

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

**Projevy závislostního chování a možnosti jeho prevence
u nezletilých matek ve výchovném ústavu**

Diplomová práce

Brno 2013

Vedoucí diplomové práce:
doc. MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.

Vypracovala:
Bc. Alena Petříčková

Na tomto místě bych velice ráda poděkovala panu doc. MUDr. Petru Kachlíkovi, Ph.D., za odborné vedení, vstřícný přístup, ochotu a cenné rady, které mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci, vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“

Souhlasím, aby práce byla uložena na Masarykově univerzitě v Brně v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Brně dne

Bc. Alena Petříčková

Obsah

Úvod.....	1
1 Základní terminologie, závislost, její typy, rizikové a ochranné faktory.....	3
1.1 Pojem závislost, její definice.....	4
1.2 Teorie vzniku závislosti	5
1.3 Ochranné a rizikové faktory.....	8
1.4 Příklady závislostního chování	11
2 Užívání návykových látek a jejich specifika působení.....	25
2.1 Stupně užívání návykových látek	25
2.2 Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících.....	27
2.3 Specifika působení návykových látek u žen	28
2.4 Specifika působení návykových látek u těhotných žen a matek.....	29
3 Prevence	30
3.1 Primární prevence	32
3.2 Sekundární prevence	35
3.3 Terciární prevence.....	36
3.4 Minimální preventivní program	37
4 Projevy závislostního chování a možnosti jeho prevence u nezletilých matek ve výchovném ústavu	39
4.1 Metodické poznámky, charakteristika sledovaného zařízení.....	39
4.2 Prezentace kazuistik.....	41
4.3 Analýza výzkumných tezí.....	70
4.4 Možnosti prevence závislostního chování u nezletilých matek	75
4.5 Diskuse.....	76
Závěr.....	77
Resumé - Summary	78
Seznam použité literatury, internetové zdroje	79
Seznam tabulek	83
Seznam příloh	84

Úvod

Podnětem k této diplomové práci je skutečnost, že se v naší společnosti vyskytuje stále větší množství různých typů závislostního chování, které ovlivňuje náš každodenní život a problematika zneužívání návykových látek těhotnými ženami je v naší společnosti zcela novým jevem.

Ve výchovném ústavu, kde pracuji již šestým rokem jako vychovatelka, se setkávám s nezletilými těhotnými a nezletilými matkami s dětmi (jedná se o věkové rozpětí 13 - 18 let), které tyto různé typy závislostního chování výrazně poznamenávají nejčastěji právě proto, že pocházejí z rizikového prostředí a většinou jsou to ještě nevyzrálé osobnosti. Zároveň se velmi brzy stávají matkami a musí se věnovat výchově svých dětí. Často se k tomu také přidávají nevyvážené vztahy s otci jejich dětí. Všechny tyto skutečnosti mají na nezletilé matky velký vliv a ony potom nedokáží odhadnout a eliminovat rizika, která na ně mají negativní vliv a jsou pro jejich děti ohrožující.

Cílem diplomové práce je zjistit a popsat vliv závislostního chování na způsob života nezletilých těhotných a nezletilých matek s dětmi žijících ve výchovném zařízení v Moravském Krumlově, a důsledků na jejich děti i děti, které se jim teprve narodí, a na možnostech prevence, která má nezastupitelnou úlohu.

V teoretické části se autorka v první kapitole věnuje základní terminologii, pojmu „závislost“, jejím typům, rizikovým a ochranným faktorům. Ve druhé části popisuje uživatele návykových látek a jejich specifické účinky na jednotlivé skupiny – děti, dospívající, ženy, těhotné ženy a matky. Třetí kapitola obsahuje téma prevence, rozdělení prevence a Minimální preventivní program.

Praktická část je náplní čtvrté kapitoly. Je rozdělena na metodické poznámky, charakteristiku sledovaného zařízení, prezentaci kazuistik, analýzu výzkumných tezí a diskusi.

Cílem výzkumné části bylo sestavení šesti kazuistik nezletilých těhotných a nezletilých matek s dětmi, které se setkaly nebo se potýkají s různým závislostním chováním. Touto výzkumnou metodou se autorka zabývala z toho důvodu, že se ve své praxi denně setkává s pestrými životními osudy těchto dívek, které to mají o to složitější, že už nejsou samy, ale mají vedle sebe dítě, o které se musí postarat. Je proto velmi důležité, aby tyto dívky měly alespoň základní náhled na svoji situaci, podporu, a

tím snad i lepší vyhlídky do budoucího života, který pro ně nebude nijak lehký, zvláště proto, že mají zodpovědnost i za své děti.

Při výzkumném šetření byla použita metoda kazuistiky a nepřímého pozorování. Při zpracování kazuistik šesti matek s dětmi se autorka zabývala osudy dívek ve věku 13 – 18 let, které byly umístěny na oddělení nezletilých těhotných a nezletilých matek s dětmi v letech 2008 - 2011, a setkaly se s různým závislostním chováním. Za každou ze šesti kazuistik byla prezentována souhrnná tabulka. Dále zde jsou uvedeny výzkumné teze, jejich analýza, možnosti prevence ve výchovném ústavu a diskuse.

1 Základní terminologie, závislost, její typy, rizikové a ochranné faktory

Abstinenční syndrom – je stav následující po vysazení látky (dávky drogy), která byla opakovaně nebo dlouhodobě užívána. Tento stav je projevem porušení nové rovnováhy v těle a bývá provázen nepříjemnými a často i závažnými abstinenčními příznaky – zvýšená únava, podrážděnost, neklid, úzkosti, deprese, zvracení, pocení, strach, sebevražedné pokusy, halucinace, epileptické záchvaty, poruchy vědomí (Fišerová, M., in Kalina K. a kol., 2003).

Drogová závislost – je považována za nemoc, řadíme ji mezi chronická onemocnění centrální nervové soustavy. Důkazem přijetí tohoto medicínského modelu závislosti bylo zařazení do Mezinárodního klasifikačního seznamu onemocnění.

Drogová závislost vede ke snížení schopnosti přirozeně reagovat na běžné stimuly, ve vážnějších stádiích vede k narušení i základních společenských a životních činností a nakonec k selhání funkcí tělesných orgánů po jejich trvalém poškození (Presl, J., 1995).

Závislost – lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání (Kudrle, S., in Kalina, K. a kol., 2003).

Rizikové skupiny – označení určité skupiny (podle věku, profesí, zájmů atd.), která je negativním sociálním nebo zdravotním jevem ohrožena více než zbytek populace (Kalina, K., in Kalina, K., 2003).

Rizikovní jednotlivci – individuální riziko zvyšují zejména psychické problémy a poruchy, poruchy učení a chování, genetické predispozice, dysfunkční primární rodina (Kalina, K., in Kalina, K., 2003).

Syndrom závislosti – užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil mnohem více (Nešpor, K., in Kalina K., 2003).

Škodlivé užívání – je to vzorec užívání, které poškozuje zdraví. Poškození může být tělesné nebo duševní. Škodlivé užívání je často kritizováno okolím a vyvolává různé nepříznivé sociální důsledky - selhávání v důsledku užívání látky v některé životní roli, opakované rizikové užívání například při řízení, opakované právní problémy související s návykovou látkou (Nešpor, K., in Kalina K., 2003).

Prevence – zastřešující pojem pro opatření snižující poptávku po drogách, kterou podle WHO rozdělujeme na primární, sekundární a terciární prevenci (Kalina, K., in Kalina K., 2003).

Kazuistika – je studií případu konkrétního jedince s postižením. Dá se využít jako pomocná diagnostická metoda, zpracovává konkrétní případ od doby zjištění problému až po současnost. Shrnuje všechny dostupné informace a údaje. Jedná se o metodu sumarizační (Přinosilová, D., 2007).

Ústavní výchova – nařizuje ji soud podle Zákona o rodině nebo podle Zákona o soudnictví ve věcech mládeže dětem do 18 let. Její důvody mohou být výchovné nebo sociální. Ústavní výchova trvá tak dlouho, jak je nezbytně nutné, nejdéle do dosažení zletilosti (Vojtová, V., in Pipeková, J., 2006).

Ochranná výchova – nařizuje se jedincům od 12 do 18 let podle Zákona o soudnictví ve věcech mládeže. Realizuje se pouze ve speciálních školských výchovných zařízeních, trvá do dosažení zletilosti, stejně jako ústavní výchova může být soudem prodloužena až do 19 let, pokud nesplnila svůj účel (Vojtová, V., in Pipeková J., 2006).

1.1 Pojem závislost, její definice

„Závislost - jde o kategorii, která vždy patřila k člověku, existovala s ním a vyvíjela se. Po staletí se lidstvo snaží tuto vlastnost dostat pod kontrolu, a stále se mu to nedaří. Problém závislosti kombinuje vlivy sociální, psychologické i biologické. Záleží na okolnostech, který z vlivů je v daném momentě rozhodující.“ (Mühlpachr, P., 2009 s.56)

Sama závislost je aktivním, dynamickým dějem, který odráží vzájemné vztahy různých faktorů (farmakologické, psychické apod.). Vznik závislosti je postupný, kdy chroničnost je jedním ze základních rysů závislosti (Mühlpachr, P., 2009).

„O závislosti se v minulosti hovořilo jen v souvislosti s alkoholem a drogami. Fenomémem současné doby je závislostní chování jako součást životního stylu zvláště dětí, mladistvých a mladých dospělých. Závislostní chování se intenzivně šíří do oblasti hracích automatů, sexuálního chování, sledování televize, pracovní činnosti. Odborníci zaznamenávají závislosti na jídle, hubnutí, závislost na sektách, kultech a narůstají počty klasicky závislých, tj. na alkoholu, cigaretách, kávě, čaji, nelegálních drogách apod. Hrozí nebezpečí, že v dnešním světě padne každý za oběť nějaké závislosti.“ (Mühlpachr, P., 2009, s.56)

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

„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, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost neobjevuje.“ (Nešpor, K., 2011, s.10)

Definitivní diagnóza závislosti se stanovuje pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- tělesný odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky;
- průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky;
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: (např. poškození jater, depresivní stavy, toxické poškození myšlení, apod.)

(Nešpor, K., 2011).

1.2 Teorie vzniku závislosti

Teorie patologického rozvoje jsou variabilní, podle typu faktorů, které zdůrazňují. Různorodost hypotéz odpovídá skutečnosti, že závislost je složitým interdisciplinárním problémem. Neexistuje jednoznačné přímé vysvětlení vzniku závislosti. V současnosti jsou formulovány teorie vzniku závislosti a jsou tříděny podle hledisek, která dominují:

1. biologické teorie – základní východisko těchto přístupů spočívá v hledání biologicky podmíněných znaků, které vytvářejí dispozici pro vznik a rozvoj

závislosti. Biologické teorie závislosti vycházejí ze zjištěných nebo předpokládaných, vrozených a získaných odchylek v metabolismu drog;

2. sociologické teorie – hodnotí vznik závislosti s ohledem na sociální strukturu, klima a možnosti společnosti;

3. psychologické teorie – patří sem hlubinná psychologie, psychoanalytická teorie, behaviorální teorie, nebehaviorální psychologie, teorie predisponované osobnosti;

4. kulturně antropologické teorie – čerpá z etnografických studií;

5. psychická deprivace – psychický stav, kdy nejsou uspokojovány některé psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu;

6. teorie memů - memy jsou informace, které se v sociálním prostředí chovají podobně jako geny v prostředí biologickém

(Mühlpachr, P., 2009).

Faktory rozvoje závislosti

„Příčiny vzniku závislostního chování jsou multifaktoriální. Ke vzniku a rozvoji závislosti mohou vést různé biologické a sociální faktory.“ (Fischer S., Škoda J., 2009, s.95)

- genetické predispozice;
- biologické predispozice;
- psychické faktory;
- sociální faktory – mezi významné sociální faktory zvyšující sklony a pravděpodobnost rozvoje závislosti mimo jiné patří:
 - vliv rodiny – dysfunkční rodina, anomalita rodičů, syndrom CAN apod.;
 - vliv sociální skupiny – party, subkultury;
 - vliv životního prostředí – prostředí měst, vybraných aglomerací, snížená společenská kontrola a anonymita, migrace obyvatel, vykořeněnost;
 - sociální konformita – uchování a tvorba sociálních kontaktů a vazeb.

(Fischer S., Škoda J., 2009)

Rozdělení závislosti

Fyziologická závislost (přirozená, normální závislost)

Jde o stav, kdy někdo nebo něco je podmíněn nějakou okolností nebo situací, kterou potřebuje (nebo si myslí, že ji potřebuje) ke své existenci. Závislostí na osobě se rozumí obvykle závislost na její péči, lásce nebo přítomnosti, typicky za normálních okolností je například malé dítě závislé na svých rodičích. Živé organismy jsou závislé na dostatku kvalitní potravy a vzduchu atd. (Ostrov Radosti [on line], 2013).

Patologická závislost (chorobná, nezdravá závislost)

Jde o nekontrolované nutkání opakovat své chování bez ohledu na jeho dlouhodobé důsledky. Je spojeno s výraznými škodami na zdraví nebo na společenských vztazích. Člověk ztrácí schopnost přínosy a rizika racionálně zvažovat (Ostrov Radosti [on line], 2013).

Typy podle předmětu závislosti:

- závislost na psychoaktivních látkách (včetně alkoholu a tabáku, léků - psychofarmak)
- závislost na činnosti:
 - patologické hráčství (gambling) – potřeba hrát hry (i počítačové);
 - kleptomanie – potřeba krást;
 - hypersexualita – závislost na sexu, který narušuje sociální fungování člověka a jeho okolí;
 - workoholismus;
- patologická závislost na osobě:
 - žárlivost;
 - patologická závislost na vztazích;
- patologická závislost na věcech:
 - závislost na informacích;
 - oniomanie – patologická závislost na nakupování;
- závislost na sektách (Mühlpachr, P., 2008).

1.3 Ochranné a rizikové faktory

Ochranné (protektivní) faktory vzniku závislosti

Protektivní faktory jsou vlastnosti jedince nebo jeho okolí, které snižují pravděpodobnost výskytu projevů rizikového chování například experimentování s návykovými látkami nebo jejich užívání. Ochranné faktory lze rozdělit do několika úrovní:

- **Jedinec** - mezi ochranné faktory na úrovni jedince patří vysoká míra duševního zdraví, dobré tělesné zdraví, pozdní nebo žádné setkání s drogou, schopnost vytvářet citové vazby, dobré sebevědomí, zvládání obtížných situací a řešení problémů, schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí, vnitřní přijetí hodnot, veselost, vytrvalost, pilnost, přizpůsobivost, odolnost vůči neúspěchu. Umí si navozovat příjemné stavy zdravými způsoby. Dobrá integrace v rodině, ve škole a ve společnosti. Kvalitní způsoby trávení volného času.
- **Rodina** - mezi ochranné faktory na úrovni rodiny patří jasná rodinná pravidla přiměřená péče, dostatek času na dítě, pevné citové vazby, pozitivní hodnoty, spolupráce členů rodiny, styl výchovy vřelý a středně omezující, převládá zdravý způsob života a odmítání návykových látek. Dobrá znalost způsobů, jak v rodině zvládat stres, je zajištěna ochrana, bezpečí a přiměřené uspokojování potřeb členů rodiny. Výchova pomáhá vytvářet kvalitní vztahy. Rodiče vytvářejí prostor pro kvalitní zájmy a záliby. Dobré, fungující mezigenerační vztahy a mezigenerační spolupráce. Dobré fungování rodiny.
- **Škola** - mezi ochranné faktory na úrovni školy patří jasně stanovená pravidla k návykovým látkám zakotvená ve školním řádu. Škola provádí prevenci, spolupracuje při ní s rodiči a dobře s nimi komunikuje, prosazují se rozumná a přiměřená pravidla, jsou zakázány návykové látky ve škole i v jejím blízkém okolí. Škola má vypracovaný efektivní Minimální preventivní program. Je dobrá návaznost školních aktivit na kvalitní způsoby trávení volného času a mimoškolních aktivit.
- **Vrstevníci** - mezi ochranné faktory na úrovni vrstevníků patří nesouhlas s rizikovým chováním, např. protidrogové postoje vrstevnické skupiny, respekt

vůči jednotlivým členům vrstevnické skupiny, vazba na vrstevnickou skupinu nebo organizaci s dobrým programem.

- **Společnost** - mezi ochranné faktory na úrovni společnosti patří přiměřené materiální podmínky, dostatek příležitostí k uplatnění při studiu nebo v zaměstnání, sociální stabilita, dobré možnosti, jak trávit volný čas, dobrá zdravotní a sociální péče, jasně stanovené normy a hodnoty ve vztahu k projevům rizikového chování, vyvážený přístup společnosti ke všem projevům rizikového chování, aktivní zapojení obyvatel a organizací do prevence (Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H., 1996)

Rizikové faktory vzniku závislosti

Rizikové faktory jsou vlastnosti jedince nebo jeho okolí, které zvyšují pravděpodobnost výskytu projevů rizikového chování.

- **Jedinec** - mezi rizikové faktory na úrovni jedince patří psychická labilita, duševní poruchy a poruchy chování, setkání s návykovými látkami v mladém věku. Neschopnost zvládat stresové situace, nedostatek dovednosti v mezilidských vztazích, nízké sebevědomí, sklony k násilí a agresivitě, špatné sebeovládání, nízká inteligence, týrání, šikanování a zneužívání dětí. Odcizení ve vztahu k rodičům, škole a společnosti.
- **Rodina** - mezi rizikové faktory na úrovni rodiny patří nejasná pravidla týkající se chování, nedostatek času, malá péče, nedostatečný dohled, přehnaná přísnost, nedostatečné citové vazby, konflikty mezi rodiči, užívání drog rodiči nebo sourozenci, chudoba nebo nezaměstnanost, sexuální zneužití. Výchova pouze jedním rodičem bez pomoci dalších příbuzných, časté stěhování rodiny, dysfunkce rodiny, život mimo rodinu a bez domova.
- **Škola** - mezi rizikové faktory na úrovni školy patří neefektivní program primární prevence, škola nespolupracuje s rodiči a ani s nimi nekomunikuje. Škola návykové látky ve svém prostředí toleruje a v blízkém okolí jsou tyto látky snadno dostupné. Atmosféra na škole je cynická, odcizená, postrádá nabídku pozitivních hodnot. Neexistuje návaznost na kvalitní mimoškolní aktivity a vhodné způsoby trávení volného času.

- **Vrstevníci** - mezi rizikové faktory na úrovni vrstevníků patří protispolečenské chování vrstevníků, problémy s autoritami, proti nimž se bouří, odcizení a cynismus vrstevníků, pozitivní postoje vrstevníků k alkoholu a k drogám, kteří navíc začínají brzy alkohol a drogy zneužívat. Větší vliv kamarádů než rodičů, sklon dítě zesměšňovat a snižovat sebevědomí, šikanování ze strany vrstevníků.
- **Společnost** - mezi rizikové faktory na úrovni společnosti patří chudoba, nedostatek příležitostí, náhlé sociální a politické změny a nestabilita, společnost nenabízí dobré možnosti trávení volného času. Alkohol, tabák a drogy jsou velmi snadno dostupné a aktivně nabízené, společenské normy a zákony se ke zneužívání drog staví kladně. Ve společnosti existuje cynický postoj ke zdraví, nespolupracující média orientovaná především na senzace, reklamu, násilí a negativní modely. Velký pohyb obyvatel vedoucí k nestabilitě vztahů, velkoměstské prostředí. (Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H., 1996)

Faktory vzniku a rozvoje závislosti související s účinkem drogy

Můžeme zmínit šest základních faktorů, jimiž různé druhy drog disponují:

1. Umožňují dosažení větší kontroly moci nad sebou či nad druhými;
2. Urychlují a zkvalitňují vlastní vývoj, umožňují zažít zvláštní poznání, a tím si uvědomit více sám sebe;
3. Zbavují nepříjemného stavu, akutního či permanentního, např. pocitů neschopnosti, méněcennosti nebo stavů, které doprovázejí fyzické nemoci či jiné duševní poruchy;
4. Vyvolávají slast, příjemný stav, zintenzivňují smyslové zážitky;
5. Umožňují lépe se cítit uprostřed těch, kteří drogu běžně používají, usnadňují přizpůsobení;
6. Pomáhají při asociálním životním stylu, kdy droga posiluje agresivitu a drogou posílená sebestřednost potírá empatii a potlačuje sebezpytování s případnými nepříjemnými výčitkami svědomí (Frouzová, M., in Kalina, K. a kol., 2003).

Fischer S., Škoda J. (2009) uvádějí, že vznik závislosti bychom mohli postihnout jako proces komplexních změn v somatické, psychické a sociální oblasti. Závislost na drogách nevzniká náhle, ale probíhá v několika po sobě jdoucích fázích:

1. stadium – experimentální – občasné užití drogy přináší pro jedince příjemné, dosud nepoznané prožitky, negativní účinky látky nejsou patrné, droga pomáhá uniknout z reality, kdykoli to jedinec potřebuje;

2. stadium – příležitostného užívání – jedinec zjišťuje, že mu droga pomáhá v situaci osobní a sociální nouze či nudy. V této fázi na látce zatím není závislý;

3. stadium – pravidelného užívání – jedinec bere drogu čím dál častěji. Začíná se objevovat a postupně prohlubovat lhostejnost k tomu, co se netýká drogy;

4. stadium – návyk a závislost – jiná motivace než směrem k droze neexistuje. Změny v oblasti somatické, psychické a sociální jsou velmi závažné a jsou patrné na první pohled.

1.4 Příklady závislostního chování

Závislost na tabáku – tabakismus

Tabák pěstovali již Indiáni. Do Evropy přivezli tabák dva námořníci na lodích Kryštofa Kolumba v roce 1492, k nám se dostal koncem 16. století. Dnes je tabák rozšířen po celé planetě (Králíková, E., in Kalina, K. a kol.,2003).

„Tabák patří mezi návykové drogy, jeho účinky se neprojevují tak rychle, vzhledem k rozšířenosti kouření jsou však citelné. Tabákový kouř obsahuje řadu škodlivin – dehet, oxid uhelnatý, formaldehyd, arsenid, kyanid.“ (Mühlpachr, P., 2009, s.87). Jedinou návykovou látkou ze 4 – 5 tisíc složek tabákového kouře či v tabáku jako takovém je toxický rostlinný alkaloid nikotin. Jedná se o bezbarvou tekutinu, bez zápachu (Králíková, E., in Kalina, K. a kol.,2003).

„Nikotin má ze všech složek tabákového kouře nejvýraznější psychoaktivní účinky. Působí změny nálad, redukuje stres a zvyšuje výkon jedince. Nejpopulárnějším způsobem intoxikace je kouření cigaret.“ (Fischer S., Škoda J., 2009, s. 105)

Typologie kuřáků (Schmidt, W., 1992) :

- Příležitostný kuřák – kouří občas, necítí potřebu, pokud se objeví, uspokojí ji, pokud ne, nezpůsobí žádné komplikace.
- Návykový kuřák – kouří ze zvyku ve vleku kuřáckých zvyklostí a napodobení. Kouření může ukončit bez větší námahy.

- Kuřák s psychickou závislostí – kuřák z požitku, u něhož stojí v popředí vůně, chuť a kuřácký ceremoniál. Patří sem i ti, kteří jsou motivováni prožívaným uvolněním, uklidněním, odstraněním dysforie a pocitu prázdnoty.
- Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí – do popředí vystupují farmakodynamické účinky nikotinu, které kuřák vyhledává pro emočně vegetativní prožitky. Na tělesnou závislost upozorňuje bušení srdce, návaly pocení, třes a neklid po absenci kouření.

Rizikové skupiny

„U nás kouří necelých 30% obyvatel ve věku nad 15 let. Mezi 15. a 18. rokem však kouří 40 - 50 % mladých, a to zejména dívek. Je to alarmující trend i při celkovém poklesu kuřáků (asi 10 % za posledních deset let, přestávají však spíše starší muži). Nejčastěji se s kouřením začíná kolem 14 let, 80 - 90 % kuřáků začne před svým 18. rokem. Děti ve věku 12 – 14 let jsou také cílovou skupinou tabákové reklamy.“ (Králíková, E., in Kalina, K. a kol., 2003, s. 205)

Ve školní populaci je kouření ve srovnání s alkoholem ještě výraznějším hromadným jevem. Cigareta si prosazuje postavení symbolu mužnosti a dospělosti. Kuřáctví je spojeno s prospěchem, jak konstatuje J.Heller, O.Pecinovská (1996). Čím horší prospěch, tím více a častěji jsou cigarety kouřeny. Typický silný kuřák je chlapec nejvyšší třídy ZŠ s podprůměrným prospěchem. U chlapců 8. tříd se špatným prospěchem lze najít již návykové kouření (Mühlpachr, P., 2009).

Závislost na alkoholu

„Alkohol je droga s tisíciletou tradicí, droga, která je přehlížena, podceňována, schvalována. Společnost alkohol akceptuje. Konzumace alkoholu je zabudována do většiny lidských rituálů, které provázejí člověka od narození po smrt. Člověk, který odmítá konzumaci alkoholu, je považován za patologického. Právě rituály spojené s konzumací alkoholu mají svou vysokou nebezpečnost pro oslovení mládeže a dětí.“ (Mühlpachr, P., 2009, s. 81)

„Ve většině částí světa je alkohol běžně dostupnou látkou a spolu s cigaretami je propagován prostřednictvím masivních reklamních kampaní zaměřených především na mladé lidi. V konzumaci alkoholu jsou však významné genderové rozdíly. Ve většině

zemí ženy pijí výrazně méně než muži, což se týká především starších žen. Nadměrná konzumace alkoholu ničí zdraví jednotlivců a bolestivě zasahuje rodiny i celou společnost. Přes své negativní účinky zůstává tradiční zneužívanou látkou.“ (Fischer, S., Škoda, J., 2009, s. 99)

Alkohol, obdobně jako ostatní drogy, je pro děti a mladistvé nebezpečnější než pro dospělé. I při občasném požití se zvyšuje nebezpečí onemocnění jater (játra nejsou schopna odbourávat alkohol v takové míře jako u dospělých) a nervového systému (Děti a alkohol [on line], 2013).

Alkohol, podobně jako tabák, je průchozí drogou. Znamená to, že část dětí z nich přechází k látkám nebezpečnějším. Setkáváme se i s opačným postupem, s přechodem závislosti od drog na alkohol. Lidé abstinující na nealkoholových drogách mají často tendenci řešit svoji abstinenci konzumací alkoholu, vzniká tak u nich závislost na alkoholu. Podle amerických výzkumů je riziko škodlivého užívání drog vyšší u dětí, které začaly pít alkohol nebo kouřit v mladším věku (Nešpor, K., Csémy, L., 1995).

„Společnost dětí a mladistvé před alkoholem chrání zákonem. Věková hranice pro podávání alkoholických nápojů je v České republice 18 let, v USA a Japonsku 21 let, ve Švédsku 20 let.“ (Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H., 1996, s. 22)

V alkoholu jsou spojeny vlastnosti, které se jinak nikde nesetkávají. Alkohol je:

- potravina s vysokým energetickým obsahem;
- pochutina jako součást mnoha nápojů;
- jed, jehož toxický účinek se projevuje při akutním a chronickém předávkování;
- omamný prostředek s vysokým potenciálem zneužívání;
prostředek na spaní, který uklidňuje a uvolňuje
(Göhlert, F. Ch., Kühn, F., 2001).

Účinky alkoholu:

Alkohol působí na centrální nervový systém, který všeobecně tlumí, přestože díky uvolnění po užití je alkohol považován za životabudič. Už v malém množství jsou patrné jeho účinky na rychlost reakcí, koordinaci pohybů, úsudek, rozhodování. Oslabuje vnímání bolesti, vysoké koncentrace alkoholu tlumí centra pro dýchání a krevní oběh, což může vést až ke smrti. Obzvláště nebezpečné jsou proto kombinace s

jinými tlumivými látkami. V psychické sféře alkohol odstraňuje zábrany, což přispívá ke všeobecně rozšířené domněnce, že podporuje sexuální funkce. Nicméně opak je pravdou, potence je při užití většího množství alkoholu snížena. Odstranění zábran může vést ke šťastnější atmosféře ve společnosti, kde se alkohol pije, protože je zbavena zátěže etikety. Nicméně stejně tak může uvolnění zábran vést ke vzrušeným emocionálním projevům, agresivitě, která se může projevit až v surových a krutých násilných činech (Kolektiv autorů sdružení Sananim, 1997).

Rozdělení osob, které pijí alkohol

- Abstinents – odmítá z jakéhokoliv důvodu alkohol, žízeň hasí např. minerálkou. Občas nejsou společností správně pochopeni a jsou jakýmsi outsidersy („když pijí všichni, proč ty ne“).
- Konzument – většina lidí pijících „příležitostně.“ Pijí pro tekutinu a chuť, například při společenském posezení nebo oslavě narozenin.
- Piják – žádá účinky alkoholu – tj. pije především pro pocit euforie, lepší náladu, pocit uvolnění od starostí.
- Alkoholik – pije vše, co mu přijde pod ruku od piva přes víno až po tvrdý alkohol typu vodka, technický líh. Pije denně, alkohol je pro něj drogou – bez něj přicházejí abstinenci příznaky (Alkoholik.cz [on line], 2013).

Tři stadia opilosti :

- 0,5 až 1,5 promile lehká opilost;
- 1,5 až 2,5 promile opilost středního stupně;
- nad 2,5 promile těžká opilost, respektive otrava alkoholem.

Rozdělení dle množství alkoholu v krvi jsou vždy jen záchytné body, každý člověk reaguje na konzum alkoholu jinak! (Göhlert, F.CH., Kühn, F., 2001).

Závislost na alkoholu se vyvíjí pomalu, několik let, pouze u mladistvých osob rychleji, pouze několik měsíců (Mlčoch Z. [on line], 2013).

Vývojové fáze alkoholismu

Vypracoval je kanadský psychiatr českého původu E.M. Jellinek (1960).

1. počáteční (iniciální) stadium: pacient se neliší od svého okolí, pije kvůli psychotropním účinkům alkoholu. V intoxikaci překonává stresové a neřešitelné situace. Zvyšuje konzumaci, jeho tolerance roste.
2. varovné (prodromální) stadium: rostoucí tolerance způsobuje stále vyšší hladinu alkoholu v krvi. Postižený pije tajně nebo s předstihem a konzumuje alkohol rychleji než okolí. Průběh intoxikace si nepamatuje. Prohlubuje se jeho pocit viny, zvyšuje se snaha ovládnout účinky alkoholu.
3. rozhodné (krucinální) stadium: roste tolerance. Alkohol se stal součástí metabolických dějů. Dochází k narůstání konfliktů s okolím. Postižený buduje systém zdůvodnění, jímž svému okolí i sobě vysvětluje a omlouvá své pití. Upadají jeho koníčky, zájmy a povinnosti, mění se chování. Objevují se zdravotní poruchy.
4. konečné (terminální) stadium: charakteristickým znakem je nepříjemný stav po vystřízlivění, nastupují tzv. ranní doušky, které přechází v několikadenní konzumaci – vzniká tah. Klient konzumuje vedle alkoholických nápojů i technické prostředky. Nastupuje degradace osobnosti, celkový úpadek.

Typy alkoholové závislosti:

- **Typ alfa** – typické občasné excesy s následnými problémy. Represivní opatření stačí k dočasné abstinenci, nejedná se o závislost v pravém slova smyslu;
- **Typ beta** – pravidelná konzumace alkoholu, kterou není pacient ochoten přerušit ani za nevýhodných podmínek (dovolená, onemocnění);
- **Typ gama (anglosaský typ)** – charakteristická je poruchová kontrola, která vede k opilosti a následným konfliktům s okolím. Při pokusu o pití s kontrolou následují další problematrické opilosti, jejichž frekvence stoupá, až se stanou každodenními;
- **Typ delta (románský typ)** – charakteristický pro vinařské oblasti, kde pravidelná každodenní konzumace alkoholu patří k životnímu stylu, postižený si udržuje hladinu alkoholu v krvi, nedochází zpravidla k sociálním selháním. K manifestaci závislosti dochází často při náhlém odnětí pravidelných dávek alkoholu, které může vyústit v delirium tremens. Kontrola zde bývá dlouho zachována, problematrická je schopnost abstinence. Roste i denní dávka a každodenní opilosti se stávají manifestními;

- **Typ epsilon** – typický je souvislý souběh abúzu alkoholu s psychickým onemocněním, nejčastěji při afektivní poruše, časově jde o kvartální typ pití. (Jellinek, E.M., 1960).

Některé nevýhody pití alkoholu:

1. Tělesné zdraví: oslabení imunitního systému, onemocnění jater, mozku, žaludku, horší trávení, zhoršení hypertenze, cukrovky, epilepsie i dalších nemocí. Roste riziko mozkové mrtvice, je ohroženo srdce, postižení centrálního i periferního nervového systému, roste riziko nádorů, kožních nemocí, impotence, vyšší riziko úrazů a dopravních nehod. Epileptické záchvaty.

2. Duševní zdraví: kolísání nálad, rozlady, úzkosti, žárlivosti, nepříjemné kocoviny, bolesti hlavy, nespavost. Okénka, poruchy paměti, děsivé sny, stavy smutku, malátnost, nevolnosti, nejistota, výčitky svědomí, těžko zvladatelná touha po alkoholu, halucinace, vidiny, hlasy, pocity pronásledování, delirium tremens i jiné duševní poruchy. Větší riziko impulzivního, ukvapeného jednání.

3. Vztahy k druhým lidem: hádky kvůli pití v rodině, problémy se sousedy a širším okolím, výmluvy, napětí ve vztazích, pocity provinilosti vůči druhým lidem, nesoustavnost ve výchově dětí, zanedbávání rodiny, násilí v rodině, odcizení partnera, vyšší riziko rozvodů. Lidé pod vlivem alkoholu jsou častěji zneužíváni druhými, přepadání, okrádání, vydírání. Osamělost. Lidé pod vlivem alkoholu se častěji dopouštějí zejména násilných trestných činů a také se častěji stávají jejich oběťmi.

4. Finance: ztráty peněz vydaných za alkohol, ušlý zisk v důsledku nižší pracovní výkonnosti, vyšší nemocnost, výdaje v souvislosti s úrazy, krádežemi, požáry a nehody pod vlivem alkoholu. Investice do alkoholu jsou nevratné. Nerozvážné výdaje pod vlivem alkoholu, nevýhodné obchody, zbytečné nákupy, prodej věcí pod cenou pod vlivem alkoholu.

5. Životní styl: chudý životní styl, uzavírání se světu a druhým, nedostatek času a peněz na lepší věci, zanedbávání péče o zevnějšek, někdy trpí i hygiena, pití přináší z dlouhodobého hlediska rostoucí utrpení.

6. Práce: větší riziko pracovních úrazů, častější pracovní neschopnost, pokles výkonnosti, práce hluboko pod své možnosti a kvalifikaci. Pozdní příchody, absence, dovolená vybíraná po dnech k zakrývání předchozího pití, nižší příjmy,

oslabená prestiž v zaměstnání. Při recidivě se obtížně hledá kvalitní práce (Nešpor, K., 1996).

Varovné známky alkoholu u dětí a mladistvých

- alkoholový zápach v dechu a na oblečení;
- ubývající alkoholické výrobky doma, pocit, že nápoj je ředěný;
- zadržávaná řeč, špatná koordinace;
- změny dosavadních běžných návyků (zaspávání);
- stížnosti na špatný fyzický stav: ranní nevolnost, bolesti hlavy, suchý a nepříjemný pocit v ústech, velká žízeň;
- nepřírozené užívání ústních deodorantů pro zakrytí zápachu alkoholu;
- omlouvání většinou starších kamarádů, jsou-li rodiči nebo vychovateli kritizováni (Illes, T., 1999).

Fetální alkoholový syndrom (FAS)

Plod je ohrožen fetálním alkoholovým syndromem, jestliže těhotná žena – budoucí matka pije v průběhu těhotenství alkohol. Týká se to celého průběhu těhotenství, i když plod je nejvíce ohrožen v prvním trimestru, tedy často ještě předtím, než žena o těhotenství ví. Alkohol zvyšuje i v malých dávkách riziko potratů. K hlavním znakům fetálního alkoholového syndromu patří vrozené vady v oblasti hlavy a obličeje, nižší porodní váha a poškození mozku projevující se poruchami chování a nižším intelektem (Nešpor, K., 1996).

Závislost na drogách

Z historie a biologie víme, že užívání drog je pro člověka i jiné živočišné druhy obvyklé, člověka provází užívání drog od nepaměti (Sananim – Drogová poradna [online], 2013).

Po užití drogy se mění způsob, jakým vnímáme, interpretujeme a emočně prožíváme svět kolem nás. Důležitou vlastností látek, kterým se říká drogy, je jejich schopnost vyvolat návyk a závislost. Při rozvinuté závislosti již nemusí být významné, co látka sama způsobuje, ale to, co od ní uživatel očekává (Sananim – Drogová poradna [online], 2013).

„Drogy jsou především záluďné, a tam, kde si začínají vytvářet prostor, není možné podcenit sebemenší maličkost. Každá zanedbaná skulina, kterou mohou proniknout k mladému člověku, se později krutě vymstí. Zneužívání drog nevede nikam jinam než k naprosté destrukci osobnosti, ke ztrátě jeho společenské ceny a individuální jedinečnosti. Je to permanentní zahrávání si s tím nejceňnějším – lidským životem.“
(Illes, T., 1999, s. 45)

Klasifikace drogových závislostí

P.Zvolský (1997) podává přehled těchto typů závislostí na návykových látkách:

- **alkoholo-barbiturátový typ** (alkohol, hypnotika, trankvilizéry, anxiolytika);
- **amfetaminový typ** (Psychoton, anoretika, antidepresiva, látky obsahující efedrin- bronchodilatancia, antitusika);
- **cannabisový typ** (látky obsažené v konopí- cannabis, hašiš, marihuana);
- **halucinogenový typ** (LSD, meskalin, psilocybin);
- **kathový typ** (látky obsažené v listech rostliny *Catha edulis*);
- **opiátový- morfiový typ** (papaverin, morfin, heroin, Diolan, Dolsin);
- **solvenciový typ** (toluen, benzin, inhalační narkotika);
- **tabákový typ;**
- **kofeinový typ;**
- **antipyretiko- analgetikový typ;**
- **neuroleptikový typ;**
- **antidepresivový typ.**

Rozdělení drog dle účinku na psychiku

Každá látka má jedinečný vliv na psychiku.

Tlumivé látky

Tlumí duševní i tělesnou aktivitu, vyvolávají psychickou a obvykle také tělesnou závislost. Do této skupiny patří:

- opioidy – heroin, buprenorfin (Subutex);
- psychofarmaka – benzodiazepiny, barbituráty;
- rozpouštědla (včetně alkoholu) (Sananim [on line], 2013).

„Opioidy jsou sloučeniny extrahované z máku setého a jejich deriváty. K zneužívaným látkám této skupiny patří opium a morfin, dále jejich deriváty - heroin, braun, pethidin, metadon apod.. Uvedené látky a přípravky vyvolávají velmi rychlou a silnou závislost.“ (Fischer, S., Škoda, J., 2009, s. 107)

Užívání psychofarmak je v současnosti velmi rozšířené. Jedná se zejména o anxiolytika (Diazepam, Rohypnol), aprazol (Neurol, Xanax) a barbituráty. Závislost se vyvíjí velmi dlouhou dobu (Fischer, S., Škoda, J., 2009).

„U organických rozpouštědel bývá zneužíván zejména toluen, méně pak další látky (aceton, chloroform atd.). Jedná se o velmi nebezpečnou skupinu látek. Tyto látky jsou levné a snadno dostupné, proto jsou často zneužívány dětmi a mládeží. Jsou dostupné jednak v čistém stavu, ale také jako součást různých výrobků, jako jsou čističe skvrn, lepidla, ředidla, odlakovače na nehty atd.“ (Fischer, S., Škoda, J., 2009, s. 107)

Psychostimulancia – stimulační látky

Jde o látky, které celkově zvyšují duševní i tělesnou aktivitu jedince. Závislost je většinou psychická.

Do této kategorie patří:

- kokain;
- pervitin;
- amfetamin;
- crack;
- MDMA – extáze (Sananim [on line], 2013).

Halucinogeny (psychedelika)

Mohou vyvolat asi nejvýraznější změnu vnímání reality. Průběh intoxikace je velmi ovlivněný okolnostmi užití (příjemný průběh nebo hororový zážitek). Závislost obvykle nevzniká, rizika jsou spíše spojena s nedobrym průběhem intoxikace.

Patří sem:

- cannabinoidy – marihuana a hašiš;
- LSD;
- psilocybin – lysohlávky (Sananim [on line], 2013).

Fáze vývoje drogové závislosti

Vývoj drogové závislosti ve vztahu jedinec - droga rozdělil Waldmann H. (1971) (sec. cit. in Múhlpachr P., 2009, s.79) do čtyř etap:

- První etapa se vyznačuje hledajícím vztahem mladistvého, který prožívá své generační problémy a konflikty.
- Druhá etapa je spojená s vytvářením a stabilizací skupin (part) mladistvých, kde se konzumují drogy.
- Třetí etapa je vyjádřena vznikem vlastní závislosti jedince na droze, kterou potřebuje bez ohledu na partu.
- Čtvrtá etapa znamená fyzickou závislost na droze se stálou starostí o její opatření, neboť hrozí dramatické abstinenční projevy.

Motivace abúzu drog

Důležitou součástí a podmínkou pro vznik a vývoj závislostního chování jsou důvody vedoucí k abúzu drog. Nejčastějšími typy motivace jsou:

- **motivace interpersonální** – přání proniknout interpersonálními bariérami a získat uznání vrstevníků, komunikovat s nimi, neboť je v patologické rovině komunikace rodinná, vzdorovat autoritám;
- **motivace sociální** – potřeba prosadit si sociální změny, identifikovat se s určitou subkulturou, měnit společenské vědomí vrstevníků;
- **motivace fyzická** – přání fyzického uspokojení, fyzického uvolnění, odstranění fyzických obtíží, přání získat více energie;
- **motivace senzorická** – přání stimulovat zrak, sluch, hmat, chuť, potřeba smyslové sexuální stimulace;
- **motivace emocionální** – uvolnění od psychické bolesti, pokus řešit osobní komplikace, snížení úzkosti, uvolnění špatné nálady, emocionální relaxace;
- **motivace politická** – identifikovat se se skupinami protestujícími proti establishmentu, měnit drogovou legislativu, nedodržovat společenská pravidla;
- **motivace intelektuální** – uniknout nudě, řešit umělé problémy, produkovat originální ideje, zkoumat své vlastní vědomí a podvědomí;
- **motivace specifická** – osobní potřeba prožít dobrodružství, jinak nevyjádřitelné prožitky, získat ocenění u určitých osob (Múhlpachr, P., 2009).

„Nejrizikovější skupinou v oblasti abúzu drog se jeví populace dětí a mladistvých. Při formování životního stylu hraje prvořadou úlohu rodina. Pozornost je třeba věnovat aspektům demografickým, sociálnímu postavení rodiny, povahovým vlastnostem rodičů, funkci rodiny jako celku, úrovni a druhu výchovných přístupů rodičů, vztahu a přístupu k dítěti a k adolescentovi, a opačně. Dysfunkční rodina je vedle patologické komunikace a hledání sociální identity jednou z nejdůležitějších příčin vzniku abúzu drog. Skupiny mládeže, kamarádi, vrstevníci, se kterými se oslabený jedinec stýká, mají nesporný vliv na to, že adolescent experimentuje s návykovými látkami.“ (Mühlpachr, P., 2009, s. 81)

Závislost na automatech

Patologické hráčství je definováno v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí jako porucha spočívající v častých opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě jedince na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Patologické hráčství je třeba odlišit od hazardního hráčství a sázení. Hazardní hráči jsou schopni svoji hru kontrolovat, jejich hlavním motivem je výhra (Nešpor, K., Csémy, L., 2003).

Gambler (patologický hráč) pociťuje velmi silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, nutkání často doprovázejí myšlenky s představami hraní. Jeho motivem je hra (Nešpor, K., Csémy, L., 2003).

Gambling se projevuje obvykle ve věku dospívání a rané dospělosti, často v souvislosti se stresem, se stavy citové a psychické frustrace u dětí a dospívajících. Některé známky patologického hráčství se podobají známkám závislosti na návykových látkách – intenzivní puzení ke hře, zhoršené sebeovládání, zanedbávání jiných hodnot, jednání v rozporu s vlastními zájmy (Nešpor, K., Csémy, L., 2003).

Závislost na internetu – netomanie

„Netomanie je závislostí primárně psychickou, nikoli fyzickou. Týká se nejčastěji věkové kategorie lidí mezi dvaceti a pětatřiceti lety. Jejich stav lze přirovnat k patologickému hráčství. Jak u gamblera, tak i u netomana je totiž přítomna ztráta sebeovládání, touha po druhu chování, které směřuje k takovému prožívání, které dotyčný člověk vnímá jako příjemné. Tato charakteristika je průvodním znakem všech nedrogových závislostí.“ (Mühlpachr, P., 2009, s. 95)

Přehled některých rizik:

- nadměrné věnování se počítači jako pracovnímu prostředku a nástroji. Problém může souviset i s workholismem;
- počítačové hry. Velká rizikovost je zejména pro děti (zanedbávání školy, zaostávání v sociálních dovednostech, rizika pro zdravý vývoj pohybového systému, prvek násilí a riskování v mnoha počítačových hrách);
- internet jako prostředek k hazardní hře (přechod k patologickému hráčství a souvisejícím problémům);
- internet a pornografie (pornografické stránky patří k nejnavštěvovanějším);
- nadměrná, časově náročná účast na internetových diskusních skupinách (chat), takto postižený člověk často zanedbává své reálné vztahy pro mělké a povrchní kontakty po internetu (Nešpor, K., 2011).

Závislost na televizi

Lidé, kteří tráví dlouhé hodiny u obrazovky, vykazují obdobné charakteristiky jako tzv. počítačová narkomani. Počátek závislostního chování lze vysledovat v následujících kritériích: u dětí a adolescentů dochází k tomu, že postupně ztrácejí blízké vztahy k vrstevníkům, dospělí omezují mezilidské kontakty. Lidé závislí na televizi uzpůsobují svůj denní program programu televiznímu, žijí životy seriálových a jiných televizních a filmových hrdinů, a to, co je v realitě, je nezajímá. Klesá také schopnost jejich empatie, po zhlédnutí některých filmových scén se mění jejich prožívání (Mühlpachr, P., 2009).

Sexuální závislost

U zdravého jedince se projevuje pohlavní pud v určitých jemu vlastních intervalech, které se s věkem postupně prodlužují. Sexuální závislost, stejně jako drogová závislost, vykazuje akceleraci nutkavého neklidu a zvyšující se četnost různých sexuálních aktivit při zmenšující se satisfakci. Průvodní a charakteristické rysy spojené se sexuální závislostí – utajování a pocit viny, závislý vede dvojitý život, aby svou chorobu před veřejností skryl, výčitky (Mühlpachr, P., 2009).

K.Nešpor (2011) uvádí, že se jedná o nesourodou skupinu lidí, kde na jedné straně stojí do jisté míry konstitučně daná hypersexualita, na druhé straně může sex

sloužit jako únik před nevyřešenými problémy v jiných oblastech života nebo náhradní uspokojování jiných citových a dalších psychologických potřeb.

Patologické nakupování

„Chorobné nakupování je záležitostí mužů i žen, ale ženy u tohoto typu závislosti početně převažují. Tendence chorobně nakupovat roste ve stresových situacích. Pro patologické nakupování je charakteristické nutkání a silná touha nakupovat a tzv. tahy.

Nakoupené věci dotyčný nepotřebuje a často neví, co bude nakupovat. Uspokojení potřeby nakupovat přináší uklidnění a pokles úzkosti. Velmi často tuto situaci doprovázejí finanční problémy či zadlužení.“ (Mühlpachr, P., 2009, s. 100)

Mentální anorexie a mentální bulimie

Mentální anorexie a mentální bulimie tvoří nejzřetelnější vymezení poruch příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších, i jedním z nejzávažnějších onemocnění mladých žen a dívek (Krch, F. D., 2002).

Lidé, trpící poruchami příjmu potravy se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik jim ukazuje ručička váhy, snaží se zhubnout nebo přinejmenším zabránit jakémukoliv vzrůstu tělesné hmotnosti. Přejít mezi nemocemi nemá hranice, obě formy nemoci mohou přecházet jedna v druhou, popřípadě se střídají (Krch, F.D., Richterová, I., 1998).

Pro mentální anorexii je charakteristické záměrné snižování tělesné hmotnosti (Krch, F.D., 2002). Základním projevem mentální anorexie je patologický strach ze ztloustnutí spojený s odmítáním potravy. Potřeba hubnout, tedy i obava z jídla, má nutkavý charakter, není ovladatelný vůlí. Omezování příjmu potravy a snižování tělesné hmotnosti, chápe nemocný jako svůj hlavní úkol (Vágnerová, M., 1999).

Mentální bulimie, porucha je typická neodolatelnou touhou po jídle, která má za následek opakované záchvaty přejídání. Ty bývají doprovázeny nutkavou tendencí zbavit se požité potravy násilným, nefyziologickým způsobem, např. vyvoláním zvracení nebo užitím projímadel a dalšími prostředky (Vágnerová, M., 1999).

Obě nemoci, mentální anorexie a mentální bulimie, jsou si velmi podobné. Pacienty v obou případech spojuje strach z tloušťky, pozornost, která je nadměrně věnována vlastní postavě a vzhledu a v neposlední řadě také tělesné hmotnosti (Krch, F.D., Richterová, I., 1998).

Závislost na práci

Diagnózu „závislost“ na práci bychom v Mezinárodní klasifikaci nemocí těžko hledali, přesto se ale i v tomto případě jedná o reálný problém, který komplikuje život mnoha lidí. Lidé závislí na práci zanedbávají svoje zdraví a rodinu.

Tvoří nesourodou skupinu, kterou dělíme na typy:

- urputný dřič – věnuje se práci neustále, ať už je to vhodné a potřebné, nebo není;
- záchvatový – porucha se projevuje nárazově, mezi záchvaty nadměrné pracovitosti dochází k apatii, nezájmu, útlumu nebo zhroucení;
- hyperaktivní s poruchami pozornosti - problémem je schopnost soustředit se a dokončit daný úkol;
- pracovní labužník – pracovním úkolům věnuje nepřiměřeně mnoho času a energie, postrádá schopnost určitého nadhledu;
- opečovávač – často se okázale obětuje pro blaho druhých.

(Nešpor, K., 2011)

2 Užívání návykových látek a jejich specifika působení

2.1 Stupně užívání návykových látek

Každá skupina osob, která se zabývá návykovými látkami je v různém stupni užívání. Odborníci, kteří se zabývají kategorizací těchto jedinců, mají různé stupně dělení, ale výrazně se od sebe neliší.

Dělení podle K.Kaliny in Kalina, K. a kol. (2003):

Experimentátoři: nepřesné, ale i v odborné mluvě používané označení pro osobu, která drogy takzvaně „zkouší“, občasně a nepravidelně užívá různé drogy a typy drog a může, ale nemusí mít přitom problémy v jiných oblastech.

Příležitostní a rekreační uživatelé: u této cílové skupiny se užívání drog již stalo součástí životního stylu, ale není častější než jednou za týden a jeho důsledkem není (nebo dosud není) vznik závislosti a dalších problémů. Typické je zejména u marihuany, LSD či extáze na tzv. parties.

Pravidelní uživatelé: pravidelnost (užívání častější než 1x týdně) obvykle implikuje již nejen životní styl, ale jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce.

Problémoví uživatelé: intravenózní užívání drog a nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu (nepatří sem užívání extáze a konopí)

Experimentátor

Je to označení pro osobu, která občasně a nepravidelně užívá různé drogy a typy drog (Glosář pojmů [on line], 2013).

Kontakt uživatele s omamnou látkou je nepravidelný a výskyt užívání nemá vzrůstající tendenci. Prožitek experimentátora při intoxikaci je jím především vnímán jako relaxace ve vhodných chvílích. Omamná látka není používána k úniku před zátěžovou situací či k mírnění stresových nebo jinak náročných stavů.

Sociální pozice je výskytem drogového experimentu nezměněna. Vztahy k nejbližší rodině jsou uspokojivé, což nevyklučuje určité disharmonické prvky, které ale nemají dlouhodobě dominantní postavení.

Uživatel i nadále sleduje pro sebe důležité cíle s krátkodobou i dlouhodobou perspektivou. V chování nenastávají také žádné výrazné změny. Jedinec je schopen i nadále navazovat kontakty s odlišnými názorovými skupinami.

Pro uživatele je důležité vnímat a dodržovat hranice vlastního bezpečí. Je samostatný a odpovědný za svoje chování (Klouček, E., 1999).

Uživatel (nezdrženlivý)

V životním stylu uživatele je pravidelný výskyt konzumace omamných látek. Usilování o opakování užití omamné látky je důsledné a těžko jím nebo okolím ovlivnitelné. Schopnost odpoutat se od užívání omamných látek je zmenšena. Uživatel vnímá užívání drog jako možnost odpojit se od nepříjemných prožitků životní reality.

Udržet si již vybudované sociální pozice je pro uživatele těžké, musí k tomu vyvinout podstatně více energie a přemáhání než v minulosti.

V rámci rodiny dochází k opakovaným konfliktům v souvislosti s užíváním drog, a nejen s ním. Rodina jako zdroj zázemí pro uživatele ztrácí svoji důležitost. Vztah uživatele k rodině začíná projevovat tendence k citovému a materiálnímu vydírání.

S postupem času nastávají v chování uživatele výrazné změny. Vyznačují se výbušností, impulzivitou a selháváním v oblasti spolehlivosti.

Ve vztazích vyhledává uživatel jedince a skupiny jiných uživatelů, jejichž členové zaujímají velmi blízké postoje jeho vlastním. Tím dochází k chudnutí jeho vztahových možností seznámení.

Uživatel vnímá určitou míru vnitřního nesouladu, který zahání dalším užíváním látek se schopností ho přeladit do opačného zážitkového pólu. Začínají se u něj projevovat prvky nezdrželivosti a neschopnost přiměřeně reagovat na zátěžové situace (Klouček, E., 1999).

Zneuživatel (nutkavě - nezdrženlivý)

Životnímu stylu člověka zneužívajícího omamné látky vládne konzumace drog. Vše je podřízeno diktátu sehnání dávky. Životní styl je masivně ochuzen.

Sociální pozice jsou v této fázi užívání již ztraceny. Jeho sociální neukotvenost začíná výrazně zasahovat do jeho stability. Z hlediska rodiny i společnosti se jedná o pozici výlučně antisociální se sklony ke kriminálním aktivitám.

V rodině dochází k rozpadu rodinných pout a k atmosféře bezmoci a vzteku. Uživatel postupně zaujímá v rámci rodiny roli černé ovce, která má buď privilegia z nemoci, nebo zatracení za své selhání.

V minulosti vyhledávané perspektivy a cíle jsou nyní uživatelem zcela opuštěny, a to i v představách. Nejdůležitějším a jediným cílem se stává droga sama a jedinec je schopen vyvinout úsilí jen kvůli ní.

V chování uživatele výrazně převládá nastavenost na vyhovění si bez ohledu na situaci a cítění druhých. To se projevuje především parazitováním na druhých, silnými manipulativními tendencemi a neschopností pohledu na sebe samotného.

Vztahy jsou postupně přeměněny na možnosti aktuálního zisku, možnosti obohacení se v materiálním významu, a tím získání prostředků na sehnání omamné látky.

Postupně se jako důležitou hodnotou vzhledem k životnímu stylu jeví stav bezbolestnosti, ochrana před nepříjemnými stavy vyvolanými nedostatkem omamné látky.

Osobnost uživatele začíná postupně jevit známky neschopnosti adekvátně vnímat vinu, trest, odměnu od sebe nebo okolí a podle toho korigovat své jednání. Jedinec je egocentricky orientován, vyznačuje se neklidem, nezdrženlivostí a nutkavostí (Klouček, E., 1999).

2.2 Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících

- 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. Nejčastější příčiny smrti – úrazy, otravy a další násilné příčiny smrti;
- vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky;
- zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, citového vyzrávání, sebekontroly, sociálních dovedností atd.);
- i pouhé experimentování s návykovými látkami je spojeno s většími problémy v různých oblastech života (rodina, škola, trestná činnost atd.);

- častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné ke druhé nebo k více látkám současně. To opět zvyšuje riziko otrav a dalších komplikací;
- alkohol i jiné drogy narušují vytváření sítí mozkových buněk, které probíhá v dospívání, a vedou ke 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.

(Nešpor, K., 2011)

2.3 Specifika působení návykových látek u žen

- ženy bývají zpravidla ve vztahu k návykovým látkám i jiným rizikům, jako je hazardní hra, zdrženlivější a opatrnější. Je jich relativně menší počet v porovnání s muži;
- žen s návykovými problémy ale přibývá podstatně rychleji, než je tomu u mužů;
- návykové látky působí u žen silněji než u mužů (ženy mají menší játra, nižší hmotnost, vyšší obsah tuku v těle, nižší aktivitu příslušných enzymů apod.);
- zdravotní škody způsobené návykovými látkami nastávají u žen zpravidla dříve;
- žena se mnohem častěji dostane do návykových problémů kvůli partnerovi, který pije nebo bere drogy, než muž kvůli takto orientované partnerce;
- návykové látky včetně alkoholu u žen odsuzuje okolí více než u mužů;
- ženy se v souvislosti s návykovým problémem dopouštějí méně často trestné činnosti a násilného jednání;
- závislé ženy trpí častěji depresemi a úzkostí, ale méně časté u nich bývají poruchy osobnosti;
- ženy mívají silnější pud sebezáchovy než muži;
- ženám také více záleží na tom, jak vypadají a jak působí na své okolí. Tím lze vysvětlovat mnohem častější samotářské pití;
- k specificky ženským problémům patří riziko poškození plodu v těhotenství v důsledku požívání alkoholu, kouření tabáku nebo v důsledku působení jiných návykových látek;
- závislá žena bývá také častěji týrána, fyzicky napadána a sexuálně zneužívána;

- rodiny a děti závislých žen trpí jejich problémem často více, než je tomu u mužů;
- ženy si snadněji vytvářejí zdravější životní styl. (Nešpor, K., 2011)

2.4 Specifika působení návykových látek u těhotných žen a matek

- gravidita pro narkomanku představuje závažný životní problém, jde zde o spojitost s nejčastějšími aktivitami k zajištění denní dávky drogy, kterými jsou krádeže, sex, prostituce;
- promiskuitní chování, intravenózní aplikace jsou rizikem pro matku i plod řadou infekčních chorob – sexuálně přenosné choroby, TBC, hepatitis typu C, HIV, bakteriální pneumonie;
- některé pohlavní choroby mohou způsobit potrat či narození mrtvého plodu;
- užívání návykových látek během gravidity může ovlivnit jednotlivé fáze v těhotenství, vývoj plodu, narození a následný vývoj dítěte;
- tyto děti jsou ohroženy různými komplikacemi např. příznaky intoxikace nebo abstinenčními příznaky;
- u malé části žen je těhotenství impulsem k pokusu o léčbu, velká většina žen není schopna své stereotypní chování změnit;
- na těhotenství drogově závislé matky se většinou přijde až ve vysokém stupni těhotenství nebo až v porodnici během porodu;
- pokud je matka po porodu s dítětem hospitalizována, projevuje větší zájem o dítě a ochotu podrobit se léčbě;
- pokud je vazba matka – dítě hned na počátku zprerhána (dítě bývá většinou umístěno na základě předběžného opatření do dětského centra), je velice obtížné ji později obnovit;
- v případě léčby těhotných závislých žen je proklamován „rychlejší a nekomplikovaný“ přístup k terapii;
- možnost terapie matky společně s dítětem, pokud je drogově závislá matka této pomoci otevřená a spolupracuje;
- narůstající počet dětí drogově závislých matek ve společnosti zvyšuje nebezpečí, že se při neřešení rodinné situace mohou vydat podobnou cestou jako rodiče;

(Preslová, I., 2003; Kühnelová, J., 2009)

3 Prevence

Podle všeobecného pojetí znamená prevence předcházení, zamezení vzniku nemoci nebo nežádoucího jevu. Prevence tvoří jeden ze tří pilířů drogové problematiky, patří sem: prevence, léčení a péče, represe. V praxi je však kladen nejmenší důraz právě na prevenci (MŠMT, kolektiv autorů, 2007).

Cílem prevence je předcházet škodám působeným návykovými látkami. Účinná prevence musí ovlivnit chování ve smyslu podpory zdraví. Preventivní strategie lze zhruba rozdělit do dvou skupin: snižování nabídky (aby byly návykové látky méně dostupné) a snižování poptávky (aby je lidé pokud možno nechtěli). Tyto způsoby prevence se nejen nevylučují, ale navzájem posilují (Nešpor, K., 1996).

Podle WHO rozdělujeme prevenci takto:

1. primární prevence – předcházení užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu, nebo aspoň odložení kontaktu s drogou do vyšších věkových kategorií;
2. sekundární prevence – předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou už užíváním drogy zasaženy a postiženy, případně se na ní staly závislými;
3. terciární prevence – předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog (Kalina, K., in Kalina, K. a kol., 2003).

V americké literatuře se lze setkat s jiným rozdělením:

1. **Prevence** – ta se dále dělí na tři podskupiny.
 - **Všeobecná prevence**, která je určena celé populaci, např. žákům ve třídě. Zde jsou neúčinnější malé interaktivní programy, jako jsou peer programy.
 - **Selektivní prevence** - je určena těm, u nichž existuje z nějakého důvodu zvýšené riziko (např. dětem, jejichž rodiče jsou závislí na alkoholu, těm, které ve škole selhávají, atd.)
 - **Indikovaná prevence** - je určena těm, u nichž ještě není možné diagnostikovat škodlivé užívání nebo závislost, ale kteří vykazují některé varovné známky užívání návykových látek.

2. **Léčba.**
3. **Udržování stavu.**

(Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H., 1998)

V souvislosti s prevencí je třeba zmínit souvislost mezi různými návykovými látkami. Tyto souvislosti jsou dány více okolnostmi:

- Existují přechody mezi různými návykovými látkami. Používá se pojem „průchozí drogy“.
- V klinické praxi se lze setkávat s lidmi, kteří přešli od závislosti na alkoholu k jiným drogám, ale i od závislosti na drogách k závislosti na alkoholu.
- Existují kombinované závislosti – např. na alkoholu a jiných návykových látkách.
- Zvláště děti a dospívající mívají sklon střídat různé návykové látky.
- I jen oddálení prvních kontaktů s alkoholem nebo s tabákem do pozdějších let je úspěchem a snižuje riziko ve vztahu k jiným návykovým látkám.

(Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H., 1996)

Možnosti prevence návyku

Protidrogová osvěta a funkce příkladu

- vyčkat situace;
- rozhovory bez agitace;
- neomlouvat vlastní návyky;
- diskutovat obsahově vyváženě.

Aktivita místo pasivního konzumního chování

- poukázat na alternativy ke konzumu televize;
- zpočátku nebrzdit aktivity;
- nesplnit každé přání - připustit frustrace.

Výchova k ne-závislosti

- vyváženost mezi požadavkem na výkon a akceptací;
- vyhýbat se nevhodným očekáváním;
- při konfliktech se neodvracet;
- vyhýbat se mohutným výkyvům ve výchově.

(Göhlert, F.Ch., Kühn, F., 2001)

3.1 Primární prevence

- má programově podporovat zrání jedince, aby co nejbezpečněji prošel cestou hledání vlastní identity (Kudrle S., in Kalina K. a kol., 2003).

Úkolem prevence je podpora protektivních a omezování rizikových faktorů.

1. Droga – sledujeme její charakter, potenciál pro závislost, účinky, způsoby aplikace.
 2. Člověk – závislost lze navodit u každého jednotlivce. Rizikovými a protektivními faktory jsou zejména osobnostní charakteristiky. Riziko zvyšuje nízké sebevědomí a sebehodnocení, nedostatek asertivity a schopnost čelit tlaku vrstevníků, poruchy chování, nevhodné sociální vazby, stres, sklon k depresím, ale i zdravotní handicap.
 3. Prostředí - působení všeho, co nás obklopuje:
 - a) společnost – vztah společnosti ke drogám, postoje a normy, dostupnost drog, ale i míra dezorganizace společnosti, oslabení rodin, rozvodovost atd. Patří sem i koncepce drogové politiky, investice a informovanost.
 - b) rodinné prostředí – atmosféra rodiny, míra lásky a péče, výchovný styl, rodinný systém norem a hodnot, užívání a dostupnost drog v rodině, přítomnost rodičů.
 - c) vrstevnické prostředí – kamarádi, parta, škola. Toto tzv. referenční prostředí je pro dítě a dospívajícího mladého člověka velmi důležité. Záleží na hodnotách dané skupiny, převládající módě a životním stylu.
- (Bém, P., Kalina, K., in Kalina, K. a kol., 2003).

Přímým podnětem pro experiment s drogou mohou být provokující faktory. Nejčastěji jsou uváděny tyto:

- zvědavost, nuda;
- zlepšení výkonnosti;
- zlepšení nálady, řešení či spíše odsunutí problémů, únik z bezvýhodné situace
- snaha upozornit na sebe, obstát v partě.

(Bém, P., Kalina, K., in Kalina, K. a kol., 2003)

„Vlastní smysl primární prevence je spatřován v tom, že užívání drog by nemělo být společensky akceptovanou formou chování mladých lidí. Mladí lidé zastávají názor, že užívání drog je „normální“ spíše než život bez drog. Užívání drog, ale nelze vnímat jako „normální“. Život bez drog by se měl stát atraktivním. Je nezbytné nabídnout mladým lidem, že mohou žít zdravě, smysluplně a produktivně.“ (Bém, P., Kalina, K., in Kalina, K. a kol., 2003, s. 275)

Základním cílem primární prevence je snaha o snížení počtu mladých lidí užívajících návykové látky, snížení možných následků poškození a vytváření protidrogových postojů. Jde o ovlivňování postojů žádoucím směrem, a tím o následný pokus o změnu chování v oblasti drogové problematiky. Základní cíl primární prevence je tedy zaměřen na snižování poptávky po drogách – co největší mírou přispět ke snížení počtu osob zneužívající návykové látky (Skalík, I., in Kalina, K. a kol., 2003).

Vhodný přístup	Nevhodný přístup
Podpora sebedůvěry, aktivity a hodnotných zájmů	Odstrašování, triviální „Prostě řekni ne“
Kontinuální proces	Jednorázové akce
Zaměření na změnu postojů a chování	Zaměření pouze na poznatky
Živé (interakční) učení	Přednášková forma
Využívání směřodatných vzorů, pokud možno z blízkého okolí	Neosobnost, formalismus, využívání ex-userů nebo aktuálních uživatelů, stavění na „hvězdách“
Otevřená, hodnotně moderovaná diskuse	Potlačování nebo „bezbrehost“ diskuze
Zapojení do života místní komunity	Vedení „shora“ a mimo místní kontext
Realizaci navrhuji a řídí kvalifikovaní interdisciplinární odborníci v PP	Amatérismus realizátorů, náhodný výběr úzkých specialistů (lékaři, policisté) neškolených v PP

Tabulka č.1: Vhodné a nevhodné přístupy v primární prevenci. Zdroj: Kalina K., 2000 (též s využitím Nešpora K., 1998)

Specifické preventivní programy lze rozdělit do tří základních úrovní:

1. Nejvyšší úroveň (makroprostředí) – hlavním cílem je zasáhnout co možná největší skupinu lidí. Proto se zaměřují na ovlivňování veřejného mínění nebo velkých skupin mladistvých. Jako hlavní prostředek k tomuto účelu slouží různé kampaně, např. Drogy ne. Tyto „megalo - akce“ jsou ale pro cílovou skupinu mladistvých příliš vzdálené, měly by být brány spíše jako možnost upozornění na závažnost tématu a vytvářet prostor pro působení v dalších oblastech (Skalík, I., in Kalina, K. a kol., 2003).

2. Střední úroveň (mezoprostředí) - působení je zaměřeno jen na určitou lokalitu (městské části, menší města, obce) nebo na nějaké skupiny populace (děti 2. stupně ZŠ, zdravotnický personál). Pro zajištění efektivity je nutné vytvářet dlouhodobé a koncepční programy, zvláště pokud se jedná o programy pro děti a mládež, kde může být jejich postoj a následné chování ještě do jisté míry utvářeno. Nejvíce se využívá odborně naučných publikací, vytváření pořadů v rámci profesního vzdělávání (Skalík, I., in Kalina, K. a kol., 2003).

3. Místní úroveň (mikroprostředí) – aktivity se již zaměřují na cílové skupiny, které jsou přesně definovány, např. žáci 9. tříd základních škol, studenti prvních ročníků středních škol apod. Jednotlivé programy a pořady jsou pro cílové skupiny přesně definovány a mohou být „šity na míru“.

Mezi formy využívané na této úrovni patří:

a) přednášky a besedy – jedná se většinou o jednorázové akce ve školách, na pracovištích nebo masové akce určené pro větší skupinu posluchačů. Efektivita těchto aktivit bez propojení s dlouhodobým působením je však nízká.

b) komponované pořady – hlavní výhodou oproti přednáškám je větší přitažlivost. Přednáška, resp. diskuse o drogách, sexu, kriminalitě bývá obvykle doplněna nějakou hudební produkcí, filmem, setkáním se zajímavou osobností. Tyto akce jsou vítaným doplňkem dlouhodobé práce na školách.

c) „klasické,, peer programy (vrstevnické) – vrstevníci výrazně působí na formování postojů jedince, a proto mohou účinně zasáhnout do žádoucí změny jeho rizikového chování. K tomuto účelu jsou vybráni jedinci, kteří projdou výcvikem a poté působí na rizikovou skupinu (peer efekt). Jedná se o velmi efektivní přístup, ale jeho realizace je náročná.

d) dlouhodobé programy – představuje souhrn výše uvedených přístupů rozložených do dlouhého časového úseku. Dlouhodobý program může být realizován učiteli, aktivisty, peery, kteří zaručí kontakt s kolektivem v průběhu několika let (Skalík, I., in Kalina, K. a kol., 2003).

Nespecifická prevence se zaměřuje na protektivní faktory, které obecně souvisejí s podporou zdraví ve smyslu tělesném, duševním i sociálním a zdravého a sociálně přijatelného životního stylu. Při práci v nespecifické formě prevence se jedná o vytváření podmínek pro volnočasové aktivity, snížení podpory propagace kouření a alkoholu, atd. (Bém, P., Kalina, K., in Kalina, K. a kol., 2003).

3.2 Sekundární prevence

Jejím cílem je poskytnout efektivní pomoc těm, kdo začali návykové látky zneužívat, kde ale stav příliš nepokročil (Nešpor, K, Csémy, L., Pernicová, H., 1999).

Sekundární prevence je obvykle používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení (Kalina, K., in Kalina, K. a kol., 2003).

V oblasti sekundární prevence působí kontaktní centra, která jsou určena k včasné intervenci, poradenství zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě. Měla by být zaměřena na uživatele, kteří akceptují pouze nízkoprahové terapeutické a pomocné aktivity (Libra, J., in Kalina, K. a kol., 2003).

Formy a obsah práce kontaktních center tvoří podle S.Kudrleho a K.Kaliny, 2001:

- všechny prvky včasné intervence – odklánějící škodlivé následky u těch, kteří již užívají drogy pravidelně (edukace, výměnné programy apod.);
- lékařské poradenství;
- kontakt na svépomocné aktivity;
- práce s motivací ke strukturované terapii;
- účelné vedení klienta a průběžné sledování postupu v léčbě;
- prvky terapie, které se překrývají s ambulantní léčbou v ambulantních zařízeních.

Obecně se do spektra služeb v kontaktních centrech zahrnuje:

- 1) Kontaktní práce – navázání kontaktu s klientem, vytvoření vzájemné důvěry, zjištění základních problémů a potřeb. Patří mezi hlavní aktivity nízkoprahového zařízení;
- 2) Výměnný program – výměna injekčního náčiní, distribuce desinfekčních a dalších pomocných prostředků a zdravotnického materiálu;
- 3) Základní zdravotní péče – základní zdravotní ošetření, zajištění testování na HIV a hepatitidy, neodkladná péče v případě potřeby;
- 4) Základní poradenství - prohloubení navázaného kontaktu s důrazem na změnu rizikových vzorců chování klientů;
- 5) Další krátkodobé intervence – krizová intervence, jednorázová nebo krátkodobá práce s rodiči, partnerem či rodinou klienta;
- 6) Strukturované poradenství a motivační tréninky;

- 7) Sociální práce – pomoc při hledání zaměstnání, ubytování a vyřizování dokladů, sociální asistence při kontaktu s rodinou, úřady, soudy, policií, probační službou;
- 8) Doplnkové služby – hygienický, potravinový a vitaminový servis (Libra, J., in Kalina, K. a kol., 2003).

3.3 Terciární prevence

Překrývá se s léčbou závislosti na návykových látkách a s mírněním škod (Nešpor, K, Csémy, L., Pernicová, H.,1999).

Podle S.Kudrleho (in Kalina, K. a kol., 2003) pod pojmem terciární prevence rozumíme předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog.

V tomto smyslu je terciární prevencí:

- **resocializace** či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog;
- **intervence** u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat, souborně zvané **Harm Reduction** – zaměřují se především na snížení zdravotních rizik, zejména přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog.

„Terciární prevence využívá zejména přístupů z úrovně sociální. Ty mívají podobu konkrétní pomoci uživatelům drog na úrovni chráněného zaměstnání, zdravotního pojištění, chráněného bydlení, právního poradenství apod.“ (Kudrle, S., in Kalina, K. a kol., 2003, s. 148)

Dále tento přístup zlepšuje biologické předpoklady elementární péči o zdraví uživatelů drog. Jde zejména o předcházení vážným přenosným onemocněním díky výměnným programům jehel a stříkaček. Poskytováním informací o možných komplikacích, včetně léčby, se významně zlepšuje zdravotní stav ohrožené populace (Kudrle, S., in Kalina, K. a kol., 2003).

„Psychologickou pomocí je komplex doléčovacích aktivit, individuální a skupinové poradenství, motivační trénink, prevence relapsu, rodinné poradenství a edukace rodiny. Za významnou je považována i psychologická podpora v terminálních

fázích vývoje závislosti, kdy medicínská pomoc již selhává, nebo není jedincem akceptovaná.“ (Kudrle, S., in Kalina, K. a kol., 2003, s. 148)

3.4 Minimální preventivní program

Základním dokumentem, který v současné době „legalizuje“ provádění preventivních aktivit na školách je *Minimální preventivní program – Škola bez drog*. Je součástí *Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT*. Je závazným opatřením pro uplatňování protidrogové politiky ve školách a školských zařízeních. Minimální preventivní program se opírá o všeobecné zásady efektivní primární prevence, které byly sestaveny na základě zkušenosti odborníků. Jsou prezentovány v následujících bodech:

- systémová a koordinovaná strategie
- aplikování preventivních aktivit v dostatečně raném věku
- věkově přiměřené, různorodé a aktivizující metody
- nabízení pozitivních alternativ chování a životních cílů
- využívání peer – prvků
- výcvik sociálně psychologických dovedností včetně odmítání nabídky
- nabídka aktivit pro smysluplné využívání volného času
- respektování rizikových faktorů
- aktuálnost a pravdivost poskytovaných informací
- informování o poradenských možnostech
- sledování efektivity opatření.

„Minimální preventivní program navazuje na platné vzdělávací dokumenty, v nichž je zakomponována oblast zdravého životního stylu zahrnující prevenci zneužívání návykových látek, oblast osobního bezpečí a společenskovední oblast, včetně občanské, právní a etické výchovy.“ (Nováková, D., in Kalina, K. a kol., 2003, s. 302)

Přímou odpovědnost za zpracování a kvalitní realizaci výchovných programů nesou ředitelé škol a školských zařízení. MPP jsou na školách nejčastěji začleněny do jejich výchovné strategie a zpracovávají je většinou metodici protidrogové prevence. Ostatním pedagogickým pracovníkům byla stanovena povinnost spolupracovat s metodikem při realizaci MPP v podmínkách školy. K nejčastějším formám spolupráce patří zejména výměna informací získaných pozorováním žáků, pořádání besed se žáky, začleňování

dílčích témat preventivní výchovy do tématických plánů výuky s následným diagnostikováním výsledků výuky apod. (Kachlík [on line], 2013)

Poradenskými pracovníky na školách jsou v současné době výchovný poradce a školní metodik prevence, ojediněle školní psycholog a školní speciální pedagog. Náplň jejich činnosti určuje školský zákon č.561/2004Sb. (novelizace č.472/2011) a návazná vyhláška č.72/2005Sb. (novelizace. č.116/2011).

Výchovný poradce pracuje na všech základních, středních a speciálních školách. Jedná se většinou o učitele, kteří kromě svého úvazku plní i úkoly pedagogicko-psychologického poradenství v oblasti výchovy, vzdělání a volby studia či povolání žáka. Zprostředkovává nové metody pedagogické diagnostiky a intervence (Vyhláška č.72/2005b.).

Metodik prevence se podílí na koordinaci aktivit v oblasti prevence sociálně patologických jevů u žáků. Vytváří strategii školy v oblasti prevence zneužívání návykových látek (minimální preventivní program školy), koordinuje zavádění tohoto programu, podílí se na jeho realizaci a sleduje jeho úspěšnost. O svých činnostech vede písemnou dokumentaci v souladu se zákonem č. 101/2000Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů ve znění pozdějších předpisů (Vyhláška č.72/2005Sb.).

4 Projevy závislostního chování a možnosti jeho prevence u nezletilých matek ve výchovném ústavu

4.1 Metodické poznámky, charakteristika sledovaného zařízení

Cíl praktické části

Vzhledem k tomu, že byl proveden kvalitativní výzkum, byly sestaveny výzkumné teze. Ty byly postupně ověřovány a rozhodovali jsme o jejich platnosti či neplatnosti. Cílem výzkumné části práce bylo sestavení šesti kazuistik nezletilých matek, které se potýkaly s problematikou závislostního chování a ověření stanovených tezí. V závěru každé z kazuistik byla vložena sumarizační tabulka k zpřehlednění popisovaného případu.

Výzkumné teze

T1: Nezletilé matky neužívaly návykové látky během těhotenství, ani po porodu.

T2: Rodina spolupracuje s výchovným ústavem na řešení problému závislostního chování u nezletilé matky.

T3: Preventivní opatření výchovného ústavu se významně podílí na řešení drogové problematiky u nezletilých matek.

T4: Výchovný ústav přispěl k úspěšnému řešení závislostního chování u nezletilé matky.

Popis vzorku

Autorka zpracovala šest kazuistik nezletilých matek, umístěných ve výchovném ústavu v Moravském Krumlově. Byla jejich skupinová vychovatelka, téměř denně s nimi byla v kontaktu. Rovněž byla v kontaktu s jejich rodinami i partnery- otci jejich dětí. Prožívala s nimi jejich těhotenství, s některými i jejich porod. Pozorovala je při péči o jejich děti.

Metody zpracování dat

Při výzkumu byla použita kvalitativní metoda:

- nepřímé pozorování;
- případová studie.

Tyto výzkumné techniky:

- analýza osobní a rodinné anamnézy;
- analýza psychologického vyšetření;
- analýza pedagogické dokumentace;
- hodnocení pedagogických pracovníků.

Využitím této metody a techniky byly získány informace o jednotlivých nezletilých matkách. Podle zákona č.101/2000 O ochraně osobních dat byla jména dívek zaměněna.

Charakteristika sledovaného zařízení

Školské zařízení má tři budovy a park, který děti využívají k rekreaci, ale i k práci. O celý park pečují zaměstnanci společně s dětmi po celý rok. Vedle hlavní budovy je postaveno víceúčelové hřiště.

V současné době užívá školské zařízení název Výchovný ústav, dětský domov se školou, střední škola, základní škola a školní jídelna a má 8 skupin. Každá z nich má dva skupinové vychovatele, kteří zajišťují chod skupiny po všech stránkách.

Rozdělení skupin:

- 5 skupin dívek (dvě skupiny koedukované);
- 1 skupina chlapců;
- 2 skupiny nezletilých těhotných dívek a matek s dětmi.

V současnosti je školské zařízení koedukované s kapacitou 60 dětí.

Hlavní budova výchovného ústavu byla postavena v roce 1906 a před dvěma roky prošla velkou rekonstrukcí.

Budova pro nezletilé těhotné dívky a matky s dětmi byla otevřena 1. října 2007. Jsou zde dvě skupiny, kde může být umístěno nejvýše dvanáct maminek s dětmi.

Jednotlivé výchovné a rodinné skupiny jsou ubytovány v bytech s vlastním vchodem. Každý pokoj má svoji koupelnu a WC. Byty jsou plně vybavené (včetně TV a připojení na internet).

Stravování je zajištěno ve školní jídelně a v bytech jednotlivých skupin. Výběr je ze dvou jídel – čípkový systém (VÚDD Moravský Krumlov [on line]), 2013.

4.2 Prezentace kazuistik

Kazuistika 1

Uvedení do problematiky

V současnosti sedmnáctiletá Iva S. do výchovného ústavu přešla z dětského domova B. na základě rozhodnutí o přemístění. Již dříve soud v J. rozhodl o ústavní výchově. Celkově se Iva dostala do ústavní péče na základě předběžného opatření jako casus socialis.

Osobní anamnéza

Iva je šestá z osmi sourozenců. Dva z nich jsou však v adoptivní péči. Narodila se v srpnu 1995. Iva byla v srpnu 2005 spolu se starší sestrou a mladším bratrem umístěna do dětského domova, kde jí posléze byla nařízena ústavní výchova.

Iva je silná kuřačka. Pravidelně dlouhodobě kouřila marihuanu, v těhotenství přestala. V pátém měsíci těhotenství několikrát brala heroin. Během gravidity měla sexuální styk s chlapcem, o němž věděla, že má hepatitis typu C.

Rodinná anamnéza

Dívka pocházející z disharmonické rodiny, rodiče ve své roli selhávali. Péči rodičů nahrazovala babička, které byla Iva soudně svěřena v roce 1999. Když rodinu opustila i babička, byla Iva spolu se starší sestrou a mladším bratrem umístěna do dětského domova, kde jí posléze byla nařízena ústavní výchova.

S matkou je Iva bez kontaktu, ví jenom, že se zdržuje někde u Prahy. Budoucnost s ní ale spojuje, po propuštění z ústavu chce bydlet u ní (pravděpodobně nereálná představa). Otec žije v B., k němu jezdí Iva na dovolenky, ale nezdržuje se u něj, protože není dobrým příkladem ani zárukou zázemí.

Přítel – otec dítěte – 19 roků, nevyučený, registrován na ÚP, kouří marihuanu, v době početí dítěte intoxikován. Iva jej znala několik měsíců před otěhotněním, nyní se rozešli pro neustálé hádky a rovněž i rodina chlapce si nepřála, aby spolu chodili. Iva plánuje neuvést otce do rodného listu dítěte.

Dětský domov

Iva se od počátku pobytu projevovala jako temperamentní, obratná, výtečná, v kolektivu dětí spontánní. Ráda se účastnila všech aktivit sportovních i kulturních. Již

jako desetiletá dívka kouřila, nebyla příliš věrohodná a občas něco zcizila. Zásadní problémy měla od počátku ve škole, ve výuce zanedbaná, velké mezery ve vědomostech, s tím související nezáměr o učivo a přípravu na vyučování, opakovala ročník. V listopadu 2007 uskutečnila svůj první útěk z dětského domova. Její chování se postupně zhoršovalo, podléhala negativnímu vlivu starších kamarádek. Jednalo se hlavně o krádeže, záškoláctví, kouření, lhaní, alkohol na vycházkách a útěky. Má sklony k užívání návykových látek. Iva si chtěla prostě jenom užívat života a nechtěla se jí dodržovat pravidla – chodit do školy, nekouřit atd. Zásadní zlom nastal o vánočních prázdninách 2010, kdy při návštěvě rodiny odešla k příteli a rozhodla se nevrátit do DD. Zůstávala na dlouhodobém útěku, a tehdy se jí podařilo otěhotnět. Při zadržení v září 2011 již byla asi ve 22. týdnu těhotenství. Na základě této skutečnosti byla přemístěna do DDŠ.

Psychologické vyšetření

Dívka bez problémů navazuje sociální kontakt, zvládá běžné formy sociálního kontaktu, je slušná, zdvořilá. Verbalizační dovednosti bez poruch, je komunikativní, dokáže verbalizovat i svoje pocity. Za předpokladu motivace je schopna velmi dobře spolupracovat s dospělým, je podřídivá, současně je schopná se přiměřeně vymezit.

V testových situacích vykazuje pomalejší psychomotorické tempo, pracuje ale zodpovědně s dobrou úrovní koncentrace pozornosti a se snahou po dobrém výsledku. Grafomotorické dovednosti, stejně jako základní školské vědomosti, nevybočují z mezí normy. Levačka. Z osobnostního profilu vyplývá lehčí tendence k introverzi, zvýšená anxiozita v prožívání i citová choulostivost – senzitivita, zranitelnost. Na dobré úrovni je míra její zodpovědnosti, která je ale v určitých situacích blokována vzhledem k nedostatečnému rozvoji složky volní. Intelektové schopnosti dívky jsou v pásmu průměru. Zjevná je ale i tendence k impulsivním reakcím, slabší úroveň sebeovládání, sklon žít tady a teď. Schopnost racionálně volně korekce jednání není upevněná. Dívka vykazuje i sklon k rizikovému jednání dle situace a nabídky z okolí.

Výchovný ústav, dětský domov se školou, střední škola, základní škola a školní jídelna, oddělení pro nezletilé těhotné a nezletilé matky s dětmi

Iva přišla do výchovného ústavu v září 2011 v pátém měsíci těhotenství. Zpočátku byla umístěna na 1. výchovné skupině, vzhledem ke své graviditě měla být následně přemístěna na oddělení pro nezletilé těhotné a matky s dětmi do Černovic u

Tábora. Projevovala zájem zůstat ve stávajícím zařízení, tudíž po uvolnění jednoho místa přešla v říjnu 2011 na oddělení pro nezletilé těhotné a matky s dětmi v rámci tohoto zařízení.

Její adaptace probíhala bez větších problémů. K dospělým se zpravidla chovala slušně, na skupině nepatřila k vůdčím typům a s ostatními dívkami vycházela většinou bez problémů. Nicméně již koncem října se nevrátila z dovolenky. Z další dovolenky na konci listopadu se opět nevrátila. Začátkem prosince byla zadržena policií a přivezena zpět zařízení. Při pohovoru zcela spontánně přiznala požívání drog i přes vysoký stupeň těhotenství.

V průběhu těhotenství se intenzivně připravovala na porod a mateřství. Získávala informace jak od zdravotních sester, tak od vychovatelů i dívek ze skupiny. Pravidelně chodila na lékařská vyšetření. V prosinci 2011 porodila syna Michala, tři týdny před plánovaným termínem porodu. Po příchodu z porodnice potřebovala pomoc s péčí o syna – s koupáním, přebalováním i s oblékáním. Problémy byly i s kojením, protože Ivě chyběla trpělivost a vytrvalost. Brzy přešla na umělou stravu.

Po návratu z porodnice Ivu trápila skutečnost, že ji nikdo z rodiny nijak nekontaktoval, i když se připravovala na vánoční pobyt v ní. Pro členy rodiny nakoupila i vyrobila různé vánoční dárky, ale vzhledem k tomu, že ji nikdo nenavštívil ani v porodnici, ani v ústavu, neměla je komu předat. Trápilo ji, že vázl i telefonický kontakt s rodinou, a pokud nějaký byl, tak pouze z iniciativy Ivy. Navíc se Iva nemohla vyrovnat se skutečností, že se nemá komu pochlubit se svým čerstvě narozeným synem. Teprve začátkem února 2012 se podařilo zajistit dovolenku v rodině, a to u otce, který žije na ubytovně. Vzhledem k obtížným sociálním podmínkám byla Iva vybavena ústavem na dobu dovolenky hygienickými potřebami i stravou pro dítě, taktéž ústavním kočárkem. Pobyt u rodiny ale nedopadl dobře. Iva se v určený termín nevrátila. Nejdřív se telefonicky vymlouvala, že je syn nemocný, potom, že se nemá jak vrátit, protože nemá peníze. Na nabídku, že si pro ni a jejího syna dojedeme, nereagovala a na určené místo se nedostavila. Od té chvíle se neozvala, a proto byla nahlášena na útěk. Byla zadržena PČR. Uváděla řadu výmluv, proč se na určené místo nemohla dostavit.

Začátkem května odjela Iva na další dovolenku, a opět zklamala. Nevrátila se v daném termínu a vždy se po telefonu vymlouvala. Otec ji dovezl až za několik dní po termínu návratu. Vinu sváděla na otce, že jí vzal veškeré peníze, co měla. Prokázalo se, že po dobu dovolenky požívala drogy.

O otci dítěte Iva hovořila spíše s despektem, tvrdila, že nemá zájem o jeho zapsání do rodného listu syna. Otec dítěte ji také v našem zařízení nenavštěvoval. Během jedné dovolenky se s ním Iva setkala, a najednou změnila názor. Rozhodla se nechat zapsat otce do rodného listu dítěte, to udělala v květnu 2012, kdy za tímto účelem odjela k soudu, odkud se však nevrátila. Syna ponechala v našem zařízení a vůbec se nezajímala, co s ním bude, kdo se o něj postará. Ten byl druhý den ve spolupráci se sociální pracovníci dítěte umístěn do Dětského centra. Iva si bohužel nedokázala vytvořit pevnější citovou vazbu na syna. Už v průběhu měsíce května se zajímala o možnost svěřit syna do péče rodičů otce dítěte, což zdůvodňovala tak, že nemůže synovi poskytnout přiměřenou materiální a citovou péči, a u nich by mu bylo dobře. Hned se s rodiči přítele spojila a vysvětlila jim své důvody, proč se nemůže o syna starat. O Michala tedy začala projevovat zájem matka otce dítěte. Podařilo se vyjednat, že momentálně je malý Michal v její péči na dlouhodobé dovolence. Iva samotná byla v této době stále na útěku, který trval až do půlky srpna.

Po zadržení PČR a vrácení do zařízení byla Iva přeřazena zpět na běžné oddělení bez miminek. Projevuje se jako málo aktivní, snaží se věci řešit cestou nejmenšího odporu. V jednání je klidná až vtíravá. Pod dohledem plní zadané úkoly, ale při všech činnostech je neskutečně pomalá. Přetrvává tendence řešit potíže útekem od problémů a svádět veškerou vinu na někoho jiného. O svém synovi vůbec nemluví, odpoví jen na přímou otázku o něm. Tvrdí, že se za ním chodí občas podívat, ale žádné podrobnosti neuvádí.

Hodnocení třídního učitele – Praktická škola jednoletá

Od samého nástupu se Iva projevovala jako slušná dívka se zájmem o výuku. Bohužel tomu nenasvědčuje její studijní průměr. Zlepšení výsledků vyžaduje systematictější přípravu a pravidelnou přítomnost na výuce, což vzhledem k péči o dítě nelze zajistit. Její chování není nutné korigovat, plní pokyny vyučujících a je vstřícná.

Iva má snahu dosahovat dobrých výsledků, a pokud jí tento elán vydrží, může je dosáhnout. Ve druhém pololetí její pracovní nadšení však značně pokleslo, a proto není divu, že patří prospěchově mezi nejslabší žáky ve třídě.

Shrnutí a prognóza

Iva pochází z disharmonické rodiny, kde rodiče v péči o děti selhávali. Ona sama v péči o své dítě také selhává, i když k tomu měla veškeré podmínky, volí raději cestu vzdání se syna. Upřednostňuje svoje potřeby a přání – kouření, drogy, volnost,

svobodu. Přestože je jí dnes již sedmnáct let, ještě nedozrála k zodpovědnosti. Pobyt v našem zařízení je pro ni velkou přítěží i přesto, že nemá kam jít. Vývoj vztahu matky a syna je přerušen a je docela reálné, že už nebude nikdy navázán.

	Ano	ne
Funkční rodinné prostředí		x
Návykové látky v rodině	x	
Kriminalita nezletilé matky	x	
Užívání NL dříve (před otěhotněním)	x	
Užívání NL během těhotenství	x	
Nezl. matka při porodu pod vlivem NL		x
Nezl. matka o dítě pečuje		x
Dítě v dětském centru	x	

Tabulka č.2 Shrnutí kazuistiky1

Kazuistika 2

Uvedení do problematiky

Čtrnáctiletá Dana P. přišla do zařízení v srpnu 2010 na základě rozhodnutí o přemístění vydaným Dětským diagnostickým ústavem B. Rozsudek o ústavní výchově vydal Městský soud v B. v dubnu 2009 pro výchovné problémy.

Osobní anamnéza

Dana se narodila v květnu 1998 z prvního těhotenství v 36. týdnu. V té době bylo otcí 17 a matce 19 let. Fyziopsychologický vývoj byl v normě. V rodinné dispozici má z otcovy strany hepatitis A a C.

Dana je silná kuřačka a přiznává opakované experimenty s marihuanou a alkoholem, sexuální život zahájila již v jedenácti letech.

Rodinná anamnéza

Nezletilá Dana pochází z úplné rodiny. Má čtyři sourozence – bratry - narozené 1999, 2000, 2006 a 2009. Prostředí rodiny je však sociálně patologické - dlouhodobě a po všech stránkách. Nedostatečné jsou bytové podmínky, nízká je podnětová úroveň i výchovné kompetence rodičů. V celém sociálním okolí má Dana spíše nevhodné až patologické vzory. Oba rodiče prošli výchovnými zařízeními, otec byl i v NVÚ za násilnou trestnou činnost, matka experimentuje s drogami. Všechny děti jsou z rodiny odebrány, mladší jsou v KÚ. V roce 2009 byla Dana umístěna do dětského domova. Důvodem umístění byly nevyhovující bytové podmínky a závažné nedostatky v péči

matky. Otec byl v té době ve výkonu trestu. Na žádost dětského domova, kde měla závažné výchovné problémy – nerespektování autorit, slovní i fyzická agrese vůči dětem – byla přijata na diagnostický pobyt.

Diagnostický ústav

Průběh pobytu v diagnostickém ústavu vykazoval četné výkyvy, nenastal žádný zřetelnější vývoj ani pozitivním ani negativním směrem. Její projevy nebyly nijak odlišné od chování v dětském domově. Byly řešeny situace, kdy aktuálně nezvládla na ni kladené nároky a reagovala nepřiměřenou afektivitou – hádkami, osočováním, nadávkami, vulgaritou – případně i fyzickou atakou. Problémem byly také často pozdní návraty z vycházek. Spolupráce s rodiči byla proměnlivé kvality. Problémem byla jejich nedůslednost a nejednoznačnost v požadavcích na dceru.

Psychologické vyšetření

Dana je dívka s disharmonickým osobnostním vývojem, do značné míry podmíněným hereditárními vlivy, samozřejmě podporovanými nepodnětným až patologickým sociálním prostředím, v němž vyrůstala.

Její handicapem je také nízká úroveň intelektových schopností, což jí brání v pochopení souvislostí, chybí schopnost samostatného vyhodnocení situací. Intelektová výkonnost je v pásmu hluboké inferiority, na hranici pásma defektu. Na zvládnutí požadavků praktické školy stačí, výhodou je zde schopnost chápat a reprodukovat čtený text. Práceschopnost je snížena, dívka není vytrvalá, neumí a nechce překonávat překážky, velice lehce se vzdává. Také schopnost koncentrace pozornosti k úkolu je slabá a krátkodobá. Úkol řeší buď lehce a ihned, nebo řešení opouští. Naprosto nereálná je její představa o budoucím povolání – mluví o VŠ.

Osobnostní vývoj je značně simplexní. Dana reaguje na různé situace velmi spontánně a impulzivně, bez schopnosti širšího náhledu a vytváření strategií. Hodnotová orientace je výrazně konzumního, materiálního a hedonistického zaměření. Výrazným Daniným projevem je sebestřednost a snaha uplatnit se. S tím souvisí její netolerance k potřebám a přáním jiných, což vede k častým konfliktům v kolektivu. Nízká frustrační tolerance spolu s pohotovostí k agresivní reaktivitě vede k výbušnosti a snadné eskalaci původně zcela banálních konfliktů.

Dana je dívka dlouhodobě výchovně zanedbaná. Nemá zafixované normy sociálního chování, respektive má je příliš široké. Je ale schopna respektovat autoritu

v situaci přímého kontaktu. Seberegulační mechanismy rozvinuty nejsou, což výrazně souvisí se slabou schopností sebereflexe a náhledu na své chování. I při běžných činnostech mívá problémy s respektováním požadavků, je pohodlná, nemá fixovány pracovní návyky, obtížně překonává překážky. V emoční oblasti je zřejmá vysoká afektivní dráždivost a výbušnost. K rodičům i sourozencům emoční vztah má, jde ale o vazby poměrně povrchní. Zájmová oblast rozvinutá není, Dana je spíše konzumentkou zábavy. Do nabízených činností se zapojuje s různým nasazením, dle momentální nálady.

Výchovný ústav, dětský domov se školou, střední škola, základní škola a školní jídelna, oddělení pro nezletilé těhotné a nezletilé matky s dětmi

Na začátku období probíhalo začleňování do kolektivu skupiny. Ta ji příliš neakceptovala, a to především pro své nevhodné vulgární chování. Konflikty nemá pouze s dětmi, ale i s dospělými, na které je drzá a často i vulgární. Její chování je velice proměnlivé. Pokud se jí něco nelíbí, dokáže být velice nepřijemná a ráda setrvává v konfliktu. Musí být neustále usměrňována. Zadané úkoly si sice plní, ale je nutná neustálá kontrola. Vyžaduje důsledné jednání a neústupnost ze strany výchovných pracovníků. Zájmových činností se účastní pouze sporadicky. Jejím jediným zájmem je PC. Mezi další negativa patří návykové kouření a užívání marihuany.

Její chování je velmi uvolněné. Chová se nezdravě důvěrně i k dospělým osobám. Její projevy jsou v tomto směru i nevhodné. Nemá kladný vztah k duševní a fyzické práci. Ráda na sebe strhává pozornost ostatních. Je částečně přístupná domluvě, a toho lze využít v další práci.

Dana byla v pravidelném kontaktu s matkou a jezdila k ní na plánované dovolenky, ze kterých se vracela v pořádku. Po vánocích 2010 však nastal zlom a Dana se nevracela z dovolenek ve stanoveném termínu nebo vůbec.

Otec pravidelně posílal Daně dopisy. Stalo se však, že se po jeho poslední korespondenci začala Dana sebepoškozovat řezáním do zápěstí. Po přečtení dopisu však nebyl shledán v textu žádný negativní impulz, který by vedl k nutnosti, aby se Dana sebepoškozovala.

Danu v našem zařízení navštívili i její prarodiče a přislíbili jí, že by k nim mohla jezdit na dovolenky. Dana tak získala nový cíl, ke kterému se upnula. Bohužel hned na první dovolence u prarodičů bylo její chování problematické, nerespektovala je a dělala si, co chtěla, a tak ji prarodiče již na další dovolenku nechtěli.

V roce 2011 byla Dana většinu času vedena v pátrání PČR, opakovaně utíkala. Po zadržení v lednu 2012 bylo zjištěno, že je gravidní. Dana projevovala přání dítě si nechat a vychovávat. V tomto rozhodování jí byla velkou oporou i matka, která byla přibližně ve stejném stupni těhotenství. Dana byla tedy přemístěna na oddělení pro nezletilé těhotné a matky s dětmi. Dana během těhotenství užívala heroin. Sama o sobě si myslí, že není feťák, drogy prý plodu nevadí.

Vzhledem k nízkému věku, nevhodné životosprávě i dalším faktorům Dana v dubnu 2012 císařským řezem předčasně porodila holčičku Šárku. Dítě mělo velmi nízkou porodní váhu (1300 g), bylo tedy nutné umístění v inkubátoru. Podle dostupné lékařské zprávy byla Dana v době porodu pod vlivem heroinu. Za čtyři dny po porodu byla Dana propuštěna domů na dovolenku, ale dítě zůstalo hospitalizováno. V tomto období měla Dana dceru pravidelně každý den navštěvovat, ne vždy však vyhrazený čas k návštěvám plně využila. Po návratu z dovolenky přiznala opětovné užívání drog. Z těchto důvodů jí byly další návštěvy dcery umožněny v doprovodu našich pracovníků. Dana se na dceru těší, tvrdí, že se o ni chce postarat v rámci zařízení. Na druhou stranu touží po volnosti a prostředí, v němž se do té doby pohybovala. Chybí jí zodpovědnost, které se bude muset ještě náležitě učit.

Šárka byla předběžným opatřením umístěna do Dětského centra Z. Aby byl zachován kontakt matky s dítětem, byla ve spolupráci s dětským centrem Daně umožněna dovolenka v jejich zařízení. Zde o dítě pečovala pod dohledem zdravotních sester. Dana se chce o své dítě starat, ale nevydrží být dlouho zavřená, omezená a nemít určitou volnost, proto i dvakrát z DC utekla.

Na konci června byla malá Šárka umístěna na oddělení pro nezletilé těhotné a matky s dětmi do péče své mámy. Dana pečovala o Šárku pod neustálým vedením a dohledem výchovných pracovníků a zdravotních sester. Její pokroky v péči o dítě jsou velmi pomalé, což odpovídá její osobní nezralosti i jejím omezeným schopnostem.

Dana projevuje verbálně o svoji dceru zájem, v péči o ni však zaostává. K malé si sice vytvořila silnou citovou vazbu, chtěla by, aby byly spolu, ale nedokáže upřednostnit potřeby dítěte před svými zájmy. Těžko přijímá rady, k pracovníkům bývá hrubá, automaticky počítá s tím, že se dítěti budou věnovat ostatní. Velké nedostatky se projevují převážně v nočních hodinách, kdy se Dana neumí potřebám dítěte přizpůsobit. Velmi jí to zatěžuje, bývá velice vulgární i směrem k dceři. Není schopna samostatnější péče bez stálého dozoru a není schopna dítěti zabezpečit základní potřeby. Dana zvažuje své priority, zvažuje i možnost ponechání dítěte v péči DC. Svoje rozhodnutí rychle

mění, v noci tvrdí, že je pro ni dítě přítěží a nechce se o ně starat, ráno však vše rychle odvolává. Nízký věk a upřednostňování svých potřeb se s rolí matky příliš neslučují, potřebuje soustavné vedení.

Koncem července už vážně uvažuje o tom, že dá malou na čas do dětského centra, aby mohla jet na prázdniny a odpočinout si od povinností, které jsou s péčí o dítě spojeny. Silně pesimisticky naladěná. Přiznává obavy, že péči dlouhodobě nezvládne.

Začátkem srpna proběhla kontrola v dětském centru, kde si nechali Šárku na pozorování. Dana to uvítala jako příležitost k odjezdu na dovolenku. Za tři dny pak skutečně na dovolenku odjela, ale nevrátila se a byla nahlášena na útěk. Útěkem potvrdila, že zájem a vztah o dítě pro ni nejsou prioritou a potřebám dítěte se nedokáže přizpůsobit.

Hodnocení třídního učitele

Dana patří mezi prospěchově velmi slabé žáky. Její přístup k výuce je velmi laxní jak z hlediska přípravy na výuku, tak i péče o školní věci a učební pomůcky.

Její chování je velmi uvolněné. Chová se nezdravě důvěrně i k dospělým osobám. Její projevy jsou v tomto směru nevhodné. Často narušuje svým chováním vlastní výuku a nevhodným až zarputilým způsobem prosazuje své představy o činnostech, které s výukou nesouvisí. Nemá kladný vztah k duševní i fyzické práci. Ráda na sebe strhává pozornost ostatních. Dana vyžaduje velkou trpělivost ze strany vyučujících s ohledem na usměrňování jejího chování.

Shrnutí a prognóza

Dana se narodila velmi mladým rodičům a vyrůstala v sociálně patologickém prostředí. Záhy sama také jako velmi mladinká porodila dceru Šárku. Nízký věk a upřednostňování svých potřeb se s rolí matky příliš neslučují a Dana ji nezvládá. Dokládá to také fakt, že je Dana dlouhodobě na útěku a o svou dceru neprojevuje žádný zájem. Prognóza do budoucnosti není příliš dobrá. Podle dostupných informací si Dana užívá volného života a drog, a dítě by pro ni bylo jenom překážkou.

	ano	ne
Funkční rodinné prostředí		x
Návykové látky v rodině	x	
Kriminalita nezletilé matky	x	
Užívání NL dříve (před otěhotněním)	x	

Užívání NL během těhotenství	x	
Nezl. matka při porodu pod vlivem NL	x	
Nezl. matka o dítě pečuje		x
Dítě v dětském centru	x	

Tabulka č.3 Shrnutí kazuistiky 2

Kazuistika 3

Uvedení do problematiky

V současné době již osmnáctiletá dívka Olivie T. byla do zařízení přemístěna v červnu 2010 z VÚ Š., a to na základě uložené ochranné výchovy Okresním soudem v H. a rozhodnutí o přemístění vydaným DDÚ O. Ochranná výchova byla dívce uložena za šikanování. Již dříve se dopouštěla potulky a záškoláctví, měla výchovné problémy.

Osobní anamnéza

Olivie se narodila v červnu 1994 z pořadí pátého těhotenství matky. Otcí bylo 30 let a matce 22 let. Ve fyziopsychologickém vývoji se projevuje LMD. Rodové dispozice – zdraví.

Olivie měla odklad školní docházky, pak nastoupila do ZvŠ, i přesto opakovala první a druhou třídu. Olivie měla výchovné problémy a neomluvenou absenci prakticky od počátku školní docházky. Již dříve byla Olivie umístěna na základě předběžného opatření do DD B. (říjen 05 – leden 06), nebyla nařízena ústavní výchova, proto se vrátila zpět do péče rodičů. Již v té době probíhalo řízení o uložení ochranné výchovy – výtržnictví a omezování osobní svobody (šikana na DD B.- bití do obličeje, bití násadou mopu, kopání do nohou, vyvolávání strachu, přikládání polštářku spolu s jinou dívkou, kterým další dívku dusily), dále jsou to důvody potulky, záškoláctví a další disociální projevy – předčasné sexuální zkušenosti, drogy, krádeže, alkohol. Během roku 2006 prošla Olivie Střediskem sociální pomoci dětem a DDÚ v B. Většinu času však byla stejně na útěku. V březnu 2007 nastoupila Olivie opět do DDÚ v B. s již uloženou ochrannou výchovou. Odtud byla v dubnu 2007 přemístěna do DDŠ J. a o rok později v říjnu 2008 přešla do VÚ Š.. Poslední přemístění se proběhlo v červnu 2010 do VÚ MK. V listopadu 2008 bylo Olivii uloženo opatření pod dohledem probačního úředníka.

Rodinná anamnéza

Olivie pochází ze zcela dysfunkčního a sociálně patologického rodinného prostředí. Matka žije s druhem, s ním má čtyři děti, jedno s jiným mužem. Rodina žije

v nájmu ve starém rodinném domě 2 + 1. V místě bydliště má rodina špatnou pověst. Jsou podezírání, že mají na svědomí i drobné krádeže. Dvě starší sestry Olivie již porodily a o děti se jim stará matka. Olivie často utíkala z domu z důvodu nadměrného trestání otcem.

Diagnostický ústav

Olivie byla do diagnostického ústavu umístěna na základě uložené ochranné výchovy. Jevila se jako děvče s výrazným psychomotorickým neklidem a zvýšenou afektivní reaktivitou. Jen velmi obtížně se podřizovala vedení, často nerespektovala režim, odmítala respektovat autoritu vychovatelů. V kolektivu byla rušivým a konfliktogenním faktorem. Její projev byl celou dobu hyperaktivní, poznamenaný velkou hlučností a vulgáritou. Dopouštěla se opakovaných krátkodobých útěků, mnohdy se vracela sama.

V průběhu pobytu ambivalentní postoje. Občas pochvala za pracovitost a ochotu, ale ve většině případů a dnů byla negativistická, nespolupracovala, ani se o to nesnažila, determinována nízkou socio - kulturní úrovní. Mnohokrát porušila zákaz kouření v areálu, škrabala se špendlíkem, v komunikaci s dospělými používala ty nejotrlejší vulgární fráze a průpovědky. Nápadnost ve verbálním styku – afektivní koprolalie. Střídavě se zamilovávala do různých chlapců, verbalizovala svoji ochotu a snahu se s nimi sblížit i intimně. Na vycházkách, kromě vulgárních nadávek na veřejnosti, ohrožovala vážným způsobem svoji bezpečnost, a to tím, že sama provokativně vstupovala do silniční komunikace s provozem vozidel.

Olivie je silná kuřačka, v minulosti se opakovaně dopouštěla sniffingu toluenu, předčasně zahájila sexuální život (zřejmě v deseti letech). V současné době provozuje sex za úplatu.

Plány do budoucna žádné nemá, absolutně nemá představu, čím by chtěla být, co by chtěla dělat. Mluví o tom, že bude prostitutkou, a nutno říci, že již s tím nějaké zkušenosti má.

Psychologické vyšetření

Olivie je dívka se simplexní osobnostní výbavou na základě heredity, navíc výchovně a edukativně zanedbaná. Rodinné prostředí je těžce nepodnětné, vzdělávání není žádnou hodnotou. Dívka je nedostatečně orientovaná i v základních údajích (neví,

kdy se narodila, nezná hodiny). Disponuje pouze omezenou slovní zásobou v češtině, často skutečně nerozumí požadavku. Ve svém prostředí mluví pouze romsky.

Dívka je těžce zanedbaná po stránce výukové, naprosto nezvládá ani trivium. Počítá pouze s názorem, přechod přes desítku zvládá s obtížemi. Slabikuje s mnohými chybami, reprodukce není schopna ani v náznaku, ale vymyslí si zcela jiný příběh. Grafomotorika těžkopádná i v kresbě. Není schopna psát text z paměti, ani podle diktátu, bezchybně nenapíše ani svoje příjmení. Zvládá opis a přepis jednotlivých jednoduchých dvouslabičných slov. Koordinace oko - ruka není dobře zafixovaná. Intelektové schopnosti dívky jsou sníženy do pásma defektu, ve verbální oblasti jde o střední mentální retardaci.

Olivie je osobnostně nekultivovaná, prakticky nedotčená výchovnými zásahy okolí. Její jednání je řízeno především pudově, těžce nese odklad splnění svého přání. Velmi nízká frustrační tolerance, před problémem většinou uniká. Není-li to možné, sáhne k agresi, kterou dokáže obrátit i proti sobě. V DDÚ se objevilo i automutilační chování. V jejím prožívání je ale vysoká dávka anxiózy a nejistoty. Emočně nezakotvená v rodině ani jinde, rodiče o ni v době pobytu v DDÚ nejevili žádný zájem. Emotivita labilní, reaguje často prudkými afektivními výbuchy i na slabý podnět. Racionálně volní korekce chování chybí, mravní normy nemá nejen fixovány, ale ani osvojeny. Hodnotová orientace, zájmová struktura nevytvořeny. Abulie. Její jednání je sledem bezprostředních reakcí na momentální situace.

Výchovný ústav, dětský domov se školou, střední škola, základní škola a školní jídelna, oddělení pro nezletilé těhotné a matky s dětmi

Těhotná Olivie byla do našeho zařízení umístěna v červnu 2010, kdy k nám byla přemístěna z DDŠ Š. na základě uložené ochranné výchovy Okresním soudem v H. Olivie ještě v tentýž den nástupu na naše oddělení odjela na dovolenku ke svým rodičům. Druhého července předčasně porodila syna Jana. Ona sama byla za tři dny propuštěna z porodnice do domácí péče a její syn byl umístěn na neonatologické oddělení. Olivie ho navštěvovala nepravidelně. Na konci července byl Jan propuštěn z nemocnice a společně se svojí matkou byl převezen na naše oddělení. Šestinedělí proběhlo bez větších problémů. Olivie se za pomoci zdravotnického a pedagogického personálu naučila samostatně o syna pečovat. Připomínky se týkaly většinou jejích projevů a chování, chápavosti a spolupráce. V srpnu se Olivie pokusila i se synem o útěk, byla však na zdejším vlakovém nádraží zadržena a přivezena zpět do ústavu.

Chtěla navštívit svého přítele – otce dítěte, který byl v té době ještě na svobodě. V současnosti je ve VTOS v K.

Z první možné dovolenky se nevrátila a byla hlášena na útěk. To byl Olivii velký problém, protože i z následujících dovolenek se vracela až po zadržení PČR. Rodiče bohužel nezajišťovali její včasný návrat do zařízení. Stávalo se, že Olivie nechala syna u babičky, aby mohla sama trávit čas s přáteli bez jakéhokoliv omezení. Bylo zde i důvodné podezření, že sexem za úplatu zajišťuje obživu celé rodině. Vzhledem k tomu, že se nevrací z dovolenek, bývá hlášena na útěku, nezajišťuje dítěti řádnou lékařskou péči, nedodržuje pravidelné lékařské prohlídky, očkování, rehabilitace.

V dubnu 2012 byla Olivie předvolána k soudnímu jednání ohledně útěků a dostala podmíněný trest pět měsíců na dva roky.

Olivie těžce nesla pobyt v ústavu, dodržování pravidel a plnění povinností. Velice obtížně se přizpůsobovala, snažila se obelháváním získávat výhody.

Olivie je velmi zanedbaná dívka, co se týká všeobecných znalostí, chybí jí nejzákladnější vědomosti, ztrácí se v čase, těžko se s ní spolupracuje a komunikuje. Každý požadavek je třeba několikrát opakovat a vysvětlovat, než ho pochopí. Upřednostňuje svoje potřeby a zájmy, a nerada přijímá jakékoliv rady, protože je přesvědčena, že to, co dělá, dělá dobře. V povaze je náladová, často bývá smutná, odtažitá, málomluvná. Je lehce ovlivnitelná. Neumí vynakládat finanční prostředky. Veškeré problémy a zátěžové situace řeší vykřikováním a dohadováním. Je to vžitý a pro ni přirozený vzorec chování. Často bývá usměřňována pro arogantní jednání. Poté následuje vždy krátkodobé zlepšení. Líbí se jí zahálčivý způsob života a o změně neuvažuje. Má zcela zkrácené představy o svém budoucím životě.

Je sobecká, zaměřená pouze na své potřeby, nebere ohled na syna. Ve škole se také vyskytly problémy, odmítala pracovat, ve vzdělání má značné nedostatky (psaní, čtení, počítání), necítí potřebu docházky do školy, i když k tomu má veškeré podmínky. Během vyučování se jí o syna staral zdravotnický personál. O syna Jana pečuje samostatně, ale občas jí chybí trpělivost. Je nutné však podotknout, že je Jan na ní silně citově závislý a pokud jen na chvíli mámu ztratí z dohledu je k neutíšení.

V ústavu měla Olivie kamarádku, která ji velmi negativně ovlivňovala. Pobízela ji k navazování nových známostí, také jí z dovolenky přivezla a podala léky – Neurolog. Olivie sama přiznává, že na útěcích užívá drogy a jejím dodavatelem je mimo jiné i kamarádka z ústavu.

V současné době komunikuje s přítelem Stanislavem, se kterým se seznámila na soutěži ZUČ výchovných ústavů. Dle telefonických hovorů je jasné, že ani tento vztah nemá budoucnost, neboť ji uráží a ponižuje a Olivie se doprošuje, aby s ní zůstal. Vztah s přítelem, otcem Jana, považuje za ukončený, přestože od něho dostává velmi často dopisy z vězení, drobné dárečky, fotografie. Při květnovém o dva dny opožděném příjezdu z dovolenky Olivie přiznala potulování s přítelem Standou a experimentování s drogami. Závažného přestupku se dopustila i tím, že se podílela na odcizení svého mobilního telefonu z vychovatelny, který chtěla využít k volání příteli v noci.

Olivie se za dobu pobytu u nás (2 roky) zlepšila v mnoha ohledech. Naučila se lépe komunikovat a účelově slušně jednat. Podařilo se jí zapojit do nabízených zájmových činností, rukodělných, sportovních, tanečních, vaření, a tak využívat trávení volného času, navíc jí to zvýšilo sebevědomí, posílilo trpělivost, vytrvalost, rozvíjelo zručnost, učila se kolektivní zodpovědnosti.

Dne 19. června Olivie dosáhla plnoletosti, kvůli synovi, který má ÚV, nemohla týž den odejít, podepsala dobrovolný pobyt do 22.6., kdy se dostavila na závěrečné zkoušky, kterými úspěšně zakončila studium Praktické školy dvouleté, a tím u nás ukončila i pobyt. Syn byl přemístěn do Dětského centra v K., fakticky se však stále nachází v její péči. Je u ní na dovolence, s vyhlídkou brzkého zrušení ústavní výchovy.

Hodnocení třídní učitelky - Praktická škola jednoletá

Olga je podprůměrně nadaná, chybí jí logické myšlení, pamětně není schopná uchovat učivo. Je nejslabší v ročníku. Její postoj ke studijním povinnostem i k práci není na uspokojivé úrovni – převládající vlastností je lenost, předním charakterovým rysem je odmítání jakékoliv činnosti související se školou. Je přesvědčená, že „školu nepotřebuje“ a „stejně ví všechno nejlépe“. Negativně se projevují časté výkyvy nálad.

Žákyně je kamarádké, ale poměrně konfliktní povahy, je velmi netolerantní, často se hádá. Výrazným rysem je naivita a neschopnost dopředu zvážit důsledky svého jednání.

Ve školním roce 2011/2012 Olivie absolvovala Praktickou školu dvouletou. Studijní výsledky jsou podprůměrné, učivo zvládá s velkými obtížemi. Při praktických činnostech je však schopná solidního výkonu, přes svoji zbrkllost vykazuje pracovitost a vytrvalost.

Olivie je kamarádká, dovede být velmi velkorysá a dobrosrdečná, má však poměrně konfliktní povahu. Lehce podléhá negativním emocím, to je pak netolerantní a často se hádá.

Shrnutí a prognóza

V červnu dosáhla Olivie plnoletosti a zároveň dokončila studium na Praktické škole dvouleté. Otevřely se jí dveře na vysněnou svobodu. Volnosti si užívá plnými doušky a nebere ohled na svého syna, který je na ní silně citově závislý. Ten většinu času tráví na dovolence u své babičky (stále patří do Dětského centra a čeká na zrušení ústavní výchovy) a se svojí matkou pobývá jen velmi málo. Navíc podle dostupných informací žije Olivie se svým přítelem Stanislavem v jiném městě a údajně je opět těhotná.

Olivie se za dobu téměř dvouletého pobytu v zařízení výrazně zlepšila v mnoha ohledech. Hlavně se naučila lépe komunikovat a účelově slušně jednat. Zvýšila si sebevědomí, posílila trpělivost a vytrvalost, rozvinula zručnost. Prognóza jejího dalšího rozvoje ale není příliš dobrá. Negativně ji ovlivňuje její přítel, na kterém je velice závislá, i kamarádky s nimiž se stále stýká. Nezmění na tom nic ani fakt, že již má krásného a šikovného chlapečka, kterému by se měla věnovat a který na ni čeká.

	ano	ne
Funkční rodinné prostředí		x
Návykové látky v rodině	x	
Kriminalita nezletilé matky	x	
Užívání NL dříve (před otěhotněním)	x	
Užívání NL během těhotenství	x	
Nezl. matka při porodu pod vlivem NL		x
Nezl. matka o dítě pečuje	x	
Dítě v dětském centru		x

Tabulka č.4 Shrnutí kazuistiky 3

Kazuistika 4

Uvedení do problematiky

Dnes již osmnáctiletá Alena N. byla do našeho zařízení umístěna v červenci 2009, a to na základě ústavní výchovy nařízené Okresním soudem v J. a Rozhodnutím o přemístění vydaným DDÚ B. Ústavní výchova jí byla uložena pro výchovné problémy – nerespektování autorit, krádeže různých finančních obnosů v rodině,

záškoláctví, úteků z domova, kontakty se staršími muži, kouření, užívání alkoholu a sexuální zkušenosti.

Osobní anamnéza

Alena se narodila z prvního těhotenství matky v březnu 1994. Matce bylo osmnáct let a byla svobodná, otec není ani uveden v rodném listě. Porod byl spontánní, fyziopsychologický vývoj v normě. V rodových dispozicích jsou všichni zdraví. Alena prodělala běžné dětské nemoci, nebývá často nemocná. V MŠ od 4 let s dobrou adaptací, nástup do školy ale o rok odložen.

V anamnéze má poruchy chování, předčasné sexuální zkušenosti a graviditu (ve 14 letech), byla provedena interrupce.

Rodinná anamnéza

Z manželství matky s panem N., který velmi brzy zemřel, se narodil syn Josef (1998). Na působení tohoto muže jako otce rodiny si Alena příliš nepamatuje. V současnosti žije matka s druhem, panem N., který převzal příjmení po matce dětí. Soužití bývá dočasně přerušováno. Vztahy s ním má Alena velmi špatné, v podstatě jej odmítá respektovat. K vyhrocení situace došlo, když se druh matky vrátil do společné domácnosti v době Aleniny puberty a snažil se zpřísnit výchovné přístupy.

Celá rodina žije od listopadu 2008 v J.. Zde Alena navštěvovala křesťanskou školu, ale již v dubnu 2009 přešla na diagnostický pobyt na ZŠP v Ch. Přes týden zde pobývala na internátě, ale velmi krátce, pro závažné porušování vnitřního řádu byla vyloučena. Podle matky jsou s nezletilou výchovné problémy již čtyři roky – opakovaně se dopouští úteků, vyhledává společnost starších mužů, kouří, pije alkohol, dopustila s drobných krádeží v rodině. V září 2008 byla gravidní a podstoupila interrupci. V minulosti byla hospitalizována v PL Krč, PL Havlíčkův Brod (6.1.2009 – 6.4.2009) – několikrát utekla, kouřila, měla velký zájem o chlapce. Diagnostikována nesocializovaná porucha chování, disharmonický vývoj směrem k disociální poruše osobnosti.

Diagnostický ústav

Při vstupním pohovoru se u Aleny projevovala větší odbržděnost, množství zážitků nepřiměřených k dívčině věku, inklinace k nevhodnému stylu života, neochota se dlouhodobě zdržovat doma. V dětském kolektivu se hůře prosazuje a velmi snadno

podléhá okolním vlivům, silně inklinuje k problematickým jedincům, hlavně v chlapeckém kolektivu. Pokud se jí něco nelíbilo, byla problematická i ve skupině dívek, vyvolávala hádky a rvačky. Zjevné jsou zhoršené rozumové schopnosti i slabší sociální vybavenost.

Vnitřní řád pravidelně porušovala kouřením a útekem. Ve směru útekovosti to dotáhla tak daleko, že musela být neustále hlídána vychovatelem, což se jí samozřejmě nelíbilo a dokonce musela být několikrát přivolána i Policie ČR.

V prostředí ústavu se Alena účelově podřizovala autoritám a svoje úkoly plnila. Vynucovala si pozornost dospělého, a byla proto schopna udělat i spoustu špatných věcí. Byla vstřícnější k mužům než k ženám, proto dospělý muž nemohl být s Alenou nikdy sám, měla tendence k obvinění ze sexuálního obtěžování. Když byla podrážděná, byla schopná dospělému nadávat, neposlouchat a dokonce ho i fyzicky napadnout.

Péče o zevnějšek a zdravotní stav je v normě. Tělesná zdatnost je špatná, protože je Alena poměrně líná a nerada se hýbe. Vztah k manuální práci má dle nálady, ale většinou udělá, co se po ní chce. Baví ji PC - internet.

Psychologický nález

Dívka prošla zkráceným diagnostickým pobytem, v průběhu prázdnin. Během pobytu se objevuje stejné problematické chování jako při pobytu v psychiatrické léčebně. Alena vyžaduje častou korekci jednání zvnějšku, jsou problémy s opakovaným kouřením, pokusila se o útek. V kolektivu dívek bez významných konfliktů, ve vztahu k druhému pohlaví ale nepřiměřeně vstřícná a nevybíravá. Projevila se její velká sugestibilita, její chování bylo hodně závislé na charakteru a vlivu momentálně přítomných dětí.

S dospělým navazuje kontakt spíše formální povahy, ochota ke spolupráci závisí na její náladě. O svých pocitech hovoří nerada, ale spíše pro oploštělost emočního prožívání, než proto, že by nechtěla. Zkušenost těhotenství a interrupce nezanechala významné stopy v jejím prožívání, vyjadřuje se o nich lhostejně, v podstatě jako o nemoci. Náhled na nevhodnost vlastního chování je jen formální, prakticky je k němu nekritická.

Alena má problémy v oblasti kognitivní. Intelektové schopnosti jsou nevyrovnané ve prospěch názorové složky, aktuální úroveň dosahuje pásma inferiority (hraniční pásmo mentální retardace – výrazná zaostalost). Slabá úroveň abstraktního

uvažování, nízká všeobecná informovanost jsou příčinou, ale zároveň i důsledkem dlouhodobé školské nedostačivosti.

Alena je dívka s nízkou úrovní sebevědomí. Výkonovou neúspěšnost i nepříjemné pocity z výhrad rodičů ke svému jednání si kompenzuje pocitem přijetí v partě kamarádů, kde je nakonec využívána. V emoční oblasti je náladová, se sklonem k depresivitě, tenznímu až úzkostnému prožívání situací. Náladové rozlady se projevují spíše trucovitostí a vzdorovitostí než formou afektivních reakcí.

Rodinné vztahy jsou celkově vlažné, k nevlastnímu otci přetrvávají nepřátelské postoje. Kontakty během pobytu slabé.

Výchovný ústav, dětský domov se školou, střední škola, základní škola a školní jídelna, oddělení pro nezletilé těhotné a matky s dětmi

Alena byla do našeho zařízení umístěna v červenci 2009. Od počátku pobytu se snažila unikat, odmítala se přizpůsobit režimu, nelibě nesla určitá omezení, nespolupracovala, prosazovala vlastní zájmy bez ohledu na zájmy a nároky okolí. Omezení samostatných vycházek bez dozoru vychovatele vnímala jako velký zásah do svých práv. Adaptace probíhala velmi obtížně. Neustále obviňovala své okolí, ostatní děti z krádeží, nepřátelství, což nebylo prokázáno. Naopak prokázaly se její provokace okolí. Inklinovala k problémovějším typům, spřátelila se se sestrami Ž. Toto spojení nebylo moc dobré, nakonec toto „přátelství“ vyústilo v opakované útky, které trávila nevázaným životem v B. (podle jejích slov – drogové experimenty, prostituce). Po návratech z útěků byla střídavě nespolupracující (agresivní, konflikty s ostatními děvčaty, po kterých byla přemístěna pro agresivitu na samostatný pokoj) a zdánlivě či účelově spolupracující (komunikovala s výchovnými pracovníky, pracovala, zapojovala se do činností).

Při pohovorech verbalizovala negativní emoce k příteli matky, patrná určitá žárlivost, intolerance, vnímala ho jako soupeře ve vlastním vztahu s matkou. Sobecky prosazovala vlastní zájmy, snažila se svým jednáním vzbudit u matky pocit viny z jejího umístění v ústavním zařízení.

Po sérii útěků od září do listopadu 2009 byla Alena po domluvě s matkou převezena domů. Matka chtěla, aby Alena přestala utíkat, tak si přála vyzkoušet, zda pobyt doma bude mít na ni nějaký pozitivní vliv. Alena si plnila povinnou školní docházku v bydlišti, kdy jí byl pobyt doma prodlužován ve 14 denním intervalu. Pracovníci příslušného OSPOD vykonávali nad průběhem dovolenek intenzivní dohled.

Ve druhém pololetí školního roku 2009/2010 se znovu vyskytly negativní projevy, matka hlásila útěk na PČR, dne 15.7.2010 ji přivezla zpět do zařízení. Alena hovořila o tom, že nějakou dobu pobývala u přítele M.T., s nímž udržuje poměr. V srpnu realizovala několik úteků ke svému příteli. Při jednom zadržení vychovatelkou byla nutná i asistence policie, z důvodu agresivního chování Aleny.

V srpnu 2010 byla potvrzena její gravidita, termín porodu byl určen na duben 2011. Alena byla z tohoto důvodu přemístěna v rámci zařízení na oddělení pro nezletilé těhotné a matky s dětmi. Na toto oddělení přišla s nejistou prognózou a pověstí notorické útěkářky. Těhotenství ji však natolik změnilo, že došlo i k výraznému posunu v chování i myšlení. Postupně upravila vztahy s rodiči. O rodičích se zmiňovala jenom v dobrém, ztotožňovala se s jejich názory a přiznávala své pochybení. Dobře si uvědomovala, že přes všechna její selhání, jí poskytují potřebné zázemí, finanční a hmotné zabezpečení a opět jí podávají pomocnou ruku. Komunikace s údajným otcem dítěte měla sestupnou tendenci a postupně téměř ustala. Jejich vztah byl od počátku disharmonický, telefonické hovory spočívaly v dohadování, osočování a obviňování.

Od září 2010 nastoupila Alena do prvního ročníku SŠ v rámci zařízení - obor Kuchař-číšník se zaměřením kuchař.

V březnu 2011 se Aleně narodila dcera Eva. Zpočátku byla Alena nejistá při koupání, ale za pár dnů se z ní stala šikovná, zručná mamina, která se velmi rychle naučila samostatně o dcerku pečovat a velmi pěkně se k ní chovala. S otcem své dcery nekomunikovala a nejsou spolu v kontaktu.

Velkým nedostatkem v Alenině povaze je silná ovlivnitelnost negativními jedinci k negativním projevům. Vždy toho upřímně lituje, slibuje nápravu, ale příště se nechá opět zlákat. Dalším nešvarem je přenášení různých nepodložených a nepravdivých informací, pomluv, libování si v konfliktních situacích. Celkově jsou v Alenině chování velké výkyvy. K závažnějším přestupkům patří opakované kouření na budově, lhaní, úporné zapírání, podvodné jednání, drobné krádeže. Nedaří se ji ovlivnit a vést k pravdomluvnosti, upřímnosti a sebekritickému náhledu na vlastní osobu. Neustále sleduje dění a chování ostatních matek, vnáší do něj své myšlenky a dohady, nepravdivě informuje a vnáší neklid mezi skupiny i mezi dívky na své skupině.

Důležitým úkolem pro Alenu bude zaměřit se na zvýšení zodpovědnosti za dceru Evičku, kterou často nemá pod svou kontrolou, na zlepšení péče o ni z hlediska nabídky podnětů, zatím není ochotna se jí v osobním čase dlouhodoběji věnovat.

Opakovaně je Alena usměrňována k lepšímu hospodaření s finančními prostředky. Neumí šetřit a upřednostňovat priority. Toto bude jejím problémem i nadále.

V současné době se Alena soustavně připravuje na budoucí povolání, je studentkou třetího ročníku učebního oboru Kuchař-číšník se zaměřením kuchař. Tento obor si sama zvolila a vcelku ji baví.

Hodnocení třídní učitelky

Alena je v teoretických předmětech značně pasivní, vyznačuje se velkou leností a nezodpovědností. Do školy chodí často nepřipravena. Alena absolvovala barmanský kurz, což svědčí o tom, že když chce, je schopna zvládnout větší celek učiva.

Na pracovištích odborného výcviku je oblíbená pro svoji vstřícnost a nekonfliktní povahu. V kolektivu je poměrně oblíbená, lehce se dá strhnout k negativním projevům.

Shrnutí a prognóza

Alena se bouřila proti své rodině, hlavně proti nevlastnímu otci. Postupem času a hlavně, když se sama stala matkou, si uvědomila, že bez svých rodičů a jejich pomoci, se v životě neobejde. Tento posun je důležitý i pro její dceru Evičku. Alena přestala upřednostňovat jenom svoje potřeby a věnuje se své dceři. Prognóza jejich dalšího soužití je dobrá.

	ano	ne
Funkční rodinné prostředí		x
Návykové látky v rodině	x	
Kriminalita nezletilé matky	x	
Užívání NL dříve (před otěhotněním)	x	
Užívání NL během těhotenství	x	
Nezl. matka při porodu pod vlivem NL		x
Nezl. matka o dítě pečuje	x	
Dítě v dětském centru		x

Tabulka č.5 Shrnutí kazuistiky 4

Kazuistika 5

Uvedení do problematiky

Tamara V. byla do zařízení umístěna v březnu 2011, a to na základě ústavní výchovy nařízené Okresním soudem v O. v květnu 2010 a Rozhodnutí o přemístění vydaným DDÚ O. březen 2011. Důvody k nařízení ústavní výchovy – nerespektování

matky jako výchovné autority, pozdní příchody domů, toulky, krádeže, styk se závadovou partou, experimentování s drogami, problémové chování ve škole, záškoláctví.

Osobní anamnéza

Tamara se narodila v srpnu 1995. Její matce bylo tehdy devatenáct let a otci dvacet dva roky. Tamara má ještě o čtyři roky mladší sestru, která bydlí u matky. Manželství rodičů bylo v roce 2004 rozvedeno.

V roce 2007 se začaly u Tamary objevovat závažnější výchovné problémy (nerespektování matky, pozdní příchody domů, toulání, stýkání se s nevhodnými kamarády), které následně vedly k umístění nezletilé do Střediska sociální prevence v O. Po tříměsíčním pobytu mělo Tamařino chování stále zhoršující tendenci. Začala se dopouštět neomluvených absencí.

Od října 2009 do ledna 2010 byla na doporučení pedopsychiatra Tamara hospitalizována v Dětské psychiatrické léčebně Š. – maladaptivní porucha chování pubertální dívky, toulání, experimenty s THC, záškoláctví a krádež. Ani v tomto zařízení nerespektovala Tamara autoritu dospělých a byla vůči personálu agresivní (i brachiální agrese). Tamara byla medikována.

V březnu 2010 byla Tamara přijata na diagnostický pobyt do DDÚ O. Od května 2010 byla přemístěna do DDŠ Š. Zde byla celou dobu medikována až do doby, kdy byla zjištěna její gravidita.

Rodinná anamnéza

Matka Tamary žije v rodinném domku v O. s přítelem, který byl dříve léčený na abúzus alkoholu. Ona sama nepracuje, ani není vedena na ÚP. Matka byla adoptována, léčena v PL K. pro anxiózní poruchu, dodnes se sebepoškozuje ostrými předměty na předloktí. Matka matky byla ve výchově dominantní, dodnes svou dceru nerespektuje a podkopává její autoritu, což má na Tamaru neblahý vliv. Otec pracuje v P. a s Tamarou se stýká nepravidelně asi jednou za čtvrt roku. Dceru si nebere domů, ale ke svým rodičům, protože má strach, aby ho nenařkla ze sexuálního obtěžování.

Diagnostický ústav

Tamara se po příchodu do zařízení chovala velmi suverénně. Po počátečním demonstrativním nechutenství následovaly různé podvody. Její projevy byly velice

vulgární. Do kolektivu dětí nezapadla především pro své hrubé až agresivní ataky vůči nim. Její sociální inteligence je na nízké úrovni. Na veřejnosti se chovala hlučně, sebevědomě a upozorňovala na sebe nemístnými poznámkami.

Autoritu dospělého nerespektovala, neměla problém ani s fyzickým kontaktem, když nebylo momentálně po jejím.

Tamara neadekvátně reagovala na zátěžové situace, její reakce byly často zkratkovité. Tyto situace řešila i demonstrativním sebepoškozováním.

Poněvadž Tamara měla zkušenosti s drogami (užívání marihuany pro ni není ničím neobvyklým, přiznala se i ke konzumaci halucinogenních drog), navštěvovala „K - centrum“. Její reakce byla pozitivní, klidná, rozpovídala se o svých zážitcích. Když byla v dobré náladě, spolupracovala.

Tamara měla ambivalentní vztah ke své matce. Byla šťastná, když matka telefonovala, na druhou stranu na ni byla hrubá. Stejně tak se chovala ke své babičce.

Ve škole také patří mezi nejproblémovější žáky. Je hlučná, nevyrovnaná, konfliktní, má neadekvátní reakce, vulgární, agresivní, vyhrožování fyzickým násilím jak vůči dětem, tak dospělým, osobní invectivy, negativistické chování. Mnoho dětí se jí bálo, raději jí ustoupily, nebo udělaly, co chtěla. Vyhledávala chlapce a některým se podbízel, inklinuje k problémovým žákům. Má velmi problémový vztah k autoritám.

Psychologické vyšetření

Pubertální dívka, tělesná vyspělost neodpovídá věku, vypadá starší, pohledná, neklidná.

Aktuální intelektové schopnosti neverbální se pohybují v pásmu mírného nadprůměru. V samostatné práci bezproblémová, snaživá, motivovaná snahou uspět.

Osobnost hyperaktivně akcentovaná, rozvíjející se na podkladě dysfunkčního rodinného (výchovného) prostředí.

Tamara je zvýšeně těkavá, neposedná, roztržitá. Celkově pracuje s výrazným psychomotorickým neklidem, emoční labilitou a citovou deprivací.

Dívka vykazuje výrazné tendence jednat impulzivně, v doprovodu s emotivní nestálostí, bez hlubšího uvážení následků. Opakovaně se sebepoškozuje, ventiluje tak své napětí, bolest. V rozhovorech otevřeně mluví o myšlenkách na suicidium.

Vnitřně je velice citlivá až přecitlivělá, vztahovačná a impulzivní ve svých reakcích na vnímané útoky vůči své osobě.

Má problémy v komunikaci s běžnou autoritou, vzdoruje. Snaží se na sebe poutat pozornost nevhodnými způsoby. V chování nevyzpytatelná, rychlá a nestabilní v reakcích. Má blízko ke smíchu i pláči. Nízké sebevědomí posiluje agresivními výpady. Ukazuje neadekvátní zlostné reakce, ztrátu sebekontroly.

Tamara potřebuje intenzivní psychoterapeutické vedení.

Výchovný ústav, dětský domov se školou, střední škola, základní škola a školní jídelna, oddělení pro nezletilé těhotné a matky s dětmi

Tamara přišla v březnu 2011 z DDS Š, a to na oddělení pro nezletilé těhotné a matky s dětmi – vzhledem ke své graviditě, za účelem přípravy na porod, mateřství.

S kolektivem dívek se dlouho nemohla sžít, velkou překážkou byla její snad i částečně hraná sebejistota, vulgarita, kolektivem nepochopený humor. Má dlouhodobě výrazné problémy s respektováním autority, snaží se na sebe upoutat pozornost, a to i určitým psychickým nátlakem.

V květnu 2011 porodila Tamara krásnou, zdravou holčičku Sárinku. Starala se o ni dobře, ale nebyla smířená s tím, že dceru nemůže vychovávat doma se svým přítelem. Počítala s variantou porodu a i následného pobytu doma. Nepěknou roli zde sehrála matka Tamary, která projevila zájem o zrušení ústavní výchovy u dcery. Během soudního jednání v této věci však vzala svůj návrh zpět. Tamaře pak podávala mylné informace, údajně to soud zamítl z důvodu špatných posudků z ústavu (zaměňovala i podle potřeby, ze kterých ústavů to mělo být) a že se proti rozsudku již nelze odvolat. Tamara tuto situaci těžce zvládala.

Přítel (otec dítěte) jezdí na návštěvy pravidelně každý víkend. O Tamaru i dceru projevuje výrazný zájem, plánují společné soužití, i když jejich partnerství je velice bouřlivé. Během pobytu ji také postupně navštívili rodiče a babičky. Největší zájem o vnučku i o její matku projevuje paní M., matka přítele Tamary, která zajišťuje veškerou péči a dohled o obě, jejich dopravu a plné zabezpečení při dovolenkách. Tamara však na svoji tchýni žárlí, bere ji jako sokyni ve vztahu k Sárince, a ne jako babičku.

I v našem zařízení se Tamara projevovala jako osobnostně nezralá, ačkoli tělesně působí starším dojmem. Vnitřně je velice citlivá až přecitlivělá, vztahovačná a impulzivní ve svých reakcích. Tamara je rozporuplná osobnost, nevyrovnaná, nespokojená, své jednání často nekontroluje a dává průchod výrazným emocím, které několikrát vyústily ve vzájemné fyzické napadení s dalšími dívkami. Na základě těchto skutečností byla obnovena medikace na psychiatrii. V průběhu však bylo zjištěno, že ji

Tamara neužívá pravidelně (v době dovolenek), což zapříčinilo větší destabilizaci jejího stavu.

V současnosti je Tamara zapojená do terapeutické skupiny, spolupracuje s psychologem i se speciálními pedagogy i individuální formou, ambulantně léčena na psychiatrii. Potřebuje opravdu intenzivní, individuální a pravidelný kontakt s odborníky.

Hodnocení vychovatelky

Tamara nepřispívá ke klidné atmosféře na skupině. Konfliktní situace řeší emotivně. Neshody jsou patrné i ve vztahu s přítelem, který ji pravidelně navštěvuje. Návštěva jen málokdy proběhne bez hádek a obviňování.

Tamara těžce nese nezájem matky, i když na povrch působí arogantně, uvnitř je zranitelná, nešťastná, citově strádá.

Tamara se velmi slušivě obléká i líčí, je mimořádně čistotná. K dobrým vlastnostem rozhodně patří dobrosrdečnost. Ke zlovykům patří kouření. V průběhu dovolenek se také Tamara vrátila k občasnému užití THC.

Svou dceru má vnitřně velmi ráda, ale občas její reakce tomu neodpovídají. O svou dceru pečuje pod dohledem a vedením výchovných pracovníků a zdravotních sester.

Je vedena k samostatnosti, stále však potřebuje pomoc, dohled a vedení. Její péče o dceru je odrazem vlastního emocionálního naladění, je-li v pohodě, věnuje se dceři plně, v případě nepohody potřebuje větší pomoc.

Hodnocení třídní učitelky

Tamara navštěvuje Střední školu obor Kuchař. Studijní povinnosti si neplní příliš svědomitě, příprava není pravidelná, chybí aktivita a ctižádostivost.

V hodinách odborného výcviku je pracovitá, snaživá, čistotná. K práci přistupuje zodpovědně, svědomitě. Spolehlivě vykoná zadanou práci, zatím je však nutný dohled. Je schopná nechat si poradit pedagogickým pracovníkem. Tamara trpí výkyvy nálad, což způsobuje konflikty se spolužáky.

Pokud sama projeví zájem, má předpoklady dokončit studijní obor.

Shrnutí

Tamara vyrůstala v nepodnětném rodinném prostředí, s psychicky nevyrovnanou matkou. Vzájemně neuspořádané rodinné vztahy zanechaly na Tamaře hluboké stopy.

Tamara je rozporuplná osobnost, nevyrovnaná, nespokojená, projevuje se psychomotorickým neklidem, emoční labilitou a citovou deprivací. Všechny tyto její obtíže se promítají i do vztahu k dceři, který je velmi komplikovaný. Svou dceru má vnitřně velice ráda, ale občas nezvládá svoje emoce a její reakce tomu neodpovídají.

Bojuje s okolím o přízeň Sárinky, žárlí na každého, na koho se Sárinka více usměje, nebo s kým si víc hraje, ale potom se stává, že si jí vůbec nevšímá, i když to malá potřebuje.

Ústavní výchova zatím plní svůj účel, Tamaře je poskytována potřebná terapeutická pomoc, zabezpečeno její vzdělávání, podpořena mateřská role a podobně. Je otázkou, zda zvládne všechny nástrahy normálního života bez těchto opor.

	ano	ne
Funkční rodinné prostředí		x
Návykové látky v rodině	x	
Kriminalita nezletilé matky	x	
Užívání NL dříve (před otěhotněním)	x	
Užívání NL během těhotenství	x	
Nezl. matka při porodu pod vlivem NL		x
Nezl. matka o dítě pečuje	x	
Dítě v dětském centru		x

Tabulka č.6 Shmutí kazuistiky 5

Kazuistika 6

Uvedení do problematiky

Nezletilá Klára D. byla do zařízení umístěna v listopadu 2008 na základě nařízení ústavní výchovy Městským soudem v B. ze dne 11.3.2008 a Rozhodnutí o přemístění ze dne 10.11.2008 vydaným DDÚ B.

Osobní anamnéza

Klára se narodila v říjnu 1995 jako druhá nejstarší ze sedmi sourozenců. Otci bylo v té době 21 a matce 18 let. Fyziopsychologický vývoj byl v normě, v rodových dispozicích jsou všichni zdraví. Již od září 2006 není panna, vyšetřováno policií. Klára má široké sexuální zkušenosti, byla prodávána do aut dospělou osobou. Z policejních výsledků je patrné, že u ní docházelo k násilnému sexuálnímu styku. Experimentovala s návykovými látkami, tvrdými drogami – heroinem.

Problémy s Klárou začaly v červnu 2007. Opakovaně byla v pozdních nočních hodinách zadržena PČR venku. Přespávala u závadových občanů, v rodině, kde se

užívají drogy. Kláru zde před rodiči zapírali. Ona sama nechtěla být doma, protože tam nebyla spokojená, musela hlídat mladší sourozence, když rodiče odešli. Proto byla nařízením OSPOD v září a říjnu 2007 umístěna ve Středisku sociální pomoci dětem v B. Zde byl doporučen pobyt v zařízení s režimem a dohledem. Rodiče s takovým umístěním souhlasili.

Rodinná anamnéza

Rodiče Kláry spolu žijí jako druh a družka a celkově mají sedm dětí. Otec byl několikrát v NÚ, pracuje pouze příležitostně. Matka je stále na mateřské dovolené. Výchova dětí leží hlavně na matce, protože otec se doma příliš nezdržuje. Rodina bydlí v bytě, který matka dostala jako sociálně potřebná. Atributem rodiny je výrazná insuficience, kdy trvale dominuje patologické prostředí. Nejstarší děti Igor a Klára již dlouhodobě kradou. Matka v mnohých případech nechce, nemůže a ve většině případů ani neumí uspořádat rodinu do funkčního rámce.

Diagnostický ústav

Adaptace proběhla relativně velice rychle. Klára přilnula k dalšímu děvčeti, které přišlo ve stejnou dobu. Jejich náklonnost se projevovala i taktilně, všude se držely za ruce. Velmi se vzájemně ovlivňovaly, a to v pozitivním i negativním smyslu. V kolektivu byla Klára konfliktnější. Je velmi snadno manipulovatelná, často má potřebu černobíle posuzovat děvčata a hledat si mezi nimi nějakého nepřítele. Dopustila se i napadání dívek. Její šarvátky jsou hodně verbálně agresivní, ale někdy i tak fyzicky závažné, že je nutný zásah vychovatele. Záminky pro tyto střety bývají velmi malicherné. K chlapcům je Klára naopak velmi vstřícná, jeví zájem o jejich pozornost, a tu si někdy kupuje rozdáváním dárků.

Původní nechuť k vlastní rodině se v průběhu pobytu změnila v touhu po kontaktu s ní. Kontakt s rodinou je však nespolehlivý, často slibuje návštěvy, na které se potom nedostaví. To vše se odráží v náladě Kláry a v jejím chování.

Vychovatele i učitele respektuje Klára velmi dobře. Je vděčná za individuální kontakt, i když je někdy natolik uzavřená, že vyhledává spíše samotu. Bývá náladová, někdy je živá a hodně komunikuje, jindy je zamklá, smutná, kontaktu se vyhýbá.

Psychologické vyšetření

Dospívající osobnost citově deprivovaná, emočně labilní, s menší schopností navazovat reálné sociální vztahy (také nebezpečí dalšího zneužívání), s pocity vlastní malé hodnoty, s malou schopností zvládat zátěž, která pak působí zmatek. Disponovaná k opoziční reaktivitě. Je velmi snadno ovlivnitelná.

V písemném projevu výrazný projev dysortografických obtíží. Čtení pomalé, bez schopnosti zachytit obsah čteného. Rozumové schopnosti v průměru.

Klára má velké problémy s jídlem. Odmítá jíst v přítomnosti jiných dětí či dospělých. Dokáže téměř nic nesníst třeba celý víkend. V době, kdy byla umístěna z důvodu nemoci na zdravotní izolaci, tak naopak jedla přes míru. Bude nutné umožnit jí jíst mimo kolektiv a zajistit psychologickou, popřípadě psychiatrickou pomoc.

Výchovný ústav, dětský domov se školou, střední škola, základní škola a školní jídelna, oddělení pro nezletilé těhotné a matky s dětmi

Klára je v zařízení od listopadu 2008. Na počátku projevovala nechuť podřizovat se režimu zařízení. Pro Kláru jsou typické velké výkyvy v chování. Opakovaně prochází fázemi zakřiklosti, podřízenosti, spolupráce, zarputilosti, útěků. Je velice náladová, stavy klidu a spolupráce střídají stavy velké nepohody a rozladěnosti. Důvodem jejího negativního ladění bývají hlavně vztahové problémy – s kolektivem dětí na skupině, s rodiči, „přáteli“. Od všech očekává, že budou jednat podle jejích pravidel, a není-li tomu tak, uchyluje se k nesmyslným protestům. Vyhrožuje demolováním zařízení, sebepoškozováním, útekem, přestane jíst... Po zklidnění je milá, vstřícná, optimisticky laděná. Na spolubydlící nahlíží velmi kriticky. Nevyhýbá se slovním ani fyzickým atakům.

Největším problémem u Kláry jsou návraty z dovolenek. Ještě ani jednou se nevrátila včas, vždy byla nahlášena na útěk. Po návratu do ústavu trpí steskem po domově. Měla neustálé střídání nálad. Buď byla plačtivá, projevovala se vzdorovitě, vyhrožovala útekem a sebepoškozováním, nebo byla v dobré náladě, velmi aktivní, vstřícná, zapojovala se do všech skupinových aktivit.

Na základě psychické nevyrovnanosti byla Klára umístěna v únoru 2010 v Dětské psychiatrické léčebně V.B. a do ústavu jezdila na dovolenky. Od září pak byla Klára zase jenom v ústavním zařízení.

Klára hodně trpí nezájmem rodičů, má pocit, že ji nemají tolik rádi jako ostatní sourozence. Kontakt s rodinou je udržován hlavně z její strany, kdy sama za svoje peníze volá domů. Matka volá méně.

Klára patří mezi nejpořádnější děvčata na ústavu. Když provádí úklid, je realizován velmi pořádně a s úžasnou pečlivostí. Osobní hygiena je v pořádku, o svůj vzhled se stará velmi dobře. Pokoj má vždy perfektně uklizený, osobní věci v pořádku. Bohužel má špatný pohled na vztah mezi mužem a ženou. Nepřipadá jí divné, že má několik vztahů naráz a diví se, že jsou na ni kvůli tomu ostatní nazlobení a žárlí.

V jejím chování je zaznamenáno mnoho negativních projevů, jako je pravidelné kouření cigaret a THC, užívání heroinu a pervitinu o dovolenkách, časté útěky.

Po jedné svévolně prodloužené dovolence se Klára vrátila s podezřením, že je těhotná, což se hned potvrdilo. Následovalo období neustálých proměnlivých postojů, zda si dítě ponechat, či ne. S přítelem, s nímž otěhotněla, se rozešla a namluvila si jiného, o mnoho let staršího pána. Ten se o ni staral po celou dobu těhotenství, brával si ji na dovolenky. Byl také u porodu, kde všechno pečlivě zaznamenával. Klára v únoru 2012 porodila zdravou holčičku Michalku. Přítel, přestože nebyl otcem dítěte, se nechal zapsat do rodného listu. Klára i s dcerkou trávila dlouhou dobu u svého přítele. Po čase se vrátila zpět do ústavu s tím, že ji přítel týral. Údajně prý byla zavřená v jedné místnosti, nesměla sama chodit ven, nesměla telefonovat, ani se stýkat se svojí rodinou.

Po návratu do zařízení je Klára vedena k samostatné péči o dceru, stále však potřebuje dohled a mnohdy i výpomoc. Je schopna zajistit hygienické potřeby dcery, její i své věci udržuje ve vzorném pořádku a čistotě. Na druhou stranu je mnohdy rozkolísaná, občas hovoří i o tom, že je pro ni dcera přítěží, což pak prokazuje i svým jednáním vůči ní – křik, třes s dítětem, zacpávání úst rukou a výhrůžky. Během jedné z těchto epizod svěřila dceru do péče vychovatelky, aby jí dle vlastních slov úmyslně neublížila. Po uklidnění situace si znovu dítě převzala do své péče.

Klára opakovaně uvádí, že je silně emocionálně rozladěná ze situace, v níž se dlouhodobě nachází, chybí jí intenzivnější styk s její rodinou. Ani se vztahem se svým přítelem není spokojená a velmi často mění názory i v tomto směru (od společného soužití s přítelem, odevzdání dítěte do péče dětského centra, návrhu na vymazání přítele z rodného listu dítěte, plánování vlastní svatby s přítelem, rozchodu s ním, setrvání v zařízení, až po návrat k rodičům).

Klára patří svým jednáním, postojem a projevy k nejproblémovějším matkám. Často je labilní, podrážděná, se špatným přístupem k sobě i dítěti. Odmítala stravu,

pokusila se o sebepoškození – řezání na zápěstí, je vzdorovitá, vulgární, kouřila v budově, opustila budovu oknem. Vyhržovala, že si sáhne na život, což také demonstrativně předvedla.

Po návratu z jedné dovolenky u přítele, který ji přivezl, musela asistovat i policie, poněvadž Klára odmítala vystoupit z auta, vyhrožovala, že si něco udělá, byla cítit alkoholem. V noci se budila s křikem, měla halucinace. V následujících dnech měla představy, že ji někdo pronásleduje a usiluje jí o život. V této době neměla zájem o dceru, poskytovala jí jenom nejnntnější péči.

V současné době je Klára opět v péči psychiatra, má předepsané léky. Na kontroly chodí pravidelně, ale i dle zvážení aktuálního psychického stavu. Její psychika je do velké míry ovlivněna tím, co právě prožívá a po čem touží. Poslední dobou její psychické stavy vyžadovaly cílenější návštěvy u psychiatra.

Hodnocení třídní učitelky

Klára je zařazena do oboru vzdělávání - Provozní služby. Studijní výsledky Kláry jsou průměrné, je schopná logického myšlení, stejně jako uchování učiva v paměti. Získané poznatky dovede využít v praxi. Nescházejí ani zájem, snaha a ctížádost, chybou však jsou velké výkyvy v úsilí, a tím i jejich výkonech, které jsou dány častými změnami jejích nálad. Tyto výkyvy a změny nálad jsou ovlivněny jejím vztahem k partnerovi, a nelze říci, že jde o vliv pozitivní.

Při praktických činnostech je Klára velmi šikovná, pečlivá, snaživá, pracuje samostatně. Práci si umí dobře zorganizovat, opět ovšem závisí na její momentální náladě.

Klára je kamarádká, často velmi dobrosrdečná. Pokud má dobrou náladu, dovede být velmi velkorysá, je otevřená dobře míněné radě dospělých. V případě psychické nepohody jedná zkratkovitě, tvrdohlavě si stojí na svém, a není schopna si uvědomit důsledky svého jednání.

Shrnutí a prognóza

Klára vyrůstala v nefunkční rodině, kde na výchovu všech sedmi dětí zůstávala jenom matka, ta na ni však nestačila, což poznamenalo Klářin vývoj.

Pro Kláru jsou typické velké výkyvy v chování. Je velice náladová, stavy klidu a spolupráce střídají stavy velké nepohody a rozladěnosti. Bylo nutné přistoupit i k léčbě u psychiatra. Klára je nebezpečná nejen sama sobě, ale i dceři. Zde se projevuje

rozkolísanost vztahu k dceři, kdy ji někdy velice miluje, pečlivě se o ni stará, ale potom ji nechce ani vidět a zajišťuje pro ni jenom nejnütnější péči.

Prognóza dalšího vývoje bude příznivá jedině za těch podmínek, že se Klára vyrovná sama se sebou, srovná vztahy s přítelem a rodinou, na které jí stále pořád velice záleží.

	ano	ne
Funkční rodinné prostředí		x
Návykové látky v rodině	x	
Kriminalