné zkušenosti. Pokud je mýtus opakovaně sdělován a je sdílána jeho výhodnost, mýtus setrvává nadále a může tak být vzorem správnosti akce, i když se někdy může pozorovateli zvenčí zdát jako zbytečný nebo dokonce směšný. Také systém odměn a trestů v rodině, který určuje nejen důvody k trestání a odměňování, ale i způsob jejich výkonu, vytváří vzorce chování. Budoucí rodič přejímá tyto vzorce ze své původní rodiny a používá je ve své budoucí rodině ve stejné formě nebo jen drobně pozměněné.

Do jaké míry vzorce chování jednotlivé bytosti přenesou do své nově založené rodiny, je závislé na mnoha okolnostech, a nelze proto jednoznačně říci, kdy a za jakých podmínek bude určitý vzorec chování v rodině předáván další generaci. Existuje mnoho rizikových i protektivních faktorů, které toto mohou ovlivnit.

PRAKTICKÁ ČÁST

3. Metodologie výzkumu

3.1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je prokázat vliv užívání legálních nebo nelegálních návykových látek, nebo kombinací obou, jedním nebo oběma rodiči na rizikové chování dětí vyrůstajících v těchto nefunkčních rodinách se zaměřením na užívání nelegálních návykových látek dětmi vychovávanými v těchto rodinách.

3.2. Výzkumná otázka

Bylo důvodem užívání návykových látek klienty uvedených dvou kazuistik užívání návykových látek jejich rodiči?

3.3. Metody výzkumu

V této práci se jedná o kvalitativní výzkum prostřednictvím dvou případových studií – kazuistik. Kazuistiky reprezentují dlouhodobější kvalitativní výzkum dvou vybraných rodin. Zdrojem informací je spisová dokumentace kurátora pro děti a mládež a koordinátora pro drogově závislé Městského úřadu v Roudnici nad Labem. Předmětem výzkumu je vliv užívání návykových látek jedním nebo oběma rodiči na budoucí užívání návykových látek dětmi vychovávanými v takové rodině.

„Případová studie je jednou z forem neexperimentálních plánů výzkumu. Svým způsobem představují případové studie specifický typ vzorkových přehledů, kde se velikost vzorku rovná jedné osobě.“ Ferjenčík (2000, s. 132).

Výzkum bude sloužit k lepšímu a důkladnějšímu posuzování rizikových faktorů a protektivních faktorů ve výchově dětí v rodinách, kde jeden nebo oba rodiče užívají legální nebo nelegální návykové látky, odpovědnými pracovníky.

Výsledky výzkumu budou sloužit pracovníkům a pracovnícím věnujícím se práci s dětmi vyrůstajícím v rodinách s uvedenými problémy. Především se bude jednat o sociální pracovníky obcí s rozšířenou a přenesenou působností, sociální pracovníky a vychovatele ústavů a dětských domovů, výchovné poradce a metodiky prevence základních a středních škol a učilišť, probační pracovníky. Výsledky této práce předám spolupracovníkům výše uvedených institucí, kteří jsou součástí multitýmu, jehož jsem rovněž členem.

3.4. Výzkumný soubor

Výzkumným vzorkem jsou rodiny, kde jeden nebo oba rodiče užívají nebo užívali návykové látky a zároveň jeden nebo více potomků této rodiny zneužívá nebo zneužíval návykové látky. Základním souborem pro výběr bylo 627 klientů kurátora pro děti a mládež za období devíti let praxe. Výběrový soubor tvořilo 51 klientů, kteří užívali nelegální návykové látky. Z tohoto souboru byly účelově vybrány dvě rodiny, jejichž případové studie jsou popsány. Důvodem výběru těchto dvou rodin bylo splnění výše uvedených podmínek, dlouhodobá spolupráce s oběma rodinami a podrobná znalost obou rodin. Tyto dvě kazuistiky se shodují v tom, že v obou případech rodiče byli závislí na návykových látkách, shodné je i to, že děti užívali nelegální návykové látky a byly umístěny do výchovného ústavu. Případy se liší v tom, že Martinův otec je po celou dobu závislý, nejprve na nelegálních návykových látkách a posléze na alkoholu, matka neměla problémy s návykovými látkami, ani sestra dosud neužívala žádné návykové látky. Rodiče Tadeáše a Nikoly byli závislí oba na nelegálních návykových látkách, ale před narozením dětí. V době jejich narození otec i matka abstinovali. V dětství otec rodinu opustil a do výchovy nijak nezasáhl. Matka do doby, kdy Tadeášovi bylo 15 let, a Nikole 16 let neužívala žádné návykové látky.

Nabízí se otázka, proč nebyla vybrána druhá rodina tak, aby nabízela srovnání rodiny, kde převážily rizikové faktory a rodiny, kde naopak měly převahu protektivní faktory. Odpověď je jednoduchá, v archivu kurátora není žádná rodina, kde by převážily protektivní faktory. Tyto rodiny nejsou zpravidla vůbec evidovány.

4. Kazuistika rodiny „A“

4.1. Začátek práce s rodinou

S rodinou jsem začal pracovat v říjnu roku 2002, kdy Martinovi bylo 13 let. V této době se Martin s matkou Marií, které bylo 36 let, a 6letou sestrou Adélou přistěhoval do naší lokality. Otec Roman (32 let) v té době žil s jinou ženou, užíval pervitin a s rodinou se nestýkal. Výchovné problémy Martina začali již v předchozím bydlišti, a měl již stanoven soudní dohled. Začátkem mé spolupráce s rodinou bylo vypracování aktuální zprávy pro okresní soud o chování Martin v novém bydlišti a nové škole.

4.2. Základní údaje o rodině

Rodiče Marie a Roman se seznámili v roce 1987, kdy bylo Marii 21 let a Romanovi 17 let. Marie pracovala ve výchovném ústavu, kde byl Roman umístěn. Po dosažení zletilosti Romana Marie otěhotněla a záhy uzavřeli manželství. Odstěhovali se do jiného většího města, kde měli pronajatý byt. V roce 1989, kdy Marii bylo 23 let a Romanovi 19 let, se narodil Martin. Roman ve svých 22 letech opustil rodinu, užíval návykové látky (pervitin) a ve velké míře pil alkohol. Marie neměla dostatek peněz na nájem bytu a odstěhovala se s Martinem ke své matce ve stejném městě. Roman se ve 25 letech vrátil zpět k rodině. V roce 1996 se narodila dcera Adéla. Marii bylo 30 let, Romanovi 26 a Martinovi 7 let. Roman měl konflikty s matkou manželky a opustil znova rodinu ve 30 letech. Marie měla po odchodu Romana rovněž konflikty s matkou a odstěhovala se do azylového domu i s oběma dětmi. V roce 2002, kdy bylo Marii 36 let, se odstěhovala do současného bydliště v našem správním obvodu.

4.3. Proč jsem si vybral tuto rodinu

Rodina mne zaujala skutečností, že Martin, nejprve velmi kritizoval otcovo chování, nedokázal se vyrovnat s otcovou závislostí. Postupem času však sám převzal některé normy a vzory chování a ve spojení s ostatními rizikovými faktory se sám stal závislým. Martin byl z důvodu užívání návykových látek a trestné činnosti umístěn

do výchovného ústavu. Pro opakovanou trestnou činnost mu byla nejprve nařízena a později prodloužena ochranná ústavní výchova a v konečném důsledku vedla k jeho uvěznění.

4.4. Etické otázky

Čestně prohlašuji, že tuto kazuistiku jsem vypracoval samostatně. V uvedené práci nejsou uváděna skutečná jména osob, ani nejsou uvedena léčebná zařízení a názvy obcí a měst, kde se příběh odehrával. Rovněž jsou změněny některé osobní údaje uvedených osob. Klientka i klient písemně souhlasili s použitím jejich příběhu, byli seznámeni se skutečností, že uvedená jména a údaje budou upraveny a příběh přizpůsoben tak, aby nebylo možné podle těchto údajů klienty nebo osoby uvedené v této práci identifikovat.

4.5. Zdroje kazuistiky

Zdrojem této kazuistické práce je spis kurátora pro děti a mládež a koordinátora pro drogově závislé.

4.6. Anamnézy

4.6.1. Osobní anamnéza

Problémy Martina začaly, když otec opustil podruhé rodinu. Martin si v té době již uvědomoval užívání drog a alkoholismus otce. V azylovém domě se začlenil do party problémových kluků, se kterými začal krást v obchodech. Sám uvádí, že kradl proto, aby upoutal pozornost své matky, která byla stále nejvíce soustředěná na manžela a dětem věnovala málo pozornosti. Po přestěhování do obce v našem obvodu pokračoval Martin ve snaze upoutat na sebe pozornost. Přesto, že byl nadprůměrně inteligentní (v pedagogicko-psychologické poradně měl IQ test v hodnotě 127 bodů), upoutával pozornost porušováním školního řádu. Tyto výchovné problémy vedly až k medikaci dětským psychiatrem. To na chvíli Martina zklidnilo. V době, kdy se otec

opět vrátil k matce a nastěhoval se k nim do nového bytu, se Martinovy výchovné problémy opět zhoršily. Ve 14 letech začal užívat marihuanu a problémy se začaly stupňovat. Martin uvádí, že drogy začal brát proto, aby ukázal otci, jak je to hnusné. Ve věku 14,5 roku začal příležitostně užívat pervitin. Zpočátku se jednalo o šňupání, ale během 3 měsíců přešel na intravenózní aplikaci. Martin sám viděl, že závislost není schopen zvládnout, a tak pod hrozbou ústavní výchovy souhlasil s léčením v komunitním zařízení pro děti do 15 let. Léčení však nedokončil a účelově v době návštěvy babičky v zařízení sprejem postříkal zeď. Protože se jednalo o třetí porušení pravidel, byl okamžitě vyloučen a předán babičce. V 15 letech začal chodit na střední odbornou školu, obor management obchodu. Marihuanu však začal kouřit ihned po návratu z komunity. Po 2 měsících ve škole začal opět užívat pervitin. Neměl však dostatek peněz na nákup drogy, proto začal pervitin prodávat jako dealer. Martin začal chodit za školu a na konci prvního ročníku, když bylo Martinovi 16 let, začal pervitin a marihuanu prodávat i ve škole. Byl proto ze školy vyloučen. Protože ohrožoval i výchovu své sestry, byl umístěn na základě předběžného opatření soudu do diagnostického ústavu. Po dvou měsících diagnostikování byl přemístěn do výchovného ústavu nedaleko bydliště rodiny. Zde se Martin začal chovat dle pravidel. Začal navštěvovat odborné učiliště, obor výroba nábytku. Jeho chování však bylo účelové, aby mohl trávit víkendy v rodině. Pokud mu nebyl umožněn pobyt podle jeho představ, dopouštěl se útěků. Na útěku se v 16,5 letech dopustil opakovaného loupežného přepadení a byl umístěn do vazební věznice, kde strávil 2 měsíce. Byl podmíněně odsouzen a vrácen zpět do ústavu. Soud změnil ústavní výchovu na ochrannou ústavní výchovu. Téměř rok se Martin choval bezproblémově, poté se však opět dopustil dvou útěků z ústavu. Martin však měl nařízenou ochrannou ústavní výchovu, a proto byl každý útěk řešen jako maření úředního rozhodnutí a Martin byl za každý útěk trestán obecně prospěšnými pracemi. Z důvodu obavy z nedokončení vzdělání byla Martinovi před dosažením zletilosti prodloužena ochranná ústavní výchova do 19 let. Martin byl v 18,5 letech zařazen do speciálního programu vzdělávání v ústavu, kam byl za tímto účelem přeložen se souhlasem soudu. Martin však nedodržel základní pravidla programu a byl během měsíce vyřazen a vrátil se zpět do „domovského“ ústavu, kde měl dokončit učiliště. Závěrečné zkoušky se však konaly až 14 dní po dosažení věku 19 let Martina. Martin se měl proto na ně připravovat po propuštění z ústavu v rodině. Martin však během týdne odešel do města k babičce a na závěrečné zkoušky

se nedostavil. Začal opět užívat pervitin. Vzhledem k tomu, že nepracoval a ani nepobíral sociální dávky, musel si prostředky na nákup drog opatřovat krádežemi v hypermarketech, vykrádáním aut apod. Během krátké doby byl opakovaně přistižen při krádeži a ve 20 letech byl zadržen a umístěn do vazby. Následně byl odsouzen a uvězněn. V současné době je ve výkonu trestu. Předpokládané propuštění je v březnu 2016. Martin však bude mít ještě několik soudních jednání, která mohou délku trestu ještě prodloužit.

4.6.2. Zdravotní anamnéza

Porod Martina proběhl bez problémů. Nikdy neměl žádná závažná onemocnění ani nebyl hospitalizován.

Martin měl první pohlavní styk ve věku 14 let v době, kdy začal experimentovat s pervitinem.

Martin nebyl nakažen virovou hepatitidou C. Naposledy testován v listopadu 2009, kdy byl vzat do vazby.

Rovněž HIV test je negativní. Naposledy byl testován rovněž v listopadu 2009.

Martin navštěvoval v roce 2001 a 2003 pedagogicko-psychologickou poradnu.

Suicidiální pokusy neměl.

4.6.3. Sociální anamnéza

Martin po dokončení základní školy začal navštěvovat střední školu, obor management obchodu. V prvním ročníku byl vyloučen a umístěn do výchovného ústavu, kde navštěvoval učební obor truhlář – výroba nábytku. Dva týdny před závěrečnými zkouškami obor opustil. Na základní škole se věnoval fotbalu, který ho velmi bavil. O sport se přestal zajímat v době, kdy s partou začal kouřit

marihuanu. Sportu se začal opět věnovat až v ústavu, kde sport byl prostředkem jak se dostat na různé sportovní akce mimo zařízení.

Martin nikdy nepracoval. Po propuštění z výchovného stavu, mu kurátor našel práci i s ubytováním v továrně. Martin však tuto nabídku odmítl s odůvodněním: „Nebudu někde dřít ve fabrice za deset tisíc měsíčně“. Po ukončení ústavní výchovy se zaevidoval na úřadu práce a požádal o dávku po propuštění z ústavní výchovy. Nedostavil se však již na následnou kontrolu na úřad práce a byl vyřazen z evidence uchazečů o zaměstnání. Peníze si obstarával krádežemi až do doby uvěznění. V současné době má dva dluhy za uzavřené smlouvy na mobilní telefon, kde nedodržel smluvní podmínky. Celkově dluh činí asi 50 tisíc korun. Vzhledem k tomu, že Martin v současné době ve výkonu trestu pracuje a dluhy postupně splácí, je pravděpodobné, že po propuštění nebude mít žádný dluh.

4.6.4. Drogová kariéra

Martin začal kouřit marihuanu ve 14 letech společně s partou kamarádů z vedlejší vesnice, kam docházel pěšky. Během prázdnin roku 2003, kdy mu stále ještě bylo 14 let, začal šňupat pervitin. Asi za tři měsíce začal pervitin užívat intravenózně. Na začátku roku 2004 byla situace natolik závažná, že hrozila Martinovi ústavní výchova. Společně s matkou se rozhodl, že se bude dobrovolně léčit v komunitě pro děti do 15 let. V komunitním zařízení byl Martin téměř 5 měsíců. Nedokončil tak řádně celý pobyt, který byl naplánovaný na 6 měsíců. Ihned po návratu k rodičům začal opět kouřit marihuanu, vždy ji považoval za zcela neškodnou a nechtěl se jejího užívání vzdát. Během dvou měsíců došlo k recidivě i v užívání pervitinu. Zpočátku bral Martin peníze na drogy doma rodičům (otec v té době pracoval a měl dobrý příjem). Po půl roce, ale byla Martinova potřeba peněz tak vysoká a rodiče si peníze i více hlídali, že začal pervitin a marihuanu prodávat jako dealer. Prodával drogy i ve škole, což neuniklo vedení školy. Martin měl i časté absence, a tak ředitel Martina ze školy vyloučil. V té době Martin pod vlivem pervitinu napadal otce, násilím bral matce peníze a to vše před sestrou Adélou, které bylo jen 8 let. Proto byl Martin těsně před 16. narozeninami umístěn do diagnostického ústavu. Po umístění přestal Martin užívat pervitin i kouřit marihuanu. Sám později řekl, že to bylo jen proto, aby se dostal z diagnostického ústavu do výchovného ústavu s mírnějším režimem a měl

zde větší volnost. To se mu také podařilo a ve výchovném ústavu, kam byl přemístěn, kouřil příležitostně marihuanu. Na vycházkách pil alkohol a kouřil cigarety (ty již od 14 let pravidelně). Na útěku příležitostně užil i pervitin. Po propuštění z ústavní výchovy v 19 letech začal Martin kouřit marihuanu několikrát denně a pravidelně užíval i pervitin. Protože neměl vlastní příjem a rodiče, v té době oba bez zaměstnání, také neměli peníze, začal si Martin peníze obstarávat krádežemi. Ve věku 19,5 roku byl policií zadržen a následně umístěn do vazební věznice. Byl odsouzen a dosud je ve výkonu trestu. Ve výkonu trestu nemá žádné finanční prostředky na nákup pervitinu ani jiné návykové látky. Jen babička mu v balíku posílá cigarety.

4.6.5. Rodinná anamnéza

Matka Marie se s manželem Romanem seznámila ve věku 21 let, při svém prvním zaměstnání ve výchovném ústavu, kde byl Roman umístěn. Roman v té době kouřil cigarety, pil alkohol ve větším množství, experimentoval s toluenem a měl za sebou první zkušenosti s pervitinem. Marie, protože byla plnoletá, brala Romana na víkendy do své pronajaté garsoniéry v nedalekém městě. Marie trávila s Romanem víkendy obvykle v restauraci i s jeho kamarády, kde s nimi pila alkohol a kouřila cigarety. Užívání jiných návykových látek se vždy vyhýbala. Samozřejmě, že útratu v restauraci platila vždy Marie a to mnohdy i za Romanovy kamarády. Krátce po dosažení Romanovy zletilosti Marie otěhotněla. Odstěhovali se do města a zde Roman pokračoval v denním pití alkoholu a začal více užívat pervitin. Dokud Roman pracoval jako natěrač-lakýrník, byla rodina schopna udržet si byt.

Když ale Roman ve svých 22 letech rodinu opustil s jinou ženou, také užívatelkou pervitinu, musela se Marie přestěhovat ke své matce ve stejném městě. Roman se vrátil k rodině po 3 letech ve věku 25 let a na usmířenou si s Marií „pořídili“ dceru Adélu. Roman však nikdy nepřestal pít alkohol, v této době pil jen v pátek a sobotu, protože v pondělí musel jít do práce. A pokud by propil i neděli, nemohl by v pondělí řádně pracovat. Roman měl neustálé konflikty s tchýní. Ve 30 letech Roman opět začal pít intenzivněji a začal znovu užívat pervitin a během krátké doby rodinu opět opustil.

Marie po odchodu manžela měla také konflikty s matkou a ve 32 letech si našla byt v jiné vzdálené obci, kam se s dcerou a synem odstěhovala. Po půl roce se Roman vrátil k rodině a Marie ho bez problémů přijala. Roman si zde našel práci, ale stále trávil víkendy v restauraci s novými kamarády, vracel se pozdě v noci opilý a agresivní. Časté hádky a fyzické napadání Marie vedly k tomu, že syn Martin trávil hodně času mimo rodinu s partou kamarádů, kteří kouřili marihuanu a příležitostně čichali toluen a šňupali pervitin. Martin nesouhlasil s tím, aby se otec k rodině vrátil a matce to měl za zlé. Adéla, které bylo 7 let, byla ráda, že má doma oba rodiče. Noční hádky a napadání prospala.

Martin byl z důvodu trestné činnosti a užívání pervitinu umístěn do výchovného ústavu. Roman to dával za vinu Marii, že děti špatně vychovala a nedokázala se o ně řádně postarat. Ve věku 37 let Roman začal pít téměř denně. Nedokázal si v práci plnit své pracovní povinnosti a byl propuštěn. To bylo pro něho impulzem k ještě častějšímu a intenzivnějšímu pití. Začal pít doma, jeho denní potřeba byla cca 7 litrů „krabicového“ vína denně. Po opakovaném pohovoru s kurátorem se rozhodl nastoupit na léčení v psychiatrické léčebně. V léčebně se seznámil s pacientkou také závislou na alkoholu. Léčbu předčasně ukončil společně s novou přítelkyní a začal žít s ní. Po půl roce se však opět vrátil k rodině a Marie ho opět bez výhrad přijala zpět.

Během krátké doby začala mít rodina finanční potíže. Roman všechny peníze propil a Marii tak nezbyly peníze na zaplacení nájmu a poplatků za energie. Začaly problémy s dluhy a první hrozba ukončení nájemní smlouvy. Marie se zpočátku snažila „upít“ Romanovi část nakoupeného alkoholu, aby nebyl tak opilý a agresivní. Roman však příští den nakoupil alkoholu větší množství. Marie tak začala mít problémy s alkoholem také. Následoval pohovor s kurátorem, který jasně stanovil, že pokud bude matka při kontrole v rodině (a to i noční) pod vlivem alkoholu, bude dcera Adéla odebrána a umístěna do dětského domova. Po této intervenci matka přestala pít a situace se zlepšila. Romanovy snahy o léčení alkoholové závislosti se ještě 5x opakovaly, vždy se stejným výsledkem – předčasný odchod z léčebny. Dvakrát se nechal hospitalizovat v době, kdy byl policií vykázán z místa trvalého pobytu pro napadení manželky a v jednom případě i dcery Adély, která musela být po napadení otcem dokonce hospitalizována na dětském oddělení. Adéla začala mít problémy s chováním ve škole a s docházkou do školy. Po opakovaných výchovných

komisích matka souhlasila s umístěním Adély ve středisku výchovné péče. Adéla však dobrovolný pobyt nedokončila.

Roman v březnu 2011 napadl v opilosti Marii tak, že musela být hospitalizována. Bylo nutné situaci řešit radikálně, proto byl soud požádán o vydání předběžného opatření na umístění Adély do diagnostického ústavu. Soud předběžné opatření vydal, a tak byla Adéla ve věku 14,5 roku umístěna do výchovného ústavu. Marie bylo doporučeno po krátké hospitalizaci využít možnosti krizového centra pro týrané ženy. Marie zde byla ubytována, využila pomoci psychiatra a po 5 dnech, na jeho doporučení, nastoupila dobrovolně na léčení do psychiatrické léčebny. Po třech měsících léčení je Marie ubytována v azylovém domě pro ženy, kurátor umožnil prázdninový pobyt Adély u matky v azylovém domě. V současné době si Marie našla byt a práci. Pokud bude vše nadále pokračovat dle plánu, bude Adéla podmíněčně propuštěna do péče matky a pokud se péče osvědčí, bude zrušena ústavní výchova Adély.

4.6.6. Zhodnocení klienta a jeho rodiny

Začátek práce s Martinem a jeho rodinou začal přistěhováním rodiny do obvodu obce s rozšířenou působností, kde pracuji jako kurátor. Martin se během půl roku dostal do problémů s užíváním návykových látek. Martinova diagnóza ve 14 letech byla syndrom závislosti vyvolaný užíváním stimulantů (pervitinem) F 15.2.

Během spolupráce byla řešena i závislost otce Romana, jehož diagnóza je syndrom závislosti na alkoholu F 10.2.

Rovněž matka Marie je situací v rodině postižena, její současná diagnóza je posttraumatická stresová porucha jako reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení F 43.1.

Ani Adéla není psychicky zcela bez problémů, ale její diagnóza mi není v současné době k dispozici. Pokud bych měl stanovit diagnózu sám domnívám se, že se jedná o reakci na těžký stres a poruchy přizpůsobení F 43.2.

4.6.7. Další vývoj

Po ukončení ochranné ústavní výchovy byla spolupráce s Martinem velmi sporadická. Martin využil po propuštění z ústavu možnost požádat o sociální dávku vyplácenou kurátorem ve výši 1000,- Kč. Nabídku práce odmítl s odůvodněním, že není pro něho dostatečně dobrá. A to i přesto, že nedokončil učební obor. Poté se Martin odmlčel a další kontakt s kurátorem měl až po svém umístění do vazby. Vyžádal si i dvakrát návštěvu kurátora ve věznici. Kurátor zprostředkovává kontakt s Martinovou babičkou, která má o Martina obavy a snaží se mu v rámci svých možností finančně vypomáhat. Martin v současné době ve výkonu trestu pracuje a nyní zažádal ředitele věznice o možnost navštěvovat učební obor ve věznici. To mu bylo umožněno a od září 2011 začne navštěvovat učební obor truhlář.

4.6.8. Léčebné intervence

Martin absolvoval první vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně ve věku 11 let, kdy byl s matkou a sestrou ubytován v azylovém domě a s partou kamarádů se dopouštěl krádeží v obchodech. Další vyšetření v PPP absolvoval ve 14 letech a na základě jejich doporučení začal navštěvovat dětskou psychiatrii. Byl medikován z důvodu syndromu hyperaktivity.

Ve věku 14,5 roku byl hospitalizován v psychiatrické léčebně z důvodu detoxifikace. Po týdenním detoxu navazoval pobyt v komunitním zařízení pro léčbu drogových závislostí dětí do 15 let. Šestiměsíční pobyt však Martin po 5 měsících opustil. Důvodem bylo záměrné třetí závažné porušení pravidel komunity. Konkrétně při osobní návštěvě babičky Martin postříkal sprejem zeď. Martin si byl vědom, že vedoucí komunity využije osobní návštěvy babičky a ihned jí Martina předá. Tak se také stalo. To byla poslední léčba, kterou Martin absolvoval. Po umístění do zařízení pro výkon ústavní výchovy již nikdy léčení neabsolvoval. Abstinovat vždy sám z účelových důvodů. Nejprve, aby mohl na prázdninový pobyt k rodičům, potom proto, že byl soudem podmíněčně odsouzen a měl stanoveno výchovné opatření, které mu nařizovalo neužívat návykové látky. Martin si byl vědom, že porušením tohoto výchovného opatření by bylo důvodem k přeměně podmíněného trestu

na trest nepodmíněný. Nyní Martin abstinuje nedobrovolně, ve výkonu trestu nemá dostatečné finanční prostředky na nákup drog, které jsou ve věznici 2-4x dražší.

4.7. Souhrn případu, rozbor, rozvaha

Případová studie rodiny A je zajímavá citovou závislostí matky Martina na otci, který měl od počátku vztahu problémy se závislostí na alkoholu a pervitinu, v opilosti se choval agresivně a opakovaně fyzicky napadl manželku, v jednom případě dokonce i Martinovu sestru Adélu.

I v této kauze platí, že se na závislosti spolupodílí vždy více faktorů (Bouček 2006, s. 33). Martin měl stejně jako v následující kauze Tadeáš problém s hyperaktivitou. Jak uvádí Matoušek, Matoušková (2011, str. 27) syndrom hyperaktivity postihuje nejméně 5%, podle některých pramenů až 10-15% dětí, mnohokrát častěji chlapce než děvčata. To potvrzuje případ Martina a Adély, ale i případ Nikoly a Tadeáše.

Druhé vyšetření Martina v pedagogicko-psychologické poradně bylo velmi podrobné a na závěr byla vypracována podrobná zpráva jak s Martinem ve škole pracovat v případě porušování pravidel. Tato zpráva byla poskytnuta OSPOD a základní škole, kterou Martin navštěvoval. V Martinově případě třídní učitelka doslovně kurátorovi řekla: „Nebudu se řídit nějakým doporučením poradny, učím přes dvacet let a budu si to dělat, jak já uznám za vhodné.“

Martin vzhledem ke své přirozené inteligenci dokázal velmi dobře manipulovat s lidmi. Pokud chce dosáhnout svého cíle, dokáže být velmi přesvědčivý. Oklamat se mu zpočátku dařilo kurátora, pracovníky komunity, odborníky v diagnostickém ústavu a nyní se mu daří velmi úspěšně manipulovat pracovníky ve výkonu trestu. Umně využívá i svou babičku, která přesto, že nemá sama dostatek finančních prostředků, Martina ve vězení finančně i materiálně podporuje.

„Dlouhodobým účinkem užívání stimulantů je vznik závislosti. Látky této skupiny nevyvolávají somatickou závislost, „jen“ závislost psychickou, která se vyznačuje především carvingem (dychtěním po látce, resp. jejího účinku). Je důležité si uvědomit, že psychická závislost je v zásadě vážnějším následkem než závislost fyzická, protože zatímco fyzické závislosti je možné se zbavit relativně krátkodobým

pobytem na detoxifikační jednotce, psychická závislost je důvodem relativně dlouhé léčby a handicapuje uživatele při jakémkoli dalším užití látky, a to i z terapeutických důvodů.“ Minařík (2003a, s. 164). To platí i v případě Martina.

Pokud budeme věřit Martinovu tvrzení, že původně chtěl jen otci ukázat, jak hnusné je brát drogy, situace se mu velmi brzy vymkla kontrole a skončila závislostí na pervitinu. Zatím se neprojevila žádná somatická poškození. „Užívání stimulantů představuje zátěž pro celý organismus, především pro kardiovaskulární systém, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Organismus je po celou dobu účinku připraven na vrcholový výkon, což se sníženou chutí k jídlu vede k velmi rychlému zhubnutí, někdy i více než 10 kg za měsíc. Uživatelé bývají extrémně vyhublí, např. hmotnost 35 kg při 170 cm výšky!“ Minařík (2003a, s. 164). Martin vykazoval typické příznaky zatěžující organismus. Byl značně vyhublý, dle jeho tvrzení měl ve vazbě problémy s tachykardií. Vězení tak paradoxně má v současné době pozitivní vliv na jeho zdravotní stav. Přibral na váze, tachykardie zmizela. Jako negativní vnímá, že po zařazení do zaměstnání ve výkonu trestu je po osmihodinové směně značně vyčerpaný a po jejím skončení není schopen ani napsat dopis babičce. Martin má pocit, že bez pervitinu je „zpomalený, bez energie a nic nestíhá“.

V Martinově životě se objevila řada rizikových faktorů. Prvním z nich byla závislost otce, následoval nedostatek času na děti, neexistující pravidla pro děti. Časem se objevil i rizikový faktor špatných finančních podmínek v rodině. Velmi často se děti dostávaly do situace, kdy je několik týdnů i měsíců vychovávala pouze matka. Rizikové faktory vyvrcholily závislostí Martina na pervitinu.

Odmítnutím babičky převzít péči o vnuka Martina byla započata absence protektivních faktorů. Následovala neschopnost rodičů dodržet doporučení odborníků z pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče ani komunitního zařízení na stanovení jasných pravidel nejen pro Martina, ale později i pro dceru Adélu.

Nelze tedy jednoznačně říci, že alkoholismus otce je důvodem Martinova kouření marihuany a následně závislosti na pervitinu. Jde o soubor mnoha faktorů, kde alkoholismus otce je jedním z podstatných příčin Martinovy závislosti.

5. Kazuistika rodiny „B“

5.1. Začátek práce s rodinou

S rodinou jsem začal pracovat v červnu roku 2004, kdy Tadeášovi bylo 12 let a Nikole téměř 14 let. Matce Ivetě bylo 40 let. V této době se poprvé objevily výchovné problémy Tadeáše. Velmi brzy se projevil i problém Nikoly s kouřením marihuany a šňupáním pervitinu. Od tohoto období byla naše spolupráce velmi intenzivní, ale nedobrovolná. Od dosažení zletilosti Nikoly a Tadeáše je jejich spolupráce s koordinátorem pro drogově závislé dobrovolná, ale přesto mne oba sourozenci poměrně pravidelně navštěvují, vyhledávají pomoc a někdy se zastaví jen na kus řeči. Tyto chvíle jsou vzácné, ale potěší.

5.2. Základní údaje o rodině

Iveta a Tomáš se seznámili, když Ivetě bylo 24 let a Tomášovi 18 let. Brzy po seznámení uzavřeli manželství a Iveta otěhotněla. V prvním manželství Ivety a Tomáše se narodily tři děti, Daniela (22 let), Nikola (20 let) a Tadeáš (19 let). Po opakovaném násilí v rodině Iveta Tomáše opustila. V té době byly Tadeášovi 4 roky a Nikole 5 let. Tomáš záhy opustil republiku, protože zpronevěřil peníze. Dosud se zdržuje na neznámém místě v zahraničí. Iveta se s Tomášem rozvedla v roce 1996. V roce 1998 se seznámila s Karlem tehdy čerstvým vdovcem. Oba byli v té době ve velmi špatném psychickém stavu. Ihned si porozuměli a měli společnou víru v boha. V roce 1999 uzavřeli manželství. Karel má z předešlého manželství dvě dcery - starší je 28 let, mladší 26 let, obě žijí samostatně a mají na rodinu minimální vliv. Ivetě a Karlovi se v roce 2004 narodila dcera Anežka, v současné době 7 let.

5.3. Proč jsem si vybral tuto rodinu

Rodina mne zaujala skutečností, že matka sama byla v době dospívání drogově závislá. O problémech s drogovou závislostí s dětmi otevřeně mluvila, přesto právě tato skutečnost měla výrazný podíl na tom, že Nikola a Tadeáš s drogami začali experimentovat. Oba shodně uváděli, že z vyprávění matky nabyli dojmu, že brání

drog není nijak nebezpečné, protože ve chvíli, kdy hrozí to nejhorší, ochrání je bůh stejně jako jejich matku při předávkování. Pak se snadno své závislosti zbaví. Skutečnost je však značně odlišná od jejich vizí.

5.4. Etické otázky

Čestně prohlašuji, že tuto kazuistiku jsem vypracoval samostatně. V uvedené práci nejsou uváděna skutečná jména osob, ani nejsou uvedena léčebná zařízení a názvy obcí a měst, kde se příběh odehrával. Rovněž jsou změněny některé osobní údaje uvedených osob. Klientka i klient písemně souhlasili s použitím jejich příběhu, byli seznámeni se skutečností, že uvedená jména a údaje budou upraveny a příběh přizpůsoben tak, aby nebylo možné podle těchto údajů klienty nebo osoby uvedené v této práci identifikovat.

5.5. Zdroje kazuistiky

Zdrojem této kazuistické práce je spis kurátora pro děti a mládež a koordinátora pro drogově závislé.

5.6. Anamnézy

5.6.1. Osobní anamnéza

Problémy Nikoly začaly po narození nejmladší polorodé sestry Anežky, dcery matky Ivety s novým partnerem Karlem. Nikola ve 14 letech začala v partě starších dětí v Roudnici nad Labem experimentovat s marihuanou a později i s pervitinem. Ráno sedla do autobusu a předstírala, že jede do školy. Tam však nešla a potulovala se s partou po parcích nebo vysedávala v restauracích nebo hernách. Matka byla o situaci brzo informována vedením školy a byla pozvána na pohovor ke kurátorovi pro děti a mládež. Matka netajila, že nemá na děti tolik času a přiznala, že má problémy nejen s Nikolou (14 let), ale i Tadeášem (13 let).

Nejstarší dcera Daniela (15 let) problémy nemá, navštěvuje prvním rokem střední pedagogickou školu. Ve stejné době začal mít Tadeáš výchovné problémy. Protože

se blížily prázdniny, matka souhlasila, že Nikola bude mít o prázdninách přísnější pravidla a s Tadeášem navštíví v srpnu pedagogicko-psychologickou poradnu. Pravidla však Nikola od počátku nedodržovala a matka je nedokázala vymáhat. Tadeáš se podrobil vyšetření. V září se oba vrátili do základní školy. Zde od počátku vše pokračovalo ve starých kolejích. Proto byla matka s Nikolou pozvána do kanceláře kurátora na výchovný pohovor. Nikola přiznala kouření marihuany a šňupání pervitinu. Matka i Nikola byly upozorněny, že pokud se situace radikálně nezlepší, bude nutné požádat soud o nařízení ústavní výchovy. Nikola slíbila, že nebude kouřit marihuanu a šňupat pervitin. Tadeáš slíbil, že se bude lépe ovládat, tak jak ho to učí v PPP, a nebude narušovat vyučování. Tadeáš po ukončení vyšetření PPP nenavštěvoval žádného odborníka, pouze 1-2x měsíčně byl proveden pohovor s kurátorem. Tadeáš se s ničím nesvěřoval, vždy sliboval, že se polepší. Jak u Nikoly, tak u Tadeáše však zůstalo jen u slibů. Matka i Nikola souhlasily s umístěním v dětském a dorostovém detoxikačním centru. Do tohoto zařízení byla Nikola odvezena ve 14,5 letech. Matka požádala o doprovod kurátora, obávala se útěku Nikoly. Po měsíci byla Nikola přeložena do dětské psychiatrické léčebny. Zde při vstupní prohlídce bylo gynekologem zjištěno, že Nikola ve věku 14,5 let má porušen hymen. Bylo nezbytné podat trestní oznámení na neznámého pachatele pro trestný čin pohlavního zneužívání. Po třech týdnech ošetřující lékař konstatoval, že Nikola je zdráva a i přes nesouhlas kurátora a matky Nikolu propustil z léčebny. Po propuštění z léčebny Nikola nenavštěvovala žádného odborníka, pouze asi 2x měsíčně absolvovala pohovor s kurátorem. Při pohovoru mluvila otevřeně, nesnažila se nic zatajovat jako v psychiatrické léčebně.

Nikola se vrátila do základní školy. Během týdne došlo k recidivě. Nikola opět chodila za školu, kouřila marihuanu a občas užila pervitin. Tadeáš se ochotně k sestře přidal a začal pravidelně kouřit marihuanu. S pervitinem neexperimentoval. Matka situaci nezvládala a bylo nutné požádat soud o vydání předběžného opatření a umístění Nikoly a Tadeáše do výchovného ústavu. K tomu došlo dne 7. 6. 2005, kdy bylo Nikole téměř 15 let a Tadeášovi 13,5 roku. V době umístění dítěte do výchovného ústavu je kurátor povinen navštívit každé dítě minimálně jednou za tři měsíce. V zařízení s dětmi pracují vychovatelé, etoped, dětský psycholog a případně i dětský psychiatr. Komunikaci s rodinou a oddělením sociálně právní ochrany (OSOD), jejíž součástí je i kurátor, zprostředkovává sociální pracovnice ústavu. Po umístění

do diagnostického ústavu se střídají období, kdy Nikola i Tadeáš jsou na útěku a kdy se účelově snaží chovat dle pravidel, aby jim byl umožněn víkendový pobyt u rodičů (Nikola i Tadeáš otčíma Karla považují od dětství za otce, přestože vědí, že není jejich biologickým otcem, proto budu dále uvádět Ivetu a Karla jako rodiče).

Po dvou měsících jsou Nikola a Tadeáš přemístěni do dětského domova se školou. Útěky se střídají s přiměřeným chováním, v závislosti na tom, zda jsou v dohledné době prázdniny či nikoliv. Tadeáš i Nikola stále kouří marihuanu, a pokud je příležitost, užijí i pervitin. Nikola za drogu „platí“ sexuálními službami, o drogy se dělila s bratrem (do jeho přemístění). Prázdniny však oba tráví v rodině. Avšak v momentě, kdy se mají vrátit do dětského domova, pohybují se několik dní na útěku. Vrací se většinou sami, jen výjimečně je zadrží policie. Pro opakované útěky musí být Tadeáš v květnu 2006, kdy mu bylo 14,5 roku, přemístěn do výchovného ústavu. Nikola byla v 16 letech po prázdninách přemístěna do jiného výchovného ústavu. Hlavním důvodem je, že v DD, kde byla umístěna, jsou děti jen do ukončení základní povinné školní docházky. Prázdniny tráví opět oba u rodičů. Na konci prázdnin jsou opět oba na útěku. Po návratu z útěku je Nikola přeložena do VÚ v jižních Čechách. Opět nastává období, kdy se střídají útěky s dobrým chováním a pobyty v rodině.

Tadeáš bez sestry nemá bezpracně dostupné drogy, proto se na útěku dopouští krádeží, v jednom případě i loupeže. Tadeáš se vloupal i do domu své nevlastní sestry, kde odcizil nalezené peníze a drobnou elektroniku. Vše prodal v bazaru, aby měl peníze na drogy. I Nikola je často na útěku. Při jednom takovém pokusu o útěk se zřítí dne 20. 7. 2007, ve svých 17 letech, z druhého patra budovy. Poranění si páteř a je vrtulníkem převezena do nemocnice v Brně, kde je okamžitě operována. Prognóza je však nejistá, ošetřující lékař nedokáže říct, zde bude ochrnutá od pasu dolů, nebo bude chodit. Vše ukáže čas. Nikola má ale štěstí a její zdravotní stav se rychle lepší. Bude však muset podstoupit dlouhodobou náročnou rehabilitaci. Ústav však nemá možnost každý den Nikolu vozit do vzdálené nemocnice na rehabilitaci. Kurátor domlouvá s rodiči a ředitelem ústavu možnost dlouhodobého podmíněného propuštění Nikolky do rodiny.

Nikola se v září vrací k rodičům, pravidelně jezdí na rehabilitaci a v učilišti má schválen individuální studijní plán. Od listopadu již chodí do školy řádně. Tadeáš stále pokračuje v kolotoči útěků a pobytů v rodině. Před prázdninami se jeho chování již tradičně lepší. Také o prázdninách se chová slušně, matka proto žádá, aby byl

i Tadeáš podmíněně propuštěn z výchovného ústavu a navštěvoval učiliště v místě bydliště rodičů. Kurátor i ředitel ústavu souhlasí. Tadeáš má však již v září velmi špatnou docházku do školy, vyhýbá se praxi nebo zde nepracuje. Z těchto důvodů je v listopadu 2007 podmíněčné propuštění zrušeno a Tadeáš se vrací do výchovného ústavu. Zde se jeho chování stabilizuje a jeho studijní výsledky jsou velmi dobré.

Rovněž Nikola si vede ve škole velmi dobře. Dne 29. 5. 2008 soud zruší ústavní výchovu Nikoly B. Nikola je 23. 7. 2008 zletilá. V říjnu se Nikola pohádá s matkou a stěhuje se k příteli Martinovi, který bydlí v domě svých rodičů. Zvrat nastává u Tadeáše na podzim roku 2008, kdy začal Tadeáš opět kouřit marihuanu, ale zneužíval i inhalační sprej na astma nebo léky. Zhoršil se jeho psychický stav a objevily se bad tripy. Tadeáš se v prosinci roku 2008, kdy mu bylo 17 let, rozhodl, že by se chtěl léčit v terapeutické komunitě. Vše si sám zorganizoval, kurátor zařídil souhlas matky a vedení ústavu a 14. ledna 2009 nastupuje na léčení do terapeutické komunity. V komunitě se intenzivně připravuje na závěrečné zkoušky a kurátor zajistí, aby mohl zkoušky vykonat ve výchovném ústavu a vrátit se zpět do TK. Po úspěšném složení závěrečných zkoušek oboru kuchař-číšník se Tadeáš vrací do TK. Nikola také úspěšně dokončuje učiliště obor. Tadeáš v TK porušuje základní pravidlo. Má pohlavní styk s klientkou a je měsíc před závěrečným rituálem vyloučen. Zbytek času do dosažení zletilosti stráví se souhlasem kurátora a vedení ústavu v rodině.

Dne 8. 10. 2009 je Tadeáš zletilý. Hledá si práci, což se mu nedaří. Začíná opět kouřit marihuanu a intenzivně užívá pervitin. Nejprve šňupe, asi po měsíci začne s intravenózní aplikací. Velmi rychle hubne a horší se Tadeášův psychický stav. V prosinci zkolabuje na ulici, nachází ho městská policie, která přivolá záchrannou službu. Po stabilizaci zdravotního stavu je Tadeáš převezen do výchovného ústavu. Tadeáš hospitalizaci odmítá, proto musí být hospitalizován na základě soudem vydaného detenčního opatření. Po dvou týdnech detence končí a Tadeáš z léčebny odchází. Odjíždí do Prahy, kde v lednu opět kolabuje a je nutné znovu požádat soud o vydání detenčního opatření. V průběhu nedobrovolného pobytu si však Tadeáš uvědomuje závažnost svého stavu a souhlasí s hospitalizací.

V PL se seznamuje s Petrem, který je rovněž abstinující uživatel pervitinu. Skamarádí se a po propuštění si pronajmou byt v Praze. Petr pracuje jako uklízeč v metru, Tadeáš pobírá sociální dávky a občas pracuje „na černo“. Nikola si nachází

práci v masokombinátu. V květnu 2010 je však celý podnik odprodán a nový majitel popouští část zaměstnanců. Mezi propuštěnými je i Nikola. Navštíví kurátora, který jí pomůže najít novou práci v továrně na výrobu autopotahů, kde pracuje do současné doby. Nikola pravidelně kouří marihuanu, pervitin od úrazu páteře údajně neužila. Petr je v září roku 2010 uvězněn pro neplacení výživného. Tadeáš nedokáže sám být v Praze financovat. Vrací se k rodičům. Rodiče nesouhlasí, aby bydlel s nimi v domě, ale souhlasí s tím, aby bydlel v karavanu na jejich pozemku. Do domu se chodí koupat, matka mu pere a někdy i vaří. Tadeáš v současné době pobírá sociální dávky, občas sežene brigádu, stále je kuřákem marihuany.

5.6.2. Zdravotní anamnéza

Porod Nikoly a Tadeáše proběhl bez problémů. Nikola utrpěla při pokusu o útěk závažné poranění páteře po pádu z balkonu ve druhém patře.

Nikola měla první pohlavní styk ve 14 letech, v období, kdy byla umístěna ve výchovném ústavu, poskytovala sexuální služby výměnou za drogy.

Tadeáš měl první pohlavní styk ve věku 15 let v době útěku z dětského domova.

Nikola ani Tadeáš nebyli nakaženi virovou hepatitidou C. Nikola byla naposledy testována v březnu 2010, Tadeáš v listopadu 2010.

Nejsou HIV pozitivní, testy provedeny u Nikoly v srpnu 2008. Tadeáš byl testován v lednu 2009.

Tadeáš navštěvoval v roce 2004 pedagogicko-psychologickou poradnu.

Suicidiální pokusy neměla Nikola ani Tadeáš.

5.6.3. Sociální anamnéza

Nikola po ukončení základní školní docházky ve výchovném ústavu nastoupila na střední odborné učiliště, obor provoz služeb. Nikola střídala období, kdy její chování bylo bezproblémové, a tak mohla trávit každý druhý víkend u rodičů, s obdobími, kdy většinu času trávila na útěku. Marihuanu kouřila pravidelně, pervitin užívala příležitostně. Na útěku bylo užívání pervitinu intenzivní, jednou i vícekrát

denně. Útěky trávila v drogových bytech, převážně v Praze. Zpět do ústavu ji vracela policie, která ji zadržela někdy po 1-2 dnech, někdy i po 2-3 týdnech. Intenzivní období útěků bylo od jara 2007. Matka proto nesouhlasila s prázdninovým pobytem Nikoly v rodině.

Nikola při jednom z útěků spadla z balkonu ve druhém patře a vážně si poranila páteř. Po operaci se začala rychle zotavovat, a protože ústav neměl možnost Nikolu denně vozit do vzdálené nemocnice na rehabilitaci, souhlasil ředitel ústavu i kurátor pro děti a mládež s podmíněčným propuštěním do rodiny. Matka zařídila každodenní dopravu na rehabilitaci. Kurátor zajistil Nikole místo ve středním odborném učilišti na stejném učebním oboru provoz služeb. Nikola měla nejprve individuální studijní plán, od listopadu 2007 již začala učiliště navštěvovat pravidelně. Přestože Nikole byla v květnu 2008 zrušena ústavní výchova, Nikola až do zletilosti nekouřila marihuanu, dokonce ani neužívala pervitin. Po dosažení zletilosti začaly mezi Nikolou a matkou časté hádky, které vedly k tomu, že se Nikola od matky v říjnu 2008 odstěhovala ke svému novému příteli Martinovi. Martin je kuřákem marihuany a Nikola od počátku této známosti začala opět marihuanu kouřit. Pervitin od poranění páteře nikdy neužila. V červnu 2009 úspěšně dokončila učiliště. Od září 2009 začala společně s Martinem pracovat v masokombinátu. Nikola jako dělnice na balící lince. V květnu je celý podnik prodán novému majiteli, který snížil počet zaměstnanců. Nikola byla také propuštěna. Vyhledala kurátora a s jeho pomocí nastoupila do firmy na výrobu autopotahů, kde pracuje dosud. Nikola nemá žádné půjčky, ani dluhy na zdravotním nebo sociálním pojištění. Každý problém konzultuje se svým kurátorem, který Nikole půjčky rozmluvil. Při propuštění pomohl Nikole s evidováním na úřadu práce, proto dosud nevznikl dluh na zdravotním a sociálním pojištění.

Tadeáš měl výrazné výchovné problémy již na základní škole. Tyto problémy se prohloubily, když začal s kouřením marihuany a po čase užíváním pervitinu. Po ukončení základní školy se jeho chování zlepšilo a matka požádala o podmíněčné propuštění. Ředitel ústavu i kurátor pro děti a mládež souhlasili. Tadeáš nastoupil na střední odborné učiliště obor kuchař-číšník. Od počátku však měl problémy s docházkou. Na praxi nepracoval a často přišel pod vlivem marihuany. Matka to před kurátorem asi dva měsíce tajila. V listopadu 2007 bylo zrušeno podmíněčné propuštění a Tadeáš se vrátil zpět do ústavu. Poté byl přeložen do jiného ústavu, kde mohl navštěvovat stejný učební obor kuchař-číšník. V učilišti si

vedl dobře. Tadeáš stále kouřil marihuanu a příležitostně experimentoval s jinými návykovými látkami.

V prosinci 2008 začal mít Tadeáš psychické problémy. Rozhodl se pro léčení v terapeutické komunitě. Sám si vše v TK domluvil a kurátor přesvědčil vedení ústavu a matku, aby souhlasili s Tadeášovou léčbou. Jeho motivace k léčbě byla zpočátku účelová, chtěl být chvíli mimo ústav. Velmi dobrá práce terapeutického týmu Tadeáše přesvědčila, že léčení má smysl a Tadeáš se rozhodl pobyt dokončit. Vedení ústavu však požadovalo, aby se Tadeáš vrátil zpět do ústavu a připravoval se na závěrečné zkoušky. Kurátor přemluvil ředitele, třídního učitele a vedoucího praktického výcviku, aby navštívili terapeutickou komunitu. Při návštěvě se vedení ústavu přesvědčilo, že Tadeáš to s léčením myslí vážně. Připravili individuální studijní plán pro přípravu na závěrečné zkoušky. Na tyto zkoušky byl Tadeáš na týden uvolněn z TK.

Závěrečné zkoušky úspěšně složil a vrátil se do TK. Po třech týdnech, však porušil pravidla TK a byl předčasně vyřazen. Do zletilosti byl Tadeáš podmíněně propuštěn do rodiny. Matka však před kurátorem tajila, že Tadeáš kouří marihuanu, tvrdila, že s Tadeášem nemá žádné problémy. Okamžitě po dosažení zletilosti Tadeáše vyhodila z domu. Tadeáš kouřil marihuanu a znovu začal žít pervitin. Nejprve bydlel na ubytovně v Roudnici nad Labem a potom v Praze. Po dvou hospitalizacích v psychiatrické léčebně se seznámil s Petrem, se kterým si společně pronajali byt v Praze. Petr pracoval jako uklízeč v metru, Tadeáš byl evidován na úřadu práce a pobíral sociální dávky. Občas se mu podařilo najít brigádu, kde pracoval „na černo“. V září 2010 byl Petr uvězněn pro neplacení výživného. Tadeáš musel byt opustit, protože neměl dostatek finančních prostředků, aby ho udržel. Vrátil se zpět do Roudnice nad Labem. Nejprve bydlel na ubytovně a od března 2011 matka souhlasila s tím, aby bydlel v karavanu vedle domu rodičů. Do domu má zakázaný vstup, dokud nepřestane brát drogy, včetně kouření marihuany. Tadeáš v současné době stále žije v karavanu, je evidován jako uchazeč o zaměstnání a pobírá sociální dávky.

5.6.4. Drogová kariéra

Nikola začala svou drogovou kariéru ve 13 letech kouřením marihuany s partou starších dětí z vesnice, kde žila. O prázdninách v roce 2004, kdy jí bylo 14 let, poprvé

vyzkoušela šňupání pervitinu. Během prázdnin se zkracovaly intervaly užívání pervitinu. Marihuanu kouřila denně a pervitin na konci prázdnin užívala 3-4x týdně. Od začátku září, když začala chodit do osmé třídy, velmi často místo do školy chodila se staršími kamarády do restaurací, heren nebo bytů, kde kouřila marihuanu a užívala pervitin. V únoru 2005 dobrovolně nastoupila na detox do dětského a dorostového centra. Po měsíci byla převezena do dětské psychiatrické léčebny. Po měsíci byla propuštěna a vrátila se zpět do školy. Během dubna 2005 došlo k relapsu a Nikola začala opět kouřit marihuanu a užívat pervitin. Přibližně v polovině dubna začala s intravenózní aplikací pervitinu. Finanční prostředky na nákup drogy získávala prostitucí.

Dne 7. 6. 2005 byla na nařízení okresního soudu převezena do diagnostického ústavu. V diagnostickém ústavu se jí občas podařilo sehnat a užít marihuanu. Pervitin zde nebyl dostupný. Po dvou měsících byla přeložena do dětského domova se školou nedaleko trvalého bydliště. Díky tomu se téměř okamžitě kontaktovala s dřívějšími dealery a na vycházkách od nich kupovala marihuanu a pervitin pro sebe a bratra Tadeáše. Za drogy platila sexuálními službami. Po dokončení základní školy byla přeložena do výchovného ústavu v jižních Čechách. Časté útoky a neustále pozitivní testy na THC a pervitin byly důvodem přeložení do takto vzdáleného ústavu. Ve VÚ Nikola střídala období relativně bezproblémového chování, kdy jí bylo umožněno navštěvovat rodiče, a období, kdy byla na útěku. Marihuanu a pervitin však užívala stále i při pobytu u matky. Matka odmítla vzít Nikolu na prázdniny v létě 2007. Nikola opakovaně utíkala z ústavu a dne 20. 7. 2007 při pokusu o útěk spadla z balkonu ve druhém patře. Při pádu si těžce poranila páteř. Po operaci se začala rychle zotavovat a byla podmíněčně propuštěna do domácího ošetřování matky. Nikola přestala kouřit marihuanu a užívat pervitin. Do 24. 5. 2008, kdy byla soudem zrušena ústavní výchova, byly pravidelně prováděny testy na obsah THC a pervitinu v moči. Testy byly vždy negativní.

Po dosažení zletilosti dne 23. 7. 2008 Nikola stále navštěvovala učiliště. V říjnu 2008 se kvůli sporům s matkou odstěhovala ke svému příteli Martinovi. V té době již opět kouřila marihuanu. Kurátorovi se svěřila, že marihuanu bude kouřit stále, že v tom nevidí problém, ale kvůli pervitinu se málem zabila a už se ho nikdy nedotkne. Marihuanu nekouřila pouze v období podmíněčného propuštění, aby mohla být doma u matky. Nikola pracuje a stále pravidelně kouří marihuanu.

Tadeáš začal kouřit marihuanu se sestrou Nikolou po jejím propuštění z dětské psychiatrické léčebny koncem března 2005. Vzhledem k výrazným výchovným problémům a experimentování s marihuanou byl Tadeáš dne 7. 6. 2005 společně se sestrou umístěn do diagnostického ústavu. Za dva měsíce byl i Tadeáš přeřazen do dětského domova se školou ve stejném místě jako Nikola. Nikola se s Tadeášem v DD dělila jak o marihuanu, tak pervitin, se kterým zde Tadeáš začal experimentovat. Tadeáš nejprve utíkal z DD jen se sestrou, ale později uskutečnil několik útěků sám. I na útěku kouřil pravidelně marihuanu, užíval pervitin, ale experimentoval i s jinými návykovými látkami, užíval např. toluen, durman, lysohlávky, plyn do zapalovačů, propan-butan a další. Po několika útěcích byl hospitalizován v dětském a dorostovém centru. Pro velmi časté útěky a musel být Tadeáš 31. 5. 2006 přemístěn do výchovného ústavu s přísnějším režimem.

U Tadeáše se střídala období, kdy bylo jeho chování bez závažnějších problémů, a období, kdy pokračoval v experimentech s různými návykovými látkami. Marihuanu a pervitin však kouřil pravidelně téměř neustále. Pokud po návratu byl proveden drogový test, byl vždy pozitivní. Testy se však dělaly pouze příležitostně. Při pohovoru s kurátorem Tadeáš vždy otevřeně přiznal, jaké drogy užívá. V prosinci 2008 se Tadeáš svěřil kurátorovi s výraznými psychickými poruchami a problémy s bad tripy. Kurátor navrhl Tadeášovi léčení drogové závislosti v terapeutické komunitě. Tadeáš souhlasil, sám vše vyhledal a telefonicky domluvil. Kurátor mu pomohl přesvědčit vedení ústavu a matku, aby s léčením souhlasili. Vše se podařilo a Tadeáš nastoupil na léčení dne 14. 1. 2009. Vedl si velmi dobře, ale vedení ústavu vyžadovalo, aby léčení předčasně ukončil a zúčastnil se závěrečných zkoušek. Kurátorovi se podařilo zajistit návštěvu ředitele ústavu, třídního učitele a vedoucího praktického výcviku v terapeutické komunitě. Zde bylo vedení ústavu přesvědčeno, že by ukončení léčení nebylo rozumné. Ředitel souhlasil s přípravou Tadeáše v TK a jeho propuštění jen na závěrečné zkoušky. Vše proběhlo dle plánu a Tadeáš se vrátil po úspěšném složení závěrečných zkoušek zpět do TK. Zde však došlo k porušení základního pravidla, kdy Tadeáš měl pohlavní styk s klientkou TK a byl předčasně vyloučen. Do osmnáctých narozenin pobýval na základě podmíněčného propuštění u matky.

Po dosažení zletilosti začal opět kouřit marihuanu a užívat pervitin. Nejprve pervitin šňupal, po dvou měsících přešel na intravenózní aplikaci. V prosinci 2010 Tadeáš zkolaboval na ulici a byl městskou policií převezen do nemocnice. Po stabilizaci byl

převezen do psychiatrické léčebny. S hospitalizací nesouhlasil, proto bylo nutné požádat soud o vydání detenčního opatření. Po měsíci byl Tadeáš z léčebny propuštěn. Odešel do Prahy, kde během týdne došlo k opakovanému kolapsu po užití pervitinu. Tadeáš byl hospitalizován v psychiatrické léčebně, opět bylo nutné požádat soud o vydání detenčního opatření. Tentokrát Tadeáš po skončení detence souhlasil s dobrovolnou hospitalizací. V léčebně se seznámil s abstinujícím uživatelem pervitinu Petrem. Po propuštění z PL si společně pronajali byt a Tadeáš i Petr abstinovali. Petr v září 2010 nastoupil do výkonu trestu. Tadeáš sám nezvládl platit náklady na bydlení a vrátil se zpět do Roudnice nad Labem. Došlo k relapsu, nejprve začal v říjnu 2010 kouřit marihuanu a od ledna 2011 asi 1x až 2x týdně užívá pervitin. Aplikace pervitinu je šňupáním. Od března 2011 bydlí v karavanu na pozemku své matky. Dokud bude brát drogy, nesmí do domu rodičů.

5.6.5. Rodinná anamnéza

Matka Iveta začala užívat rohypnol v 16 letech na střední odborné škole, většinu času trávila za školou v partě s mnohem staršími uživateli návykových látek. Experimentovala s toluenem a dalšími drogami. Na konci prvního ročníku byla ze školy vyloučena. Většinu času trávila na útěku v drogových bytech. V 17 letech začala s aplikací braunu. Několikrát byla zadržena policií a umístěna v psychiatrické léčebně. Ihned po propuštění se vracela k užívání drog. V roce 1982 před dosažením zletilosti se předávkovala a několik dní bojovala o život. Nakonec se jí podařilo lékařům zachránit. Iveta se upnula k víře, protože byla přesvědčena, že ji zachránil bůh. Abstinovala až do roku 2004, kdy společně s dcerou Nikolou a později i synem Tadeášem kouřila marihuanu tak, aby to nevěděl druhý manžel Karel. Po umístění dětí do výchovného ústavu opět abstinoje.

Rodiče Nikolky a Tadeáše, Iveta a Tomáš byli oba v mládí uživateli návykových látek. Seznámili se na léčení v roce 1988. Po krátké známosti uzavřeli manželství a Iveta otěhotněla a 31. 1. 1989 se narodila dcera Daniela. Iveta brzo otěhotněla podruhé a 23. 7. 1990 se narodila dcera Nikola. Během půl roku otěhotněla Iveta potřetí a dne 8. 10. 1991 se narodil syn Tadeáš. Tomáš od počátku vyžadoval po manželce absolutní poslušnost, pokud vše nebylo podle jeho představ, Ivetu fyzicky trestal. Z počátku se jednalo o facky, ale později to již byly i pěsti a kopance. Když děti

povyrostly a Tadeášovi byly tři roky, Tomáš týral i děti. Iveta se rozhodla, že od manžela odejde ke svým rodičům. Tomáš se po rodině vůbec nesháněl. Ve stejné době zpronevěřil peníze z dotace určené neziskové organizaci zakládající terapeutickou komunitu, a aby se vyhnul trestnímu stíhání, opustil republiku a do dnešního dne se zdržuje mimo státy evropské unie. Iveta se rozvedla, Tomášovi bylo vyměřeno výživné, ale protože žije na neznámém místě, nikdy žádné neplatil. Děti si otce pamatují jen jako tyrana, který je za všechno mlátil.

Iveta se v roce 2002 seznámila s Karlem, který byl vdovec a měl dvě dospělé dcery studující na vysokých školách v Praze. Po několika měsících uzavřeli manželství a Iveta i s dětmi se nastěhovali do Karlova domu na vsi. Iveta se před dětmi nikdy netajila se svojí drogovou kariérou. Když se Ivetě a Karlovi narodila v roce 2004 společná dcera Anežka, věnovali většinu své pozornosti jí a ostatní děti zanedbávali. Matka se vždy snažila problémy dětí spíš omlouvat a zakrývat než řešit. Pokud byla nucena přijmout nějaké rozhodnutí, bylo to řešení nejméně bolestivé. Velmi často se pro něco nadchla, ale vzápětí nad vlastními dětmi lámala hůl a neviděla žádnou pozitivní budoucnost. Děti tyto změny nálad postojů své matky od začátku vnímaly velmi negativně, některé problémy dělaly matce naschvál. Matka vyžadovala dodržování křesťanských pravidel, pravidelné modlení a návštěvu kostela. Nikola, Tadeáš a ani Daniela nebyli věřící a tyto povinnosti bojkotovali a některá pravidla porušovali záměrně. Matka Iveta s novým partnerem Karlem byli tak fanaticky věřící a vnucovali svou víru všem bez rozdílu, že velmi brzo ztratili všechny přátele a známé a přestali k nim chodit i příbuzní. Proto také při oslovení nejbližších příbuzných, prarodičů a strýců, zda by neměli zájem převzít Nikolu nebo Tadeáše do své péče, všichni odmítli. V současné době matka má sice výčitky, že její děti jsou uživateli drog, ale na druhou stranu nedovolí Tadeášovi vstoupit do domu. Nikdy nebyla schopna stanovit pravidla, nebo lépe řečeno pravidla stanovila, ale nedokázala zajistit jejich dodržování, případně udělit trest za jejich porušení.

5.6.6. Situace výchozího bodu

Tato práce má v podstatě výchozí body dva. Prvním výchozím bodem pro moji práci bylo první setkání s matkou Ivetou, synem Tadeáše a dcerou Nikolou. Od této doby jsem se dostal do pozice nařizujícího a trestajícího, jen v některých výjimečných

situacích se mi Nikola nebo Tadeáš svěřili, nebo ode mne žádali pomoc. V této době byla diagnóza Nikoly syndrom závislosti vyvolávající poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů (pervitin), F15.2. Tadeáš při prvním setkání neměl diagnózu poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.

Druhým výchozím bodem pro mne byl první kontakt s Nikolou a po roce i Tadeáše v době, kdy již byli dospělí, a neměli žádnou povinnost spolupracovat s koordinátorem pro drogově závislé. Pro mne osobně je druhý výchozí bod daleko důležitější než ten první. Je to dáno dobrovolností a ochotou požádat o pomoc. V době druhého výchozího bodu byly vyplněny anamnestické dotazníky Nikoly (v květnu 2011) a Tadeáše (v březnu 2011), které jsou přílohami bakalářské práce. V době druhého výchozího bodu byla diagnóza Nikoly škodlivé užívání způsobující poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů, F 12.1. Tadeášova diagnóza byla psychotická porucha reziduální způsobená užíváním jiných stimulantů, F 15.7, případně psychotická porucha reziduální způsobená užíváním kanabinoidů, F 12.7.

5.6.7. Další vývoj

Nikola:

První fáze práce s Nikolou byla od počátku zaměřena na užívání nelegálních návykových látek. Matka se nejprve domnívala, že jde jen o kouření marihuany. Kurátor již při prvním pohovoru s nezletilou zjistil, že již užívá i pervitin. V této fázi byl aplikován šňupáním.

Druhá fáze nastala v době, kdy se sama Nikola rozhodla jít se léčit. Nikola si uvědomovala, na rozdíl od své matky, o jaký problém jde, a uvědomovala si i reálnou hrozbu ústavní výchovy. Matka jen volila méně nepříjemnou věc a tou podle ní byl detox a krátkodobé léčení DPL. Při propouštění se Nikola svěřila kurátorovi, že cítí, že ještě není dostatečně připravena na návrat do školy a že to nezvládne. Matka nejprve také nesouhlasila s propuštěním, ale na první naléhání dceru převzala a vrátila zpět do školy.

Třetí fáze začala krátce po propuštění relapsem Nikoly. V tomto období Nikola užívala marihuanu několikrát denně a ze šňupání pervitinu přešla na intravenózní aplikaci drogy. Změna nastala také ve způsobu získávání finančních prostředků na drogy. Zatímco v první fázi Nikole stačilo kapesné a to, co doma ukradla, nyní již musela peníze na drogy získávat prostitucí.

Předpokládal jsem, že další fáze posunu nastane po umístění do výchovného zařízení, bohužel se tak dle mého názoru přes veškerou snahu všech vychovatelů, psychologů, etopedů a sociálních pracovníků nestalo.

Čtvrtou fází změny tak zaznamenáváme až v době, kdy si Nikola po pádu z okna při útěku závažně poranila páteř. Sama o tom hovořila tak, že pervitin jí způsobil to poranění, a proto se ho již nikdy nedotkne, kdežto až bude dospělá, marihuanu bude kouřit vždycky, teď to vydrží do osmnácti, aby mohla být doma. Nikola to dodržela do svých osmnáctých narozenin, pravidelné testy byly vždy negativní. Jak mi později řekla, ihned po narozeninách opět začala pravidelně marihuanu kouřit. Pervitin údajně od úrazu neužila.

Tadeáš:

První fáze práce klientem byla změřena na výchovné problémy Tadeáše. V tomto období neexperimentoval se žádnými nelegálními návykovými látkami. Byl již pravidelným kuřákem cigaret se souhlasem matky.

Druhá fáze změny nastala po návratu sestry z dětské psychiatrické léčebny, začalo období experimentů s marihuanou a pervitinem.

Třetí fáze změny zaznamenávám v období pobytu v dětském domově, kdy Tadeáš na častých útěcích experimentoval s mnoha nelegálními návykovými látkami, jako byly např. toluen, kokain, LSD, lysohlávky, durman, opium z máku setého, apod. Tato fáze pokračovala i po přemístění do výchovného ústavu.

Čtvrtá fáze je charakterizována tím, že sám Tadeáš si uvědomoval problémy, které mu neuvážené experimenty přinesly, a rozhodl se nastoupit do terapeutické komunity. Léčba v TK je součástí této fáze.

Pátá a zatím poslední fáze je období relapsu, které provází i Tadeášovo zklamání nad mizivou podporou své matky. Tadeáš velmi často mluví o tom, že matka vše podřizuje bohu a víře a vše, co do tohoto schématu nezapadá, odvrhne. Tím odvrženým si nyní stejně jako Nikola připadá i sám Tadeáš.

5.6.8. Léčebné intervence

Nikola poprvé nastoupila na dětský a dorostový detox Praze 7. 2. 2004, po měsíčním pobytu byla převezena do dětské psychiatrické léčebny. Zde bylo při základním vyšetření gynekologem zjištěno, že Nikola již ve 14 letech má porušený hymen. Nikola tvrdila, že k porušení došlo při jízdě na koni jezdeckým sedlem. Toto tvrzení gynekolog odmítl. Bylo podáno trestní oznámení na neznámého pachatele pro trestný čin pohlavního zneužívání. Po měsíčním pobytu byla Nikola i přes nesouhlas matky a kurátora pro děti a mládež propuštěna.

V době umístění Nikoly v dětském domově, doporučil kurátor pobyt nezletilé Nikoly v terapeutické komunitě Agape, kde se zaměřovali na léčbu drogově závislých dětí mladších 15 let. Ředitel ústavu s umístěním nesouhlasil, pokládal ho zcela zbytečné a neúčelné. Další pobyt v léčebně nebo psychoterapeutické skupině Nikola neabsolvovala.

Tadeáš absolvoval pobyt v dětském a dorostovém centru v lednu 2006. Zde byl umístěn na žádost ředitele dětského domova, když byl policií přivezen z útěku intoxikovaný. Ředitel neumožnil žádnou následnou léčbu v léčebném zařízení ani v psychoterapeutické skupině. Od května 2008 navštěvoval Tadeáš dětského psychiatra. Dětský psychiatr Tadeáše medikoval. Tadeáš však společně s léky dále užíval návykové látky, sám si zvyšoval dávkování a např. experimentoval s nosním sprejem na alergii. Všechny tyto experimenty vedly ke stavům bad tripu. Sám dospěl k názoru, že se musí léčit. Na radu kurátora a ve spolupráci se sociální pracovníci ústavu si zajistil pobyt v terapeutické komunitě. Kurátor přesvědčil matku, aby dala souhlas s léčením Tadeáše a společně se sociální pracovníci získal svolení ředitele ústavu.

Tadeáš nastoupil v lednu 2009 do terapeutické komunity. Zvládl zde přechody do jednotlivých fází. Připravil se zde na závěrečné učňovské zkoušky, které při týdenním

přerušení pobytu úspěšně absolvoval. Po návratu do komunity však hrubým způsobem porušil základní pravidla komunity tím, že měl pohlavní styk s klientkou této komunity. Stál před rozhodnutím, kdo z nich má komunitu opustit. Protože klientka byla matka s dítětem, Tadeáš zvolil své vyloučení jako přijatelnější možnost. Abstinovat tři měsíce. Po ukončení ústavní výchovy, v 18 letech, již Tadeáš bez zábran kouřil marihuanu a užíval pervitin. V době dobrovolného pobytu to on i matka před kurátorem tajili. Krátce po osmnáctých narozeninách matka Tadeáše vyhodila z domu. Další hospitalizace byl v psychiatrické léčebně a nebyla dobrovolná. Tadeáš zkolaboval po intravenózní aplikaci pravděpodobně nekvalitního pervitinu a byl do léčebny umístěn na základě detenčního opatření vydaného okresním soudem. Tadeáš však léčbu nepovažoval za nutnou a ihned po ukončení detence přerušil léčení. Kolaps se však opakoval za cca 14 dní a opět bylo nutné umístit Tadeáše se souhlasem soudu. Tentokrát však již s následným léčením souhlasil. Po ukončení tříměsíční léčby je Tadeáš medikován psychiatrem. Ani tyto problémy ho nedokázaly odradit od každodenního kouření marihuany a občasného šňupání pervitinu. Sám přiznává 1-2x aplikace týdně. Do současné doby nebyl opětovně hospitalizován, ani nenavštěvuje psychoterapeutickou skupinu.

5.7. Souhrn případu, rozbor, rozvaha

Případová studie rodiny B se od počátku zabývá dvěma sourozenci, kteří byli zpočátku na sebe velmi citově vázaní. Drželi při sobě v rodině a po umístění do diagnostického ústavu i zde a v dětském domově, kam byli přemístěni po dvou měsících diagnostikování. Podle Boučka (2006, str. 33) se na závislosti spolupodílí vždy více faktorů. Ani u Nikoly a Tadeáše tomu nebylo jinak. Nikola měla od počátku problémy s kouřením marihuany a šňupáním pervitinu, se kterými přišla do styku v partě starších uživatelů. Tadeáš měl díky své hyperaktivitě zpočátku „pouze“ problémové chování. Jak uvádí Matoušek, Matoušková (2011, str. 27) syndrom hyperaktivity postihuje nejméně 5%, podle některých pramenů až 10-15% dětí, mnohokrát častěji chlapce než děvčata. Což potvrzuje i případ Nikoly a Tadeáše, přesto, že oba mají stejné biologické rodiče a pravděpodobnost vlivu heredity by se měla zvyšovat, u Nikoly se nikdy neprojevovaly žádné symptomy hyperaktivity.

Pedagogicko-psychologická poradna školy poskytla poměrně podrobný návod jak s Tadeášem pracovat vzhledem k jeho ADHD syndromu, třídní učitelka tato doporučení nedodržela a neustále požadovala, aby kurátor Tadeáše umístil do výchovného ústavu. Naopak Nikola se chovala, pokud byla ve škole přítomna, slušně a její třídní učitelka se bránila jejímu umístění do výchovného ústavu.

Matka od počátku spolupracovala, její spolupráce byla jen účelová. Snažila se vyhnout se umístění dětí do výchovného ústavu. V Tadeášově případě o tom svědčí, že vcelku ochotně souhlasila s vyšetřením v pedagogicko-psychologické poradně, ale její doporučení na umístění Tadeáše ve středisku výchovné péče odmítla. V případě dcery Nikoly nejprve přislíbila její bezproblémovou docházku do základní školy a s umístěním v dětském a dorostovém centru souhlasila jen proto, že v případě jejího nesouhlasu by následovalo umístění Nikoly do výchovného ústavu. Největší problém matky byl, že nikdy nedokázala dětem nastavit nějaká pravidla. Pokud byla tato pravidla stanovena ve spolupráci a kurátorem, nebyla matka schopna děti přimět k jejich dodržování. V případě porušení pravidel naopak tuto skutečnost před kurátorem zatajovala. To, že se matka před dětmi nesnažila zatajit svoji drogovou minulost, pokládám za správné, ale domnívám se, že forma seznámení s touto kariérou byla nešťastná a chybná. Matka předávkování a její šťastné přežití přikládala za zásluhu boha. Tím způsobila, že Nikola i Tadeáš se v životě řídili pravidlem, že brát drogy se může, a pokud bude nejhůř a bude nutné s drogami skoncovat, zařídí to za ně bůh. Víra v boha zajisté může v léčbě drogové závislosti sehrát velmi významnou roli, ale musí být správně použita. Nikola ani Tadeáš nikdy nedokázali jednoznačně říci, zda jsou věřící nebo ne.

Když se Nikola vrátila zpět do rodiny z psychiatrické léčebny, měla vštípena základní pravidla chování, plnila si určené úkoly a byla schopna dodržet časový režim. Během velmi krátké doby, asi 2 týdny veškeré návyky ztratila, protože matka nedokázala i přes doporučení odborníků v psychiatrické léčebně přinutit Nikolu tato pravidla dodržovat. Nikola se tak během několika dnů stala daleko více závislou na pervitinu, než byla před umístěním v zařízení. Navíc v době, kdy byla Nikola umístěna v psychiatrické léčebně, si ona i Tadeáš uvědomili vzájemnou náklonnost a vytvoření jisté koalice proti matce. Tadeáš po Nikolině návratu začal chodit za školu s Nikolou a také začal kouřit marihuanu. Během několika týdnů se stala situace neudržitelná a nezbylo nic jiného než požádat soud o vydání předběžného opatření a umístit obě

děti do diagnostického ústavu. Další průběh nebyl nijak neobvyklý, následovala série útěků, která se střídala s obdobími dobrého chování, které účelově vedlo k víkendovým nebo prázdninovým pobytům v rodině. Tyto pobyty matka v průběhu hodnotila jako bezproblémové, ale po návratu dětí zpět do ústavu nebo jejich následnému útěku v době, kdy se měli do ústavu vrátit, se matka svěřila, že problémy s dodržováním abstinence a včasného příchodu byly u obou sourozenců hned od počátku pobytu. Matka však vždy tvrdila, že jim nechtěla zkazit prázdniny. V případě, že kurátor nesouhlasil s pobytem v rodině, následoval útěk dětí z ústavu. V několika případech, se děti ukrývaly u matky. Matka ohlásila, že děti na útěku jsou u ní doma, až když došlo ke krádežím peněz nebo věcí, které Nikola nebo Tadeáš prodali do bazaru, aby získali prostředky na nákup drog.

V době, kdy Nikola a následně i Tadeáš dosáhli zletilosti, matka je z rodiny vyhodila. V případě Nikoly k jejímu příteli, v Tadeášově případě klidně na ulici.

Matka svým podáním příběhu vlastní závislosti vytvořila Nikole a Tadeášovi představu, že brát drogy je normální, že se jedná o vzorec chování, který není nijak nebezpečný a v případě problémů se závislostí pomůže víra v boha. Je otázkou zda to tak skutečně je, nebo si Nikola i Tadeáš našli jakési alibi pro svoji vlastní závislost a neschopnost se problémovým chováním skončit. V případě rodiny B nemohli jako protektivní faktory působit prarodiče Nikoly a Tadeáše, protože matka s nimi přerušila veškeré kontakty ještě v mládí a ani oni neprojevíli zájem o výchovu vnoučat. Kurátor ještě před podáním předběžného opatření rodiče matky kontaktoval, ale odmítli převzít za výchovu Nikoly a Tadeáše zodpovědnost. Prarodiče ze strany biologického otce se nepodařilo kontaktovat a prarodiče ze strany nového matčina partnera již nežili. Jak již bylo řečeno, ani jasná pravidla nemohla v tomto případě být protektivním faktorem.

Naopak rizikových faktorů v této rodině se sešlo několik. Prvním a asi nejdůležitějším byla neexistence pravidel týkajících se chování dětí. Dalším rizikovým faktorem byla nově narozená dcera matky s novým partnerem. Matka trpí velmi často migrénou a stavy úzkosti a deprese. V takovém období, které někdy trvá i několik dní, musel nový partner převzít veškerou péči o novorozeně a starost o domácnost. Nezbyval mu tak téměř žádný čas na starší děti. Tadeáš byl vždy matkou i novým partner označován za hlupáka, který nikdy nic nedokáže, což je podle Nešpora (2007, str. 79) další rizikový faktor pro vznik problémového chování nebo závislosti. Matka

v období před umístěním dětí do výchovného ústavu, ale později i v době prázdninových pobytů společně s Nikolou a Tadeášem kouřila marihuanu. Zdůrazňovala jim, že to nesmí říct otcí (nový partner matky). Takové chování je rovněž rizikovým faktorem na úrovni rodiny.

Nemalou roli v našem příběhu určitě sehrála i genetika. Matka i biologický otec byli drogově závislý, je zde možné určitou míru vzniku závislosti přisoudit i dědičným faktorům. Jak ale píše např. Matoušek a Matoušková (2011, str. 23): „Dědičnost je pouze jedním z mnoha faktorů, které mají vliv na chování. Tyto vlohy však samy o sobě nevedou ke vzniku delikvence. Genetická vloha jen zvyšuje pravděpodobnost, že na chování budou mít vliv další činitelé, bez nichž by se delikventní jednání neuskutečnilo. Genetická vloha snižuje, resp. zvyšuje práh pro působení vlivů prostředí.“

V současné době i nadále spolupracuji s Nikolou a Tadeášem, nyní se jedná o poradenství a případnou pomoc s hledání práce, případně zajištěním sociálních dávek v období kdy jsou bez práce. Tadeáš byl opakovaně hospitalizován v psychiatrické léčebně ve velmi vážném stavu, kdy bylo dokonce nutné požádat soud o vydání detenčního opatření. Přesto stále kouří marihuanu a příležitostně šňupe pervitin. Nikola od svého úrazu páteře již pervitin neužívá, ale marihuanu kouří stále. Nepovažuje její kouření za škodlivé.

6. Diskuse

Cílem této práce bylo prokázat, zda v uvedených dvou případových studiích bylo užívání návykových látek rodiči klientů, hlavním důvodem užívání nelegálních návykových látek klienty. Již v počátcích práce, byla patrná nejednoznačnost, že rizikové chování v podobě užívání legálních i nelegálních návykových látek rodiči je jedinou příčinou užívání nelegálních návykových látek jejich dětmi. Výzkum pouze potvrdil existenci mnoha dalších rizikových faktorů, které se spolupodílejí na vzniku uvedeného rizikového chování.

Jak uvádí Širůčková (2011, s. 36): „Samotné rizikové chování je výslednicí přímého působení proměnných osobnostního a sociálního systému a nepřímého působení proměnných biologického systému a systému sociálního prostředí.“

Vedle rizikových faktorů existuje řada protektivních faktorů, které působí přímo nebo mohou ovlivňovat působení rizikových faktorů.

V Martinově případě mohl v systému sociálního prostředí působit protektivní faktor na úrovni základní školy. Tímto protektivním faktorem mohla být včasná spolupráce s pedagogicko-psychologickou poradnou a její rychlé a podrobné vyhodnocení chování a vypracování podrobné zprávy. Tato zpráva, vypracovaná pro potřeby základní školy a oddělení sociálně-právní ochrany dětí, popisovala jak s Martinem ve škole pracovat, aby se jeho chování postupně zlepšovalo. Třídní učitelka však odmítla tento doporučený postup a pokračovala ve svém vlastním neúspěšném modelu výchovy. Doslovně oznámila: „Učím více než dvacet let a nikdo mi nebude radit, jak to dělat.“ Někteří vyučující, kteří postup doporučený PPP dodržovali, nebo již podle obdobné metody učili, měli s Martinem daleko méně problémů a lepší studijní výsledky. Bylo zajímavé pozorovat, jak se Martin při takto správně zvoleném přístupu dokázal chovat „normálně“ a jeho studijní výsledky v těchto předmětech byly průměrné až nadprůměrné, a to i přesto, že domácí příprava byla stejně jako v předmětech, kde neprosplával, téměř nulová.

Dalším protektivním faktorem, který v Martinově případě nemohl být uplatněn, byla soudržnost rodiny. Neustálé hádky rodičů, fyzické napadání matky, odcházení a návraty otce od rodiny působily jako stresory, které podpořily Martinovo rizikové chování. Sociální znevýhodnění z důvodu nouze bylo rizikovým faktorem, který se projevil postupně v době, kdy otec z důvodu svého alkoholismu přišel o práci a rodina se tak stala zcela závislá na sociálních dávkách. Alkoholismus otci vzal možnost být pozitivním vzorem svému synovi, ten si pak hledal vzory jinde, nejčastěji mezi staršími kamarády.

U Martina mohl sehrát roli projektivního faktoru nadprůměrný intelekt, syndrom hyperaktivity u něho však působil, tak jak uvádí Matoušek a Matoušková (2011, s. 28), kteří popisují chování dětí s ADHD syndromem: „Výkon těchto dětí ve škole nápadně neodpovídá jejich intelektové kapacitě – děti jsou hodnoceny učiteli podprůměrně. I když v psychologických testech dosahují nadprůměrných výsledků.“ Autoři dále uvádí: „Syndrom hyperaktivity je spojován s takovými znaky chování

adolescenta, jako jsou impulzivita, agresivita, záchvaty vzteku a snížené sebehodnocení.“ To se může projevit problémovým chováním.

Rizikovými faktory byla nedostatečná kontrola Martinových mimoškolních aktivit ze strany rodičů a působení nových přátel, kteří měli v tomto období významnější vliv na jeho chování než rodiče. Pozitivní postoj nových kamarádů k rizikovému chování a rizikové chování jich samotných, mělo vliv na rozvoj tohoto chování i u Martina.

Rovněž subjektivní vnímání a hodnocení sociálního prostředí Martinem, vysoká míra výše uvedených stresových podnětů měly velmi výrazný vliv na rozvoj jeho rizikového chování. Tyto podněty nejvíc ovlivňovaly Martina v období puberty a dospívání, která jsou sama o sobě rizikovými obdobími.

I společenské normy převzaté z rodiny, kde veškeré negativní důsledky jsou připisovány náhodě nebo vnějšímu prostředí a vliv vlastního chování na negativní následky se nepřipouští, rovněž zvyšovaly pravděpodobnost rizikového chování.

V současné době je vzhledem k nízkému věku Martinovi sestry Adély (15let), příliš brzy na to, abych hodnotil jaké projektivní faktory ovlivnili skutečnost, že zatím neužívala návykové látky.

Kazuistika Tadeáše a Nikoly rovněž neprokazuje, že by užívání návykových látek matkou přímo způsobilo užívání nelegálních návykových látek Tadeášem a Nikolou.

Roli protektivních faktorů mohla v případě Tadeáše a Nikoly sehrát religiozita rodičů. Víra však sehrála roli opačnou. Matka Tadeáše a Nikoly se svým novým partnerem, děti k víře doslova nutili. V době, kdy již byli oba ve výchovném ústavu, matka na doporučení etopeda sepsala pravidla, která měli Tadeáš s Nikolou dodržovat při jednom prázdninovém pobytu. Tato pravidla obsahovala podrobný rozpis motliteb, čtení bible, návštěvy kostela a dodržování desatera, ale byla zde úplná absence pravidel týkajících se včasného návratu domů či neužívání návykových látek v době pobytu. Rovněž zde chyběly povinnosti jako úklid, pomoc v domácnosti a okolo domu apod. Matka s manželem „vnucovali“ víru i svým příbuzným a jejich dětem, důsledkem bylo úplné přerušení kontaktu se členy širší rodiny. Matka tak s novým partnerem žije izolovaně. Po dosažení zletilosti všechny děti z domu vyštvala a v současné době zde žijí jen s nezletilou Anežkou. Navíc neustálým opakováním, zdůrazňováním matky, že z problémů s drogami ji zachránila víra v boha a bůh byl

tím, kdo ji zachránil při předávkování a zařídil, že nyní abstinguje (marihuanu matka toleruje, nepovažuje její kouření za problémové chování u dětí ani u sebe), vytvořila tak matka mýtus, že užívání návykových látek není nebezpečné, protože když s ním bude některé z dětí mít problém, zasáhne bůh a vše za ně vyřeší.

Dalším rizikovým faktorem byla i sama matka, která byla, jak píše Nešpor (2007, s. 82) tzv. „umožňovač“. Nejenže tolerovala kouření marihuany Tadeášovi a Nikole v době pobytu v rodině, ale sama s nimi marihuanu kouřila a vyžadovala od nich, aby tuto skutečnost tajili před jejím manželem.

Obě kazuistiky mají několik společných rizikových faktorů. Jedním z nich je odmítnutí prarodičů spolupodílet se na výchově dětí, nebo v kritických okamžicích péči o děti převzít úplně. Dalším společným bodem je vliv dědičnosti. Otec Martina užíval v mládí nelegální návykové látky a alkohol, v případě Tadeáše a Nikoly dokonce oba biologičtí rodiče užívali nelegální návykové látky. V případě Tadeáše a Nikoly se ještě zvýšila pravděpodobnost vlivu genů závislostí obou rodičů. I když věda postupuje mílovými kroky dopředu, nedá se přesně stanovit, do jaké míry ovlivnila dědičnost jejich chování. Koukolík a Drtilová (2008, s. 72) tvrdí, že určitý vliv dědičnosti zde ale je. Jak dále uvádí, skupina britských vědců, která zkoumala několik tisíc dvojčat, dospěla mimo jiné k tomuto závěru výzkumu: „Z tohoto výzkumu plynou důležité závěry: porucha chování má u různých dětí různé příčiny. V případě genetické zátěže budou mít vlivy zevního prostředí, to znamená pedagogický a léčebný vliv rodičů, učitelů, případně dětských psychologů a psychiatrů menší efekt, než je tomu v případě poruchy chování, která nemá genetickou složku.“

Pokud tedy měl Martin, Tadeáš nebo Nikola geneticky předurčen sklon k závislosti, působily rizikové faktory v jejich případě silněji a naopak protektivní faktory měly nižší pravděpodobnost v jejich případě uspět.

V případě Martina a Tadeáše byl shodný i negativní postoj třídních učitelek k doporučení pedagogicko-psychologické poradny. Obdobná byla absence schopnosti rodičů obou rodin stanovit dětem jasná pravidla. Pokud byla tato pravidla doporučena odborníkem, nedokázali rodiče kontrolovat jejich dodržování nebo za nedodržování trestat. Pokud děti porušily pravidla v době víkendových nebo prázdninových pobytů z výchovných ústavu, obě rodiny tato porušení před kurátorem i pracovníky ústavu zatajovaly, co nejdéle to šlo, nejčastěji do ukončení pobytu dětí u nich.

Všechny tyto rizikové faktory v konečném důsledku vedly k užívání návykových látek, páchání trestné činnosti a k umístění dětí do výchovných ústavu a v Martinově případě i do vězení.

Silnou stránkou této práce je, v uvedených dvou kazuistikách, dlouhodobé a podrobné sledování uvedených rodin, spolupráce s nimi i po umístění dítěte mimo rodinu (ústavní výchova, ochranná ústavní výchova, vazba a výkon trestu odnětí svobody) a možnost pokračovat ve spolupráci s klienty i v době jejich dospělosti.

Slabé stránky mé práce jsou v omezeném výzkumném souboru, kdy na základě dvou kazuistik nelze dělat jednoznačné závěry a doporučovat postupy práce s rodinami s obdobnými problémy. Neexistence evidované rodiny, kde protektivní faktory převládly nad rizikovými, a návykové chování dětí se neprojevalo. Lze pouze diskutovat o tom, proč některý ze sourozenců v uvedených rodinách užívá nelegální návykové látky, a druhý ne.

Bylo by proto vhodné, i přesto, že se tomuto tématu již věnovalo mnoho výzkumů pokračovat ve studiu vlivu rizikových a protektivních faktorů tak, aby byl dostatek praktických poznatků, které pomohou včas odhalit a eliminovat rizikové faktory a podpoří protektivní faktory. Výzkum by se měl zaměřit především na praktickou aplikaci opatření, která doporučí jak určité rizikové faktory nejlépe omezit a jakým způsobem podpořit a využít konkrétní protektivní faktory. Většina výzkumů se věnuje rodinám problémovým, bylo by však vhodné věnovat se naopak rodinám, kde díky protektivním faktorům nebylo chování dětí rizikové. Tento výzkum je ale velmi obtížný, rodiny, kde se problémové chování neprojeví, nejsou většinou nijak podchyceny. Postup by musel být opačný, tzn. vyhledat rodiny se závislým rodičem a zároveň bezproblémovým dítětem a zjistit proč u některých rodičů užívajících návykové látky, jejich děti nevykazují rizikové chování. Možností je i sledovat vliv protektivních faktorů u sourozenců problémového dítěte, kteří návykové látky neužívali.

7. Závěr

Odpovědět na výzkumnou otázku, že užívání návykových látek rodiči v uvedených dvou kazuistikách bylo příčinou užívání nelegálních návykových látek jejich dětmi nelze jednoznačně. Práce ukazuje, že vedle vlivu závislosti rodičů existuje celá řada rizikových a protektivních faktorů, které mohou do tohoto procesu zasáhnout a ovlivnit konečný důsledek v každém případě individuálně. Již při porovnání uvedených dvou případových studií ukazuje, jaké mají tyto rodiny společné rizikové faktory a jaké faktory jsou odlišné.

Sebekriticky je nutné přiznat, že ve většině poznatků se práce shoduje s výsledky dřívějších výzkumů a poznatků z uvedené literatury. Jako nový nebo alespoň málo uváděný rizikový faktor je závislost rodičů datovaná do období před narozením dítěte a její verbální prezentace nevhodným způsobem, v tomto případě vytvářením dojmu, že závislost vyřeší za klienta víra v boha. Víra, která může působit jako protektivní faktor, působí jako faktor rizikový.

Závěry této práce ukazují, jak je důležité individuální důkladné a podrobné prošetření každého případu. Zvláště důležité je, aby všechny zodpovědné instituce podílející se na práci s těmito dětmi a jejich rodinami co nejvíce spolupracovaly, konzultovaly své postupy a předávaly si navzájem veškeré informace s ohledem na nutnou ochranu osobních dat klienta.

Vhodnou formou vzájemných předáváníí informací jsou výchovné komise základních škol. Další vhodnou formou spolupráce jsou případové konference za účasti pedagoga, sociálního pracovníka, dětského psychologa, případně psychiatra, pediatra, pracovníka probační a mediační služby a jiných odborníků, kteří se podílejí na práci s konkrétním klientem. Je vhodné, aby oddělení sociálně právní ochrany dětí využívalo případových supervizí. V našem obvodu již třetím rokem působí multitym, založený probační a mediační službou. Jeho členy jsou pracovníci probační a mediační služby Litoměřice, státního zastupitelství v Litoměřicích, soudkyně pro děti a mládež Okresního soudu Litoměřice, vyšetřovatelé policie specializovaní na práci s nezletilými provinilci Okresního ředitelství policie Litoměřice, kurátoři městských úřadů obcí s přenesenou působností Litoměřice, Lovosice a Roudnice nad Labem, vedoucí Domu na půl cesty v Litoměřicích, vedoucí multikulturního centra Psychiatrické léčebny v Horních Beřkovicích a vedoucí K-centra Litoměřice.

Společné projednávání jednotlivých klientů výrazně přispívá ke zlepšení práce všech zúčastněných a zlepšení vzájemné informovanosti. Tato spolupráce je ku prospěchu všech klientů.

S výsledky této práce ve zkrácené verzi seznámím především všechny své spolupracovníky a spolupracovnice, kolegy a kolegyně zúčastňující se případových konferencí, pedagogy základních škol, především vedení školy a metodiky prevence a členy multitýmu.

8. Seznam použité literatury:

- Bouček J. (2006). Speciální psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Dunovský J., Dytrych Z., Matějček Z. et al. (1995). Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada Publishing.
- Ferjenčík J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál.
- Hajný M. (2008). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In Kalina K., et al. Základy klinické adiktologie. Kapitola 3. Praha: Grada Publishing.
- Koukolík F. a Drtilová J. (2008). Vzpouza deprivantů. Praha: Galén.
- Kraus B. (2008). Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál.
- Kudrle S. (2003a). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina K., et al. Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 2/1. Praha: NMC/Úřad vlády ČR.
- Kudrle S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. In Kalina K., et al. Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 2/3. Praha: NMC/Úřad vlády ČR.
- Matějček Z. (1994). O rodině vlastní, nevlastní a náhradní. Praha: Portál.
- Matějček Z. a Dytrych Z. (1999). Nevlastní rodiče a nevlastní děti. Praha: Grada Publishing.
- Matoušek O. (1997). Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: Portál.
- Matoušek O. a Matoušková A. (2011). Mládež a delikvence. Praha: Portál.
- Matoušek O. a Pazlarová H. (2010). Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny. Praha: Portál.
- Minařík J. (2003a). Stimulancia. In Kalina K., et al. Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 3/3. Praha: NMC/Úřad vlády ČR.
- Nešpor K. (2007). Návykové chování a závislost. Praha: Portál.
- Rieger Z. a Vyhnálková H. (2001). Ostrov rodiny. Hradec Králové: Konfrontace.
- Sobotková I. (2007). Psychologie rodiny. Praha: Portál.
- Širůčková M. (2010). Rizikové chování a jeho psychosociální souvislosti. In M. Miovský, L. Skácelová, J. Zapletalová, P. Novák (2010). Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika 1. LF a VFN, Centrum Adiktologie, TOGGA. Str. 34-39.

9. Přílohy

9.1. Příloha č. 1

Časová osa – rodina „A“

8. 10. 2002 Začátek práce s klientem, vypracování zprávy k nařízenému soudnímu dohledu. Martinovi je 13 let. Navštěvuje 7. třídu základní školy. Prospěch – lepší průměr, chování velmi problémové.
23. 1. 2003 Martin se dopustil provinění, které má znaky trestného činu vydírání, proveden pohovor s nezletilým. Pro nedostatek věku odloženo.
10. 2. 2003 Martin se dopustil provinění, které má znaky přestupku proti majetku, hodil asi 15 sněhových koulí na rodinný dům. Proveden pohovor. Pro nedostatek věku byl přestupek odložen.
11. 3. 2003 Výchovné problémy Martina ve škole, proveden pohovor. Upozornění třídní učitelky na doporučení PPP. Učitelka odmítá, bude postupovat dle vlastního uvážení.
5. 6. 2003 První signál experimentování s marihuanou.
5. 11. 2003 Výchovné problémy pokračují i v následujícím školním roce. Výchovný pohovor, doporučení nového vyšetření v PPP. Doporučena návštěva dětského psychiatra. Martin kouří marihuanu, upozorněn na možnost nařízení ústavní výchovy.
17. 12. 2003 Výrazné problémy s kouřením marihuany, Martin začal experimentovat s pervitinem.
5. 2. 2004 První návštěva PPP.
11. 2. 2004 Druhá návštěva PPP.
1. 3. 2004 Třetí návštěva PPP. Obdržena zpráva PPP, s doporučením navštívit dětskou psychiatrii, případně uvažovat o SVP, jiné léčbě nebo nařízení ústavní výchovy.
3. 3. 2004 Pohovor s Martinem a matkou, doporučena léčba v komunitním zařízení Agapé, pro drogově závislé děti do 15 let. Matka i Martin souhlasí.
4. 3. 2004 Odvoz Martina na detox do psychiatrické léčebny.
10. 3. 2004 Přijetí Martina do komunity.
22. 4. 2004 Průběžná zpráva z komunity.
5. 5. 2004 Zpráva o průběhu léčby v komunitě.
30. 5. 2004 První účast matky na rodinné terapii v komunitě.
21. 6. 2004 Návštěva kurátora v komunitě.
27. 6. 2004 Zpráva o průběhu léčby v komunitě.
1. 7. 2004 Zpráva z komunity o neúčasti rodičů na rodinné terapii.

24. 7. 2004 Ukončení pobytu v terapeutické komunitě z důvodu třetího hrubého porušení pravidel komunity.
23. 8. 2004 Pohovor s Martinem, vyplnění anamnestického dotazníku, zajištění přijetí na střední školu, obor management obchodu.
1. 9. 2004 Martin nastoupil na střední odbornou školu.
12. 10. 2004 Martin má první problémy s docházkou i chováním ve škole. Podezření z užívání marihuany i pervitinu. Podezření z distribuce drog ve škole. Proveden výchovný pohovor, s upozorněním na možnost nařízení ústavní výchovy při pokračování problémů.
30. 11. 2004 Chování se zlepšilo jen přechodně, nyní je stále horší.
17. 1. 2005 Martin byl u babičky a účastnil se loupežného přepadení, zadržen policií, předán babičce. Bude obviněn.
22. 2. 2005 Přechodné zlepšení chování i prospěchu, zlepšení je účelové, hrozba nepodmíněného trestu.
22. 3. 2005 Chování se opět zhoršilo, prodej drog ve škole je již evidentní, ředitel využil neomluvených hodin a Martina ze školy vyloučil. Podán návrh na nařízení ústavní výchovy.
5. 4. 2005 Martin neustále prodává drogy, téměř není doma a pokud je, ohrožuje svým chováním výchovu nezletilé sestry Adély. Podán návrh na nařízení předběžného opatření.
6. 4. 2005 Soud vydal předběžné opatření a Martin byl umístěn do diagnostického ústavu.
6. 5. 2005 Návštěva kurátora v diagnostickém ústavu. Martin se chová velmi slušně, pokouší se manipulovat personálem a daří se mu to. Bude propuštěn na víkendový pobyt.
27. 5. 2005 Přemístění Martina do výchovného ústavu. Vyšla mu manipulace s personálem a byl přeřazen do ústavu s velmi mírným režimem, kde je v noci velmi omezená kontrola.
20. 6. 2005 Návštěva kurátora ve výchovném ústavu, zajištění prázdninového pobytu v rodině.
29. 6. 2005 Umožněn prázdninový pobyt v rodině, který byl prodlužován do konce srpna.
11. 10. 2005 Martin se dopustil provinění, které má znaky trestného činu loupežného přepadení. Přepadeným byl syn policisty. Martin je stíhán vazebně.
7. 11. 2005 Návštěva kurátora ve vazební věznici. Vazba působí na Martina velmi špatně po psychické stránce. Slibuje, že pokud ho „nezavřou“, bude se již chovat slušně a podle zákona.
19. 12. 2005 Soudní jednání, předmětem je první loupežné přepadení při návštěvě babičky. Uložen trest odnětí svobody na dobu 12 měsíců, trest je podmíněčně odložen na dobu dvou let. Zároveň je nařízena ochranná ústavní výchova a výchovné opatření nařizující Martinovi chodit do učiliště a neužívat návykové látky. Po skončení soudu byl Martin po 60 dnech propuštěn z vazby.

14. 3. 2006 Návštěva kurátora ve výchovném ústavu. Martin si je zatím vědom, že porušení soudních nařízeních by pro něho znamenalo vězení.
17. 5. 2006 Podmínky v rodině jsou nevhodné, byl nařízen soudní dohled nad výchovou Martinovi sestry Adély.
6. 11. 2006 Návštěva kurátora ve výchovném ústavu, Martin se už nechová úplně bezproblémově, už mu otrnulo. Testy na THC a pervitin měl ale negativní.
19. - 21. 1. 2007 Pobyť Martina v rodině. Konflikty s otcem, Martin trávil většinu času s kamarády z bývalé party. Kouřil marihuanu.
21. 1. 2007 Útěk z výchovného ústavu, i když se Martin vrátil sám během několika hodin, bude souzen za maření výkonu úředního rozhodnutí.
22. 1. 2007 Podán návrh na prodloužení ochranné ústavní výchovy do 19 let.
18. 2. 2007 Návštěva kurátora ve výchovném ústavu, Martin souhlasí s prodloužením ochranné výchovy, je si vědom, že sám by učiliště nedokončil.
19. 2. 2007 Soudní jednání ve věci druhého loupežného přepadení. Zvýšen trest na 2 roky a prodloužena podmínka na 3 roky.
1. 3. 2007 Soud prodloužil ochrannou výchovu do 19 let.
7. 3. 2007 Soudní jednání ve věci maření úředního rozhodnutí. Trest obecně prospěšných prací 50 hodin.
14. 7. - 14. 8. 2007 Prázdninový pobyt Martina v rodině. Část prázdnin trávil Martin u babičky, kde měl zajištěnou brigádu. O prázdninách užíval marihuanu.
28. 8. 2007 Útěk z ústavu. Opět se Martin vrátil sám. Druhé maření úředního rozhodnutí.
14. 9. 2007 Pobyť Martina v rodině.
24. 10. 2007 Pobyť Martina v rodině.
14. 11. 2007 Návštěva kurátora ve výchovném ústavu. Martin chce zrušit ochrannou ústavní výchovu. Jako důvod uvádí, že již není důvod, že stačí ústavní výchova. Je si však vědom, že útěk z ústavní výchovy není trestným činem. Jeho jednání je účelové.
30. 11. 2007 Martin přemístěn do jiného ústavu, pro opakované útky a problémové chování, šikana mladších klientů.
16. 12. 2007 Útěk. Martin se sám vrátil ještě tentýž den. Měl pozitivní test na THC a pervitin.
21. 12. 2007 Pobyť v rodině.
25. 1. 2008 Žádost výchovného ústavu o zrušení ochranné výchovy z důvodu zařazení do programu práce na počítači.
20. 2. 2008 Soud návrh zamítl, povolil však účast v programu bez zrušení ústavní výchovy.
22. 2. 2008 Útěk.

2. 3. 2008 Martin se sám vrátil do ústavu.
21. 3. 2008 Martin neplnil povinnosti programu a musel se vrátit zpět do „domovského“ ústavu. Oficiálně vyřazen z programu. Následoval útěk. Martin se však druhý den sám vrátil.
16. 4. 2008 Soud zrušil povolení k pobytu mimo ústav a účast v programu.
12. 5. - 24. 5. 2008 Pobyt v rodině před zkouškami.
24. 5. 2008 Martin dosáhl věku 19 let a oficiálně opustil ústav s tím, že se dostaví na závěrečné zkoušky.
25. 5. 2008 Martin se dostavil do kanceláře kurátora, byla mu vyplacena jednorázová sociální dávky 1000,-Kč.
16. 6. 2008 Martin se nedostavil na závěrečné zkoušky.
3. 7. 2008 Martin odešel od rodičů k babičce do města.
12. 9. 2008 Martin navštívil kurátora v kanceláři. Chtěl opět peníze. Když viděl, že peníze týž den nedostane, stěžoval si, že nemůže najít práci. Kurátor využil nabídky jedné firmy, která je ochotna na doporučení zaměstnat muže z výkonu trestu nebo z ústavu a nabízí i levné ubytování. Martin však nabídku odmítl s odůvodněním: „Nebudu někde dřít za deset tisíc měsíčně.“
14. 11. 2009 Martin umístěn do vazby. Dopouštěl se krádeží a vloupání.
5. 1. 2010 Martin byl odsouzen a přemístěn do výkonu trestu.
13. 4. 2010 Soudní jednání pro další trestnou činnost a přeměna podmíněčného trestu.
9. 6. 2011 Pravděpodobný konec výkonu trestu má Martin stanoven na 16. 3. 2016.

9.2. Příloha č. 2

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Jméno a příjmení: Martin A.

Datum narození: 17. 5. 1989

Rodné číslo: XXXXXX/XXXX

Adresa - trvalé bydliště: Vrbice 21

Adresa - kde klient žije: Vrbice 21

Telefon: nevlastní

Zdravotní pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna

Kontakt na někoho blízkého: Matka

Jméno a příjmení: Marie A.

Adresa: Vrbice 21

Telefon: XXX XXX XXX

1. Vstupní údaje

- 1.1. Klient se dostavil s matkou po ukončení léčby závislosti na pervitinu v komunitním zařízení AGAPE Opava. První obtíže se objevili před dvěma roky, začal kouřit marihuanu a asi během půl roku začal užívat pervitin. V současné době uvádí, že již pervitin nebere. Chce studovat na střední škole.
- 1.2. Klient byl v léčbě v komunitě AGAPE Opava. Ukončil léčbu, jednalo se o opakované úmyslné porušení pravidel. Pravidla porušil v době návštěvy babičky v zařízení. Okamžitě byl vyloučen a předán babičce, která ho přivezla rodičům domů.
- 1.3. S klientem spolupracujeme již od roku 2003. Současná zakázka klienta je pomoc s dalším vzděláváním.

2. Osobní anamnéza

2.1. Zdravotní anamnéza

- 2.1.1. Klient je prvorozené dítě, porod probíhal bez závažnějších problémů. Do současné doby neměl závažnější úraz nebo jiné onemocnění nesouvisející s abusem NL.
- 2.1.2. Hospitalizace z jiného důvodu než pro abususe NL neměl.
- 2.1.3. U žen-matek: Jak probíhalo těhotenství, porod, šestinedělí (zdravotně, zda klientka užívala drogy, jaké, jak, jaké dávky, pokoušela se abstinovat v těhotenství, jedná se o první těhotenství, menstruace po porodu....)
- 2.1.4. Test hepatitid byl negativní. Poslední test byl proveden při příjmu na detoxifikační oddělení psychiatrické léčebny dne 4. 3. 2004.
- 2.1.5. HIV test s negativním výsledkem. Naposledy 4. 3. 2004.
- 2.1.6. Současné zdravotní potíže - bez zdravotních potíží

2.2. Psychická anamnéza (jen takové problémy, které nemají souvislost s abusem NL)

2.2.1. Klient od roku 2002 navštěvoval dětskou psychiatričku, je medikován. V březnu 2004 byl hospitalizován na detoxifikační oddělení psychiatrie.

2.2.2. Kontakty s psychologem – klient navštěvoval dětskou psycholožku v Roudnici nad Labem, rovněž pedagogicko-psychologickou poradnu, nejprve v Praze a poté v Roudnici nad Labem.

2.2.3. Suicidiální pokusy klient neměl. Sebevražedné myšlenky, rovněž neuvádí.

2.3. Sexuální život – Klient je heterosexuálně orientovaný. První pohlavní styk uvádí asi před rokem s kamarádkou na párty. Od té doby několik náhodných pohlavních styků. Prezervativ nepoužil, jestli partnerka užívala antikoncepci, se neptal.

3. Sociální anamnéza

3.1. Vzdělání

3.1.1. Základní povinná školní docházka ukončena 30. 6. 2004.

3.1.2. Klient ve škole neměl závažné problémy s prospěchem. Horší to bylo s chováním. Obzvláště dvě učitelky přímo nesnášel a velmi rád je provokoval. Na dotaz, jestli je provokoval záměrně, odpověděl, že velmi rád. O jedné z nich řekl: „Zkoušel jsem, jak dlouho mi bude trvat, než ji vytočím.“ Na dotaz, jak dlouho to trvalo, odpověděl: „Většinou méně než minutu.“ Se spolužáky údajně vycházel dobře.

3.2. Záliby

Martin se před tím, než začal kouřit marihuanu, věnoval fotbalu a florbalu. Od doby, kdy začal užívat návykové látky, se nevěnoval žádnému sportu. V komunitě začal opět sportovat, hrál fotbal a jezdil na kole.

3.3. Zaměstnání

3.3.1. V současné době chce pokračovat v přípravě na budoucí povolání.

3.3.2. Dosud nikde nepracoval. Na dotaz, zda má domluvenou na prázdniny brigádu, odpověděl: „Nebude někde dřít za 70,- korun na hodinu jako úkáčka.“

3.4. Finanční situace, zdroj příjmů

3.4.1. Dluhy – vzhledem k věku dluhy ani jiné závazky nemá.

3.4.2. Současný příjem, náklady na živobytí - veškeré potřeby hradí dosud rodiče.

3.5. Bydlení

3.5.1. Bydlí s rodiči a sestrou v bytě 3+1. Byt se nachází ve druhém patře starší bytové zástavby. Vybavení je standardní starší, vytápění elektřinou.

3.5.2. Klient má společný pokoj se svojí o 5 let mladší sestrou.

3.5.3. V bytě ještě žijí rodiče, kteří mají k dispozici ložnici. Ostatní prostory bytu užívají společně. Otec má problémy s pitím alkoholu.

3.6. **Právní problémy, absolvované tresty**

- 3.6.1. V současné době není trestně stíhán.
- 3.6.2. Klient se dopustil opakovaně provinění krádeže, ale v době, kdy byl dosud nezletilý a neexistoval zákon 218/2003 Sb. Proto nebyl obviněn ani souzen.
- 3.6.3. Soudní léčba dosud nebyla nikdy nařízena. Má nařízený soudní dohled.

3.7. **Důležité osoby v životě klienta**

- 3.7.1. Matka Marie A. 38 let
Otec Roman A. 34 let
Sestra Adéla A. 8 let
- 3.7.2. Partnerku v současné době nemá.
- 3.7.3. Přátele má pouze z oblasti uživatelů drog, ani ve škole neměl kamarády.

4. **Drogová kariéra**

4.1. **Hlavní droga** – Pervitin první zkušenost s pervitinem uvádí v roce 2003 o prázdninách s partou známých. Způsob aplikace byl šňupáním, které přetrvávalo podobu asi 4 měsíců. Potom si Martin začal aplikovat pervitin intravenózně. To trvalo až do hospitalizace v psychiatrické léčebně. Diagnóza dle MKN-10, syndrom závislosti způsobený užíváním stimulantů (pervitin) F 15.2

4.2. **Ostatní drogy**, které klient užíval (včetně způsobu aplikace a doby užívání, dávky, věku při první zkušenosti s danou drogou):

- 4.2.1. Heroin nikdy nezkusil
- 4.2.2. Braun nemá zkušenost
- 4.2.3. Pervitin popsáno výše - hlavní droga
- 4.2.4. Kokain nemá zkušenost
- 4.2.5. Ecstasy vyzkoušel na diskotéce asi 3x
- 4.2.6. LSD jedna zkušenost s partou z vedlejší vesnice
- 4.2.7. Marihuanu kouřil pravidelně asi od roku 2002, před léčbou 1-2x denně
- 4.2.8. Psylocibin nemá zkušenost
- 4.2.9. Alkohol téměř vždy při „nějakých akcích v partě“
- 4.2.10 Organická rozpouštědla opakovaně toluen, asi 2x plyn do zapalovače
- 4.2.11 Farmaka nemá zkušenost
- 4.2.12 Jiné neuvádí

4.3. Kde bral klient **peníze na drogy** (krádeže, prostituce, ...) - peníze na drogy kradl rodičům, distribuce drog, později trestná činnost krádeže, loupežná přepadení - opakovaně.

5. **Obtíže a problémy spojené s užíváním drog**

5.1. **Psychické obtíže** - toxická psychóza, deprese, flashbacky, úzkostné stavy, suicidiální pokusy, ... (především stavy, které byly tak závažné, že si vyžádaly konzultaci s psychiatrem nebo hospitalizaci na psychiatrii, včetně stavů, které by intervencí vyžadovaly, ale z nějakých důvodů k ní nedošlo).

Klient zatím neuvádí žádné psychické obtíže.

5.2. **Předávkování** - tj. pokud byla provedena nějaká intervence nutná k resuscitaci (i laické). Nebyl dosud předávkován.

5.3. **Odvykací stav** - jak ho klient zvládal. Odvykací stav v psychiatrické léčebně zvládal bez obtíží.

5.4. **Tělesné obtíže** spojené s abusem: Abscesy, zápaly plic, flegmóny, ... (tj. stavy, které byly tak závažné, že si vyžádaly konzultaci s lékařem nebo hospitalizaci, včetně stavů, které by intervenci vyžadovaly, ale z nějakých důvodů k ní nedošlo).

5.5. **Jiné problémy** spojené s užíváním drog - pracovní, studijní, společenské, řízení pod vlivem drogy, i když klient nebyl přistižen (jde o konkrétní problémy, které nastaly v souvislosti s drogami). Martin uvádí, že užívání drog mu způsobilo problémy ve škole. Pokud přišel do školy ráno „zhulený“, vyučující si toho všimla a okamžitě musel do ředitelny, kde většinou volali kurátora, a Martin se obával, že jednou přijede s policií a odvezou ho rovnou do ústavu. Dále uvádí, že přestal kamarádít s kluky, se kterými hrával fotbal, když začal brát drogy, neměl si rázem s těmito kamarády co říct. Také mu vadily časté hádky s rodiči, zvláště s otcem byly hádky velmi prudké a nejednou se to neobešlo bez facek.

6. Léčby a abstinční pokusy

6.1. **Absolvované léčby** - všechny ústavní i ambulantní chronologicky. Jak dlouho klient vydržel abstinovat po absolvované léčbě, jak dlouho klient vydržel abstinovat sám bez léčby. Martin absolvoval detoxifikaci v psychiatrickém ústavu odkud byl následně převezen do komunity pro léčbu drogových závislostí dětí mladších 15 let. V komunitě byl Martin 5 měsíců.

6.2. **Doba abstinence:** Abstinoval pouze asi 3 dny. „Kouřím marihuanu a kouřit ji budu. Není to nic špatného a kouřít ji přece každý“.

7. Rodina

7.1. Základní údaje

7.1.1. Rodiče, věk, zaměstnání, zdravotní stav:

Otec Roman A., 34 let, pracuje jako natěrač-lakýrník, zdravotní stav dobrý, často pije alkohol (každý víkend je opilý).

Matka Marie A., 38 let, v současné době je evidována na úřadu práce jako uchazečka o zaměstnání. Uvádí gynekologické problémy, rakovina dělohy, podstoupí v nejbližší době operaci, rovněž prodělala operaci karpálních tunelů na pravé ruce.

7.1.2. Sourozenci, věk, zaměstnání, zdravotní stav: Sestra Adéla, 8 let, zdravotní stav dobrý, navštěvuje základní školu.

7.2. Rodinná anamnéza

7.2.1. Úmrtí, na co, v kolika letech, ...

7.2.2. Důležité choroby - srdeční onemocnění, cukrovka, mrtvice, nádorová onemocnění: Martinovi prarodiče jsou oboje rozvedeni a žijí samostatně, pokud je klientovi známo, neměli a nemají žádné zdravotní potíže.

7.2.3. Závislosti a duševní onemocnění v rodině - o případné rodinné zátěži je třeba se podrobně rozepsat. Pokud klient např. uvede, že jeho děd byl alkoholik, zeptejte se, zda se léčil, ev. kde, ... Klient uvádí, že otec Roman je závislý na alkoholu. O jiném duševním onemocnění nebo závislosti v rodině neví.

7.3. Charakteristika rodinného prostředí

7.3.1. Hodnocení rodinných vztahů s rodiči a sourozenci. Zde je třeba zaznamenat hodnocení vztahů v rodině. Vztah rodičů je velmi problematický, pořád se hádají. Hádky jsou nejčastěji, když přijde otec domů opilý. Klient uvádí, že otec se hádal i s babičkou (tchýní), když u ní bydleli. Opakovaně došlo k odloučení manželů, otec Roman, již dvakrát rodinu opustil, vždy se však vrátil zpět. Martin se s otcem často hádá, při hovoru nemluví o otci, ale užívá označení „on“. K Adéle se Martin i rodiče chovají velmi dobře, je ještě malá.

7.3.2. Úplná, neúplná rodina - kdy se rodiče rozvedli, jak to klient snášel, s kým z rodiny nyní žije, jaké kontakty má se svým druhým rodičem. Jedná se o úplnou rodinu. Otec Roman však opakovaně rodinu opustil a žil s jinou ženou, Marie požádala o rozvod, ale pak návrh vzala zpět. Nyní žijí ve společné domácnosti.

7.3.3. Jiné důležité osoby v životě klienta (z kruhu rodiny). Důležitou osobou je babička, matka Marie.

7.4. Údaje od rodičů nebo rodinných příslušníků (vyplňujeme jen tehdy, přijdou-li rodiče nebo rodinní příslušníci společně s klientem)

7.4.1. Pohled rodinných příslušníků na klienta, na jeho abus, chování doma - fungování v rodině, plnění dohodnutých pravidel, atd. Zaznamenejte pokud možno všechny stesky rodiny na chování jejich příbuzného, ev. na abus návykových látek. S klientem se dostavila matka, otec a babička. Babička zatím odmítá převzít péči o vnuka Martina. Pracuje a nemohla by se mu dostatečně věnovat. Martinovu závislost dává za vinu dceři a jejímu manželovi. Nechápe, proč s ním stále ještě žije, když ji a rodinu neustále stahuje do problémů. Finančně rodině vypomáhá, v době, kdy Roman opustil poprvé rodinu, poskytla dceři s dětmi ubytování a finančně je podporovala. Po přestěhování do současného bydliště několikrát poskytla rodině půjčku, kterou jí však nikdy nevrátili. Uvádí, že v současné době jí dluží asi 360 tisíc korun.

7.4.2. Charakteristika rodinného prostředí z pohledu rodičů (příbuzných). Jak rodina vidí vztahy s klientem, jaký byl předtím, než začal zneužívat NL, jaký je nyní. Vhodné je také zaznamenat ideální stav dle rodičů, jak by měl vypadat dle jejich představ. Otec uvádí, že Martin je problémový proto, že matka ho nedokázala dobře vychovat, on to nemohl ovlivnit, protože neustále pracoval nebo nebydlel s rodinou. Matka se domnívá, že Martin vše dělá navzdory otci, aby ho naštvál, snaží se syna chránit před možným nařízením ústavní výchovy, v době, kdy je Roman mimo domov, u jiné ženy, staví Martina do role hlavy rodiny. Sestra Adéla bratra obdivuje, o jeho problémech se závislostí neví. Matka jí řekla, že je nemocný a je v lázních.

7.4.3. Charakteristika rodičů z pohledu pracovníka. Náhled rodiny na abus návykových látek, zhodnocení chování rodiny vzhledem k danému problému. Jak se měnil vztah rodiny ke klientovi v průběhu léčby. Rodiče se shodně na závislost syna dívají kriticky, a spolupracují s kurátorem dobře. Přesto se domnívám, že Martinova léčba v komunitním zařízení byla účelová. Matka i Martin si byli vědomi hrozby nařízení ústavní výchovy. Rodinné terapie se zúčastnila pouze matka a to jen jednou za 5 měsíců, určitou roli zde určitě sehrála i vzdálenost komunity od bydliště matky a tím i zvýšené náklady na víkendový pobyt v komunitě.

7.4.4. Pokuste se objektivizovat data udaná klientem. Klient ukončil léčení v komunitě úmyslně, když uvádí, že ho „vyhodili neprávem“. O víkendu navštívila Martina v komunitě babička. Martin záměrně postříkal zeď vedlejšího domu sprejem. Věděl, že se již dopustil dvou závažných porušení pravidel a třetí je důvodem k ukončení léčby. Třetí porušení pravidel si záměrně naplánoval na návštěvu babičky, protože věděl, že vedoucí komunity toho využije a předá Martina babičce. Kdyby k porušení pravidel došlo kdykoliv jindy, musel by vedoucí kontaktovat zákonného zástupce, který by si musel osobně Martina převzít. Martin nadále kouří marihuanu a otevřeně to přiznává, domnívá se, že „jen hulení“ nebude důvodem k nařízení ústavní výchovy.

8. Stav klienta při rozhovoru

8.1. Vzhled klienta, jeho chování při pohovoru, verbální projev (je zřetelně hostilní, depresivní, úzkostný, paranoidní). Klient není úzkostný, depresivní ani agresivní, ochotně komunikuje.

8.2. Spolupráce, náhled na abus. Martin uvádí, že bude abstinovat od pervitinu, ale marihuanu bude kouřit dál, nepokládá to za nic špatného.

8.3. Jeví-li klient známky akutní intoxikace nebo odvykacího stavu, je nutné to zmínit. Nejeví známky intoxikace

8.4. Jsou nebo nejsou přítomny suicidiální myšlenky? Suicidiální myšlenky nemá.

9. Základní problém z vašeho pohledu:

Martin nemá žádná pravidla. Matka ani otec nedokážou, pravidla stanovit. Pokud jsou jim pravidla doporučena odborníky, nejsou schopni zajistit jejich dodržení. V současné době se začínají projevovat problémy s pitím alkoholu u otce. Jedná se o pravidelné víkendové pití s kamarády v restauraci. V opilosti velmi časté hádky, fyzické násilí matka nepotvrzuje. Martin však při pohovoru ve škole potvrdil, že otec v opilosti matku i bije.

10. Pracovní plán (cíle) - váš návrh

Martin po prázdninách nastoupí na střední odbornou školu, obor management obchodu. Budou nutné pravidelné kontroly docházky, kontrola užívání návykových látek není možná, dosud nemáme k dispozici drogové testy.

Datum: 23. 8. 2004

Jméno garanta: Václav Živný

Jméno vyplňujícího a podpis: Martin A.

9.3. Příloha č. 3

Časová osa – rodina „B“

23. 6. 2004 Začátek práce s rodinou, výchovné problémy Tadeáše a Nikoly, první pohovor s dětmi, matkou a nevlastním otcem. Tadeáš objednan na srpnové vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně.
6. 8. 2004 Návštěva matky a Tadeáše v PPP.
23. 9. 2004 Problémy s chováním Nikoly ve škole, matka pozoruje problémy v chování, podezření na užívání marihuany a pervitinu. Pohovor s Nikolou - vše popírá.
12. 10. 2004 Ukončeno vyšetření Tadeáše v PPP, diagnostikován syndrom hyperaktivity, ADHD, návrh na umístění v SVP - matka odmítá.
11. 11. 2004 Pokračující problémy Nikoly, záškoláctví. Pohovor s Nikolou. Přiznává užívání marihuany a pervitinu. Slibuje, že s drogami skončí a bude řádně chodit do školy. V případě, že se jí to nepodaří, souhlasí s léčením.
14. 1. 2005 Přetrvávají problémy s užíváním marihuany i pervitinu u Nikoly, matka žádá o hospitalizaci. Nikola souhlasí (hrozba ústavní výchovy).
7. 2. 2005 Hospitalizace Nikoly v Dětském a dorostovém detoxikačním centru v Praze.
7. 3. 2005 Převoz z detoxu do dětské psychiatrické léčebny
9. 3. 2005 Při vstupní prohlídce zjištěno porušení hymen - podáno trestní oznámení na neznámého pachatele pro trestný čin pohlavního zneužití. Nikola tvrdí, že k tomu došlo při jízdě na koni!?
25. 3. 2005 Předčasné ukončení léčby v psychiatrické léčebně. Dle ošetřujícího lékaře je Nikola zdravá. Nesouhlas kurátora OSPOD i matky, přesto byla Nikola propuštěna.
26. 3. 2005 Návrat Nikoly do školy.
18. 4. 2005 Ihned po návratu do školy pokračují problémy s chováním, během několika dní se Nikola vrací zpět k marihuaně a pervitinu. Bratr Tadeáš se k ní přidává a experimentuje s marihuanou. Podán podnět k nařízení soudního dohledu nad výchovou nezletilých dětí.
29. 4. 2005 Provedení testů na zjištění přítomnosti THC a pervitinu v moči Nikoly a Tadeáše. Nikola oba testy pozitivní. Tadeáš pozitivní test na THC. Matka váhá s řešením. Odmítá hospitalizaci i pobyt v SVP.
17. 5. 2005 Záškoláctví Nikoly se stupňuje, Tadeáš do školy chodí, ale je pod vlivem THC. Matka opětovně vyzvána ke spolupráci, vše odmítá.
6. 6. 2005 Podán návrh k okresnímu soudu na nařízení předběžného opatření o umístění obou dětí do diagnostického ústavu.

7. 6. 2005 Okresní soud vydal předběžné opatření Nikola a Tadeáš umístění do diagnostického ústavu.
15. 6. 2005 Nikola má abstinenční problémy projevující se zvýšenou agresivitou.
22. 6. 2005 Nikola pochopila, že její chování nikam nevede, a začala se přizpůsobovat pravidlům DÚ.
4. - 18. 7. 2005 Chování zlepšeno umožněn prázdninový pobyt Nikoly a Tadeáše v rodině.
23. 8. 2005 Přemístění sourozenců do dětského domova se školou nedaleko bydliště matky a otčíma.
22. 9. 2005 Okresní soud rozhodl o nařízení ústavní výchovy Nikoly a Tadeáše.
3. 11. 2005 Má návštěva v dětském domově. Nikola i Tadeáš pronášejí do zařízení z vycházek marihuanu a příležitostně i pervitin. Nikola telefonicky objedná drogy u dealera, který je přiveze na domluvené místo. Nikola za drogu poskytne sexuální služby. Oba hovořili o plánu útěku. Pohovor motivující k setrvání v DD.
18. - 20. 11. 2005 Víkendový pobyt Nikoly a Tadeáše v rodině.
21. 11. 2005 Útěk obou sourozenců z DD po návratu z rodiny.
26. 11. 2005 Nikola i Tadeáš se sami vrátili do DD. Tomáš byl převezen na týdenní detox.
23. - 28. 12. 2005 Vánoční pobyt Nikoly a Tadeáše v rodině.
29. 12. 2005 Útěk Nikoly a Tadeáše z DD.
3. 1. 2006 Návrat sourozenců do DD, oba pod vlivem drog.
16. 1. 2006 Tadeáš má výrazné psychické problémy, po vyšetření dětskou psychiatrickou doporučena hospitalizace. Matka souhlasí.
23. 1. 2006 Tadeáš převezen do dětské psychiatrické léčebny.
24. - 26. 3. 2006 Víkendový pobyt Nikoly v rodině.
10. 4. 2006 Tadeáš zpět v DD.
12. - 17. 4. 2006 Velikonoční pobyt Nikoly a Tadeáše v rodině.
24. 4. 2006 Útěk Tadeáše. Po dvou dnech zadržen policií.
5. - 8. 5. 2006 Pobyt Nikoly v rodině. Tadeáš pro opakované útěky nemá povolen pobyt v rodině.
8. 5. 2006 Útěk Tadeáše z DD.
9. 5. 2006 Tadeáš zadržen v Praze, obviněn z loupeže. Dodán zpět do DD.
31. 5. 2006 Tadeáš pro opakované útěky a porušování pravidel přemístěn do výchovného ústavu.
7. 6. 2006 Návštěva Nikoly kurátorem v DD. Chování zlepšené, testy na THC stále pozitivní.
19. 6. 2006 Návštěva Tadeáše kurátorem ve výchovném ústavu. Přísnější režim Tadeášovi prospívá, přizpůsobil se pravidlům. Jeho jednání je pravděpodobně účelové, chce domů na prázdniny.

30. 6. - 13. 8. 2006 Prázdninový pobyt Nikoly a Tadeáše v rodině.
27. 7. 2006 Šetření v rodině. Zpočátku bylo chování bezproblémové. Matka a otčím však nedokážou dětem určit přesná pravidla a hlavně nedokážou vyžadovat jejich plnění. Proto dochází k postupnému zhoršování chování, pozdním návratům apod. Pohovor s Nikolou a Tadeášem, upozornění na možnost okamžitého přerušování prázdninového pobytu.
3. 8. 2006 Kontrola chování dětí, chování se přechodně zlepšilo.
14. 8. 2006 Útěk Nikoly, která měla být přemístěna do výchovného ústavu v jižních Čechách. Důvodem přemístění je ukončení základní školy a nástup na učiliště.
17. 8. 2006 Návrat Nikoly do DD.
28. 8. 2006 Přemístění Nikoly do výchovného ústavu.
27. 9. - 1. 10. 2006 Víkendový pobyt Tadeáše v rodině.
2. 11. 2006 Soudní jednání s Tadeášem pro loupežné přepadení. Vzhledem k již nařízené ústavní výchově byl nařízen dohled probačního úředníka a 150 hodin obecně prospěšných prací.
20. 11. 2006 Návštěva Nikoly kurátorem ve výchovném ústavu. Chování i prospěch je dobrý, Nikola se snaží získat dostatek bodů pro umožnění pobytu o vánočních prázdninách.
29. 11. 2006 Návštěva Tadeáše kurátorem ve výchovném ústavu. Tomáš se chová velmi dobře, jeho pobyt o vánočních prázdninách v rodině pravděpodobně bude umožněn.
22. - 29. 12. 2006 Vánoční pobyt Tadeáše a Nikoly v rodině.
29. 12. 2006 Tadeáš i Nikola odmítli návrat do výchovného ústavu a z rodiny utekli.
30. 12. 2006 Tadeáš se vloupal do bytu nevlastní sestry v době její nepřítomnosti. Krádež peněz a několika cenností, které později zpeněžil v bazaru.
3. 1. 2007 Nikola zadržena policií v Praze a vrácena zpět do VÚ.
24. 1. 2007 Účast Nikoly u soudního jednání v postavení svědka. Projednávala se skupina distributorů pervitinu.
2. - 11. 3. 2007 Pobyt Nikoly v rodině.
9. - 11. 3. 2007 Pobyt Tadeáše v rodině.
16. 5. 2007 Nikolu navštívil ve výchovném ústavu kurátor. Pohovor o možnosti pobytu v rodině o prázdninách. Matka nesouhlasí s pobytem dcery o prázdninách.
17. 5. 2007 Návštěva Tadeáše kurátorem ve výchovném ústavu. Tadeášovo chování se zlepšilo, pobyt bude povolen.
29. 5. 2007 Šetření v rodině matka s otčím souhlasí s pobytem Tadeáše v rodině. Jeho chování se zlepšilo. O víkendech s ním neměli žádné problémy. S pobytem Nikoly v rodině nesouhlasí, o víkendech nedodržovala pravidla, užívala pervitin a domů se vracela pozdě v noci

nebo vůbec. Matka to kurátorovi nehlásila, protože nechtěla na dceru žalovat.

29. 6. - 29. 7. 2007 Prázdninový pobyt Tadeáše v rodině.
19. 7. 2007 Útěk Nikoly z výchovného ústavu. Zadržena ještě týž den policií a předána zpět do ústavu.
20. 7. 2007 Nikola přemístěna do druhého patra budovy, aby se zamezilo útěku. Nikola i v noci svázala prostěradla a pokusila se o útěk. Po přezení zábradlí se neudržela a spadla do výkopu kolem budovy. Došlo k poranění páteře, Nikola převezena do nemocnice v Brně. Okamžitá operace, zda bude ochrnutá nebo bude chodit nelze nyní jednoznačně říct.
15. 8. 2007 Stav Nikoly se zlepšil, po dlouhodobé rehabilitaci bude pravděpodobně v pořádku.
24. 8. 2007 Nikola potřebuje dlouhodobou každodenní rehabilitaci, kterou není výchovný ústav schopen zjistit. Musí zůstat ve zdravotnickém zařízení, nebo je možný dlouhodobý pobyt v rodině.
27. 8. 2007 Souhlas s dlouhodobým pobytem Nikoly v rodině. Zajištění učiliště, Nikola bude mít individuální studijní plán do doby než bude schopna pravidelně docházet do učiliště.
3. 9. 2007 Tadeáš podmíněně umístěn v rodině. Začal navštěvovat odborné učiliště obor kuchař číšník.
1. 11. 2007 Nikola začala pravidelně chodit do učiliště.
13. 11. 2007 Tadeáš má od začátku učení problémy s docházkou, vyhýbá se praxi. V posledním týdnu praxe přicházel pod vlivem THC a odmítal pracovat. Okamžitě zrušen souhlas s pobytem v rodině a Tadeáš se vrátil do výchovného ústavu.
17. 12. 2007 Šetření v ústavu Tadeáš - chování je již bez problémů. Vychovatel se domnívá, že jeho chování je účelové, aby mohl být o prázdninách v rodině.
21. - 31. 12. 2007 Pobyt Tadeáše v rodině.
29. 1. 2008 Šetření v učilišti. Nikola nemá problémy s výukou ani chováním. Proveden test na THC a pervitin - oba testy negativní.
27. 2. 2008 Tadeáš má opět výrazné problémy s chováním a kouří marihuanu. Rodiče odmítají jeho pobyt v rodině.
31. 3. 2008 Tadeáš přemístěn do jiného výchovného ústavu s přísnějším režimem na odloučeném místě.
25. 4. 2008 Přemístění Tadeášovi svědčí chování se přechodně zlepšilo, studijní výsledky jsou dobré.
30. 4. - 4. 5. 2008 Pobyt Tadeáše v rodině.
24. 5. 2008 Zrušena ústavní výchovu Nikoly.
- Květen - červen 2008 Pravidelné víkendové pobyty Tadeáše v rodině.
8. - 22. 7. 2008 Prázdninový pobyt Tadeáše v rodině.

23. 7. 2008 Zletilost Nikoly.
5. - 31. 8. 2008 Tadeášův pobyt u sestry Daniely v Praze, příslibena brigáda.
18. 8. 2008 Tadeáš ukončil brigádu, peníze získává distribucí pervitinu. Zrušen pobyt, otčím předal Tadeáše vychovatelům VÚ.
19. 8. 2008 Útěk Tadeáš.
21. 8. 2008 Tadeáš zadržen policií v Praze, předán do VÚ.
14. 9. 2008 Opětovný útěk Tadeáše.
19. 9. 2008 Dobrovolný návrat Tadeáše do ústavu.
17. 10. 2008 Nikola odchází od matky. Bydlí s přítelem Martinem u jeho rodičů. Přiznává, že oba kouří marihuanu, pervitinu se ale vyhýbá ona i její přítel.
3. 12. 2008 Šetření kurátora ve výchovném ústavu. Pohovor s Tadeášem, stěžuje si na deprese a špatný psychický stav. Vyžádána návštěva psychiatra.
17. 12. 2008 Tadeáš medikován psychiatrem. Uvažuje o léčení v terapeutické komunitě. Získán souhlas matky s přemístěním.
14. 1. 2009 Tadeáš převezen do terapeutické komunity.
25. 3. 2009 Návštěva kurátora v terapeutické komunitě. Tadeáš si vede velmi dobře.
25. 5. 2009 Návštěva kurátora v TK. Organizování závěrečných zkoušek Tadeáše v průběhu léčení v TK.
15. 6. 2009 Tadeáš úspěšně absolvoval závěrečné zkoušky oboru kuchař-číšník. Vrací se zpět do TK, kde ukončí pobyt závěrečným rituálem 17. 7. 2009.
17. 6. 2009 Nikola dokončila učiliště složením závěrečné zkoušky.
25. 6. 2009 Tadeáš vyloučen z komunity pro porušení pravidel – pohlavní styk s klientkou. Vrací se k matce na prázdninový pobyt.
25. 6. - 31. 8. 2009 Prázdninový pobyt Tadeáše v rodině.
14. 9. 2009 Návštěva kurátora ve VÚ. Pohovor o budoucích plánech po dosažení zletilosti. Tadeáš se vrátí k rodičům.
8. 10. 2009 Zletilost Tadeáše, návrat k rodině.
2. 12. 2009 Tadeáš opět užívá pravidelně pervitin. Výrazně zhubnul, matka ho vyhodila z domu. Odjíždí do Prahy hledat práci, bydlet bude na ubytovně.
22. 12. 2009 Tadeáš hospitalizován v psychiatrické léčebně. V bezvědomí byl nalezen městskou policií na ulici, poté převezen do nemocnice a následně do PL, kde byl umístěn na základě detenčního opatření soud, dobrovolnou hospitalizaci odmítl.
2. 1. 2010 Tadeáš odchází z PL, skončilo detenční opatření, ošetřující lékař doporučil pokračovat dále v léčbě. Tadeáš dobrovolný pobyt odmítl.
5. 1. 2010 Tadeáš odjel do Prahy, ubytován je na „lodi“.

7. 1. 2010 Opakovaný kolaps Tadeáš byl převezen do PL, znovu odmítl hospitalizaci a muselo být vydáno detenční opatření soudu.
14. 1. 2010 Tadeáš souhlasí s dobrovolným pobytem má výrazné psychické problémy.
8. 2. 2010 Nikola stále žije se svým přítelem Martinem, oba pracují ve výrobně masných produktů.
1. 3. 2010 Tadeáš propuštěn seznámil se zde s abstinujícím uživatelem pervitinu Petrem. Plánují společné bydlení v pronajatém bytě. Tadeáš bude žádat o invalidní důchod. Tadeáš je pravidelně medikován psychiatrem.
27. 4. 2010 Tadeáš navštěvuje kurátora, byl na „sociálce“ pro dávku hmotné nouze. Invalidní důchod zatím nezařizuje, uvádí, že na to nemá čas. Bydlí společně s Petrem v pronajatém bytě, Petr pracuje ve firmě zajišťující úklid metra. Tadeáš chodí občas „na černo“ pracovat.
4. 6. 2010 Nikola navštívila kurátora. Byla propuštěna z práce, celý podnik byl prodán novému majiteli, který snižoval počet zaměstnanců. V současné době Nikola i její přítel Martin pravidelně kouří marihuanu. Uvádí, že pervitin nebere. Společně s kurátorem hledají práci. Na přímluvu kurátora se dne 8. 6. 2010 v 9:00 hod. zúčastní konkurzu v podniku na výrobu autopotahů.
8. 6. 2010 Nikola přijata na místo šičky.
7. 9. 2010 Tadeáš se vrací zpět do Roudnice n. L. Petr nastoupil výkon trestu pro neplacení výživného, Tadeáš není schopen byt sám finančně zvládnout. Požadavek na ubytování, zajištěna ubytovna v Roudnici n. L.
29. 11. 2010 Petr píše kurátorovi, není v kontaktu s Tadeášem a má strach, jestli opět nezačal užívat pervitin. Bez souhlasu klienta nemůže kurátor poskytovat žádné informace, proto byl kontaktován Tadeáš. Slíbil, že Petrovi do vězení napíše, případně mu pošle balík. Odpověď na dopis Petrovi, se souhlasem Tadeáše sděleno, že je v pořádku a že mu napíše.
6. 1. 2011 Kurátor dostává další dopis od Petra. Tadeáš se mu dosud neozval. Opět kontaktován Tadeáš. Nyní žije u matky a otčíma, ale nesmí do domu. Před domem má obytný karavan, ve kterém spí. Může do domu v přítomnosti rodičů, vykoupat se. Matka mu pere a občas mu dá něco najíst. Souhlasí s podáním podrobnějších informací Petrovi. Kurátor vše podstatné telefonuje sociální pracovníci ve vězení, která ještě tento den vše přetlumočí Petrovi.
14. 6. 2011 Tadeáš stále bydlí v karavanu před domem matky a otčíma. Je evidován na úřadu práce, pobírá sociální dávky, občas sežene brigádu, kde dělá „na černo“. Tadeáš pravidelně kouří marihuanu, pokud má dostatek finančních prostředků, šňupne si pervitin. Uvádí 1-2 aplikace měsíčně. Nikola stále pracuje ve firmě na výrobu autopotahů. Marihuanu kouří pravidelně, pervitin nebere od úrazu páteře.

9.4. Příloha č. 4

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Jméno a příjmení: Tadeáš B.

Datum narození: 8. 10. 1991

Rodné číslo: XXXXXX/XXXX

Adresa - trvalé bydliště: Nové Dvory

Adresa - kde klient žije: ubytovna Praha

Telefon: nevlastní

Zdravotní pojišťovna: VZP

Kontakt na někoho blízkého: sestra

Jméno a příjmení: Nikola B.

Adresa: Roudnice nad Labem, Nová 1

Telefon:

1. Vstupní údaje

- 1.4. Klient Tadeáš, věk 19 let, vyhledal naši pomoc z důvodu pomoci s hospitalizací v psychiatrické léčebně. Opakovaně po užití pervitinu zkolaboval na ulici a byl hospitalizován. Odmítal však setrvat dobrovolně v psychiatrické léčebně, byl proto hospitalizován proti své vůli na základě detenčního opatření soudu. Nyní má deprese a uvědomuje si závažnost svého zdravotního stavu. Chce se dobrovolně nechat hospitalizovat v psychiatrické léčebně a léčit se z drogové závislosti.
- 1.5. Naposledy byl hospitalizován v psychiatrické léčebně na příkaz soudu - detenčního opatření. Léčení v terapeutické léčebně absolvoval v období od ledna 2009 do června 2009 ve věku 17,5 roku. Dostavil se sám bez doporučení.
- 1.6. Klient byl již v minulosti evidován kurátorem pro děti a mládež, od svých 13 let do zletilosti.

2. Osobní anamnéza

1.7. Zdravotní anamnéza

- 2.1.1. Porod bez problémů. Tadeáš prodělal běžné dětské nemoci. Jiná onemocnění neprodělal, neměl žádná zranění.
- 2.1.2. Hospitalizace z jiného důvodu než pro abusus NL neměl.
- 2.1.3. U žen-matek: X
- 2.1.4. Test na hepatitidy negativní. Poslední testování v prosinci 2010 ve věku 19 let.
- 2.1.5. HIV test negativní. Poslední test proveden v lednu 2009 ve věku 17,5 roku. Pravděpodobnost nákazy je vysoká, Tadeáš nepoužívá při pohlavním styku žádné ochranné pomůcky. Příležitostně má i homosexuální pohlavní styk za úplatu.

2.1.6. Současné zdravotní potíže - deprese, halucinace a kolapsy.

2.2. **Psychická anamnéza** (jen takové problémy, které nemají souvislost s abusem NL)

2.2.1. Psychiatrická léčba ambulantní i lůžková vždy souvisela s abusem NL.

2.2.2. Kontakty s psychologem atd. – Tadeáš v srpnu až říjnu 2004, kdy mu bylo 13 let, docházel do pedagogicko-psychologické poradny, školního psychologa základní škola neměla

2.2.3. Suicidiální pokusy ani myšlenky dosud neměl.

2.3. **Sexuální život** – začátek sexuálního života uvádí klient v 15 letech. Po propuštění z výchovného ústavu uvádí příležitostný homosexuální styk. Jeho orientace je heterosexuální. Homosexuální styk jen za úplatu. Antikoncepční prostředky neužívá, pohlavní choroby dosud žádné neměl. Klient uvádí, že první homosexuální styk byl nedobrovolný pod vlivem pervitinu a alkoholu. Znásilnění však policii nehlásil.

3. **Sociální anamnéza**

3.1. **Vzdělání**

3.1.1. Tadeáš po dokončení deváté třídy základní školy absolvoval ve výchovném ústavu odborné učiliště obor kuchař-číšník.

3.1.2. Klient uvádí, že nejprve začal na učiliště docházet v době, kdy měl podmíněně přerušenu ústavní výchovu, tam ho to ale nebavilo a téměř do učiliště nechodil. Kurátor mu během 14 dní obnovil ústavní výchovu. Ve výchovném ústavu ho učení obor bavil, proto také přerušil léčení v terapeutické komunitě, aby dokončil učiliště závěrečnou zkouškou. Vztahy se spolužáky měl dobré, žádné konflikty v učilišti neměl.

3.2. **Záliby**

Tadeáš vyrůstal na vesnici, asi od 8 let hrál za místní tým fotbal. V době, kdy začal kouřit marihuanu, ho fotbal přestal bavit. Jinému sportu se nevěnoval. Ve výchovném ústavu se účastnil meziústavních turnajů ve fotbale a lehké atletice.

3.3. **Zaměstnání**

3.3.1. V současné době je bez zaměstnání, evidován na úřadu práce není, byl v listopadu 2010 vyřazen pro nespolupráci.

3.3.2. Po ukončení učiliště byl kurátorem doporučen jako kuchař do místní pizzerie. Tadeáš se však na přijímací pohovor nejprve nedostavil a podruhé přišel špinavý (spal venku na ulici). Jeho vzhled byl rovněž důvodem odmítnutí (dredy, roztrhané a špinavé oblečení). Jinou práci se mu dosud nepodařilo získat.

3.4. **Finanční situace, zdroj příjmů**

3.4.1. Dluhy – od vyřazení z evidence úřadu práce neplatí zdravotní ani sociální pojištění. Jestli má nějaké jiné dluhy nebo exekuce neví, nemá kde přebírat poštu. Když je mu doručena k matce, tak ji matka vrátí odesílateli.

3.4.2. V současné době jsou jeho jediným příjmem mimořádné sociální dávky asi 1000,- Kč na tři měsíce.

3.5. **Bydlení**

3.5.1. V současné době bydlí v přívěsu na pozemku matky nedaleko rodinného domu. V přívěsu je jen postel, skříň, stůl a dvě židle.

3.5.2. Soukromí zde má zajištěno, ani matka ho nechodí kontrolovat, je jí jedno, jak žije, jen zde nesmí nikoho nechávat přespávat. To ale občas poruší.

3.5.3. V přívěsu většinou přespává sám, občas zde nechá přespat nějakého kamaráda - uživatele NL.

3.6. **Právní problémy, absolvované tresty**

3.6.1. V 16 letech se dopustil provinění loupeže. Byl odsouzen na jeden rok nepodmínečného odnětí svobody. Trest mu byl podmíněně odložen na dobu 3 let. Podmínka vypršela v roce 2009. V současné době není trestně stíhán.

3.6.2. Byl obviněn z vloupání do domu rodičů. Rodiče stáhli obvinění, stíhání bylo policií zastaveno.

3.6.3. V 19 letech byl 2x hospitalizován na základě detenčního opatření soudu. Soudně nařízenou léčbu dosud neměl.

3.7. **Důležité osoby v životě klienta**

3.7.1. Matka: 47 let

Otec: 41 let

Sestra Daniela 22 let

Sestra Nikola 20 let

Podrobně bude popsána v části rodina

3.7.2. Partnerku nemá

3.7.3. Tadeáš žil od svých 18 let s kamarádem Petrem. Společně bydleli jeden rok. V současné době je Petr ve výkonu trestu.

4. **Drogová kariéra**

4.1. **Hlavní droga** (včetně způsobu aplikace a doby užívání, dávky, věku při první zkušenosti s danou drogou – vyplňujte s ohledem na kritéria závislosti a rizikové užívání):

4.1.1. Pervitin, aplikace nejprve šňupáním se sestrou na útěku z výchovného ústavu ve věku 14 let. Asi po 5 měsících intravenózní aplikace, která trvá dosud.

4.2. **Ostatní drogy**, které klient užíval (včetně způsobu aplikace a doby užívání, dávky, věku při první zkušenosti s danou drogou):

4.2.1. Heroin uvádí jednu aplikaci intravenózně, nadále neužíval, nevyhovuje mu.

4.2.2. Braun nemá zkušenost

- 4.2.3. Pervitin viz hlavní droga
- 4.2.4. Kokain nemá zkušenost
- 4.2.5. Ecstasy opakovaně na hudebních akcích techno-párty, kterých se účastní asi 3-4x ročně
- 4.2.6. LSD experimentoval na učilišti, když přechodně bydlel u matky, jen asi 2x
- 4.2.7. Marihuana- pravidelně kouří od 13 let. Od 18 let denně.
- 4.2.8. Psylocibin vyzkoušel asi 2x
- 4.2.9. Alkohol pravidelně asi 3x týdně.
- 4.2.10. Organická rozpouštědla experimentoval ve věku 14 let
- 4.2.11. Farmaka experimenty s vyššími dávkami antihistaminik
- 4.2.12. Jiné, plyn do zapalovače, propan butan

4.3. Kde bral klient **peníze na drogy** (krádeže, prostituce, ...): Zpočátku peníze kradl rodičům. Ve výchovném ústavu na útěku obstarávala peníze sestra prostitutí. Po přemístění do jiného ústavu, krádežemi v obchodech a loupežemi. Po propuštění z výchovného ústavu i homosexuální prostitutí.

5. Obtíže a problémy spojené s užíváním drog

- 5.1. **Psychické obtíže** – Klient uvádí časté deprese, úzkostné stavy. V 17 letech, kdy kombinoval větší množství návykových látek, uvádí flashbacky. V době hospitalizace v psychiatrické léčebně po kolapsu toxická psychóza. Suicidiální pokusy neuvádí.
- 5.2. **Předávkování** – v 19 letech uvádí dva případy předávkování s následnou resuscitací a hospitalizací.
- 5.3. **Odvykací stav** – klient při hospitalizaci před nástupem do terapeutické komunity zvládal bez obtíží. V současné době muselo být nařízeno detenční opatření, aby Tadeáš z léčebny neodešel.
- 5.4. **Tělesné obtíže** spojené s abusem: klient žádné tělesné problémy, pro které by byl nucen navštívit lékaře, nebo by musel být ošetřen, neuvádí.
- 5.5. **Jiné problémy** spojené s užíváním drog – pracovní klient není schopen dodržet termín přijímacího pohovoru a při pohovoru se nedokáže slušně ucházet o pracovní místo, je arogantní a drzý. Studijní problémy měl v době, kdy byl podmíněčně propuštěn z ústavní výchovy. Dále má problémy s ubytováním na ubytovnách, nedokáže dodržovat základní pravidla zařízení.

6. Léčby a abstinční pokusy

- 6.1. **Absolvované léčby** – klient absolvoval v 17,5 letech v období od ledna do června 2009 léčebný pobyt v terapeutické komunitě. V listopadu a prosinci 2010 v 19 letech byl hospitalizován nedobrovolně (detence) v psychiatrické léčebně, první pobyt byl 3 týdny, druhý 2 týdny. Sám klient vydržel abstinovat bez léčby maximálně 1 měsíc.
- 6.2. **Doba abstinence:** po léčení v komunitě abstinovat tři měsíce.

7. Rodina

7.1. **Základní údaje**

7.1.1. Rodiče, věk, zaměstnání, zdravotní stav

Matka: Iveta, 47 let, žena v domácnosti, trpí častými depresemi a několikadenními migrénami, které jí znemožňují v této době pečovat o nejmladší dceru.

Otec: Tomáš, 41let, již déle než 14 let v zahraničí na neznámém místě, zdravotní stav není znám

Nový partner matky Karel: 53 let, invalidní důchodce, diabetes mellitus druhého typu, v roce 2006 infarkt myokardu.

7.1.2. Sourozenci, věk, zaměstnání, zdravotní stav

Sestra: Daniela, 22 let, pracuje jako sanitářka v nemocnici. Psychické onemocnění blíže nespecifikované, opakované suicidiální pokusy, po kterých vždy následoval 3 měsíční pobyt v psychiatrické léčebně.

Sestra: Nikola 20, let, pracuje jako šička, zdravotní stav dobrý.

Polorodá sestra Anežka, 7 let, první třída ZŠ

7.1.3. Manžel, otec dítěte, věk, zaměstnání, zdravotní stav

Klient žije sám, stálou partnerku nemá.

7.2. **Rodinná anamnéza**

7.2.1. Úmrtí, na co, v kolika letech. Klient neuvádí žádná úmrtí v rodině.

7.2.2. Důležité choroby - srdeční onemocnění, cukrovka, mrtvice, nádorová onemocnění. Infarkt myokardu nového partnera matky Karla.

7.2.3. Závislosti a duševní onemocnění v rodině - o případné rodinné zátěži je třeba se podrobně rozepsat. Pokud klient např. uvede, že jeho děd byl alkoholik, zeptejte se, zda se léčil, ev. kde.

Matka: drogová závislost v období od 16 do 23 let. Matka začala na střední škole v 16 letech s užíváním rohypnolu, v 17 letech útěk z domova, vyloučení ze školy. Žila v drogovém bytě, kde začala užívat braun. V tomto období experimentovala s toluenem, všechny návykové látky kombinovala s velkým množstvím alkoholu. Ve věku 20 let začala užívat pervitin, již první aplikace byla intravenózní. Ve věku 23 let záměrné předávkování pervitinem - resuscitace. Po dvoudenním komatu postupné zlepšení zdravotního stavu. Po propuštění abstinence 14 let. Ve věku 38 let kouřila marihuanu společně se synem Tadeášem a dcerou Nikolou. Marihuanu kouří příležitostně do současné doby.

7.3. **Charakteristika rodinného prostředí**

7.3.1. Hodnocení rodinných vztahů s rodiči a sourozenci. Zde je třeba zaznamenat hodnocení vztahů v rodině.

S otcem se nestýká od svých 4 let. S matkou v současné době udržuje omezený kontakt. Bydlí ve starém karavanu nedaleko domu, kde žije matka se svým novým partnerem. Do domu má Tadeáš zakázaný přístup, asi jednou týdně se může vykoupat a to pouze, když je někdo v domě přítomný. Matka mu občas vypere a uvaří.

Se sestrou Nikolou se stýká příležitostně. Nikola rovněž nemá do domu matky přístup, s Tadeášem se schází v restauraci asi dvakrát do měsíce.

Se sestrou Danielou se v současné době nestýká.

7.3.2. Úplná, neúplná rodina - kdy se rodiče rozvedli, jak to klient snášel, s kým z rodiny nyní žije, jaké kontakty má se svým druhým rodičem.

Jedná se o novou rodinu. Matka se s otcem rozvedla, když bylo Tadeášovi 5 let. Tadeáš si na toto období nepamatuje. S novým partnerem Karlem žije matka od Tadeášových 8 let. Tadeáš ho považuje za otce a také ho tak oslovuje. Karel Tadeášovi někdy umožní vykonat na zahradě nebo na poli nějakou práci za což mu zaplatí. V období, kdy byl Tadeáš ve výchovném ústavu, byl Karel vždy tím, který matku přesvědčil, aby si Tadeáše nebo Nikolu vzali domů na víkendový nebo prázdninový pobyt.

7.3.3. Jiné důležité osoby v životě klienta (z kruhu rodiny).

Tadeáš se od 13 let nestýká s prarodiči ani se sourozenci matky, otce ani Karla.

7.3.4. Sociální status rodiny:

Matka s rodinou žijí v prostorném rodinném domě. Matka nepracuje, její manžel je v invalidním důchodu a je soukromě hospodařící zemědělec.

7.4. Údaje od rodičů nebo rodinných příslušníků (vyplňujeme jen tehdy, přijdou-li rodiče nebo rodinní příslušníci společně s klientem).

7.4.1. Pohled rodinných příslušníků na klienta, na jeho abusus, chování doma - fungování v rodině, plnění dohodnutých pravidel, atd. Zaznamenejte pokud možno všechny stesky rodiny na chování jejich příbuzného, ev. na abusus návykových látek.

7.4.2. Charakteristika rodinného prostředí z pohledu rodičů (příbuzných). Jak rodina vidí vztahy s klientem, jaký byl předtím, než začal zneužívat NL, jaký je nyní. Vhodné je také zaznamenat ideální stav dle rodičů, jak by měl vypadat dle jejich představ.

7.4.3. Charakteristika rodičů z pohledu pracovníka. Náhled rodiny na abusus návykových látek, zhodnocení chování rodiny vzhledem k danému problému. Jak se měnil vztah rodiny ke klientovi v průběhu léčby.

7.4.4. Pokuste se objektivizovat data udaná klientem.

Klient si je vědom rizik užívání pervitinu. Je krátce po propuštění z psychiatrické léčebny (9 dní). Byl propuštěn, když pominuly důvody detenčního opatření soudu na revers. Po třech dnech mu došly léky vydané při propuštění, jeho psychický stav se během pěti dnů zhoršil na tolik, že vyhledal pomoc koordinátora. Jedním z důvodů žádosti o hospitalizaci je nedostatek finančních prostředků, absence ubytování a nízké teploty. Klientovo rozhodnutí je do značné míry ovlivněno těmito skutečnostmi, a proto se domnívám, že se jedná z části o sociální hospitalizaci. Matka Tadeáše odmítá podporovat, obává se krádeží v domácnosti a veškerou odpovědnost za syna přesouvá na odbor sociálních věcí, neziskové organizace (K-centrum, kde Tadeáš využívá výměnný program terénních služeb) a psychiatrické léčebny. Nevlastní otec Karel by chtěl Tadeášovi pomoci, ale nechce se s manželkou hádat. Když je Tadeáš vyřazený z evidence úřadu práce a nepobírá sociální dávky, umožňuje mu přivýdělek, štípaní dřeva, péče o včely a podobně.

8. Stav klienta při rozhovoru

8.1. Vzhled klienta, jeho chování při pohovoru, verbální projev (je zřetelně hostilní, depresivní, úzkostný, paranoidní).

Klient je neupravený špinavý a silně zapáchá, není agresivní, mírně depresivní. Na otázky odpovídá okamžitě a věcně správně.

8.2. Spolupráce, náhled na abus

Klient spolupracuje dobře, uvědomuje si rizika závislosti na pervitinu, obhajuje kouření marihuany.

8.3. Jeví-li klient známky akutní intoxikace nebo odvykacího stavu, je nutné to zmínit.

Klient nejeví známky akutní intoxikace

8.4. Jsou nebo nejsou přítomny suicidiální myšlenky?

Suicidiální myšlenky neuvádí.

Základní problém z vašeho pohledu

Tadeáš je závislý na pervitinu, pravidelně kouří marihuanu. Pokud je psychiatricky medikován, jeho psychický stav se zlepšil a Tadeáš je schopen dodržovat pravidla úřadu práce a odboru sociálních věcí. V době, kdy nemá léky, se jeho psychický stav zhoršil. Tadeáš místo návštěvy psychiatra začne se samoléčbou marihuanou, alkoholem a pervitinem a po čase je nutná hospitalizace a koloběh se opakuje.

Pracovní plán (cíle) - váš návrh

Zajistit klientovi přijetí do psychiatrické léčebny, zajistit minimální finanční prostředky na hygienické potřeby v léčebně. Pokud klient dokončí tříměsíční dobrovolný pobyt zajistit mu ubytování a práci. V průběhu pobytu klienta navštívit v PL. Motivovat klienta k abstinenci.

Datum: 4. 1. 2011

Jméno garanta: Václav Živný

Jméno vyplňujícího a podpis: Tadeáš B.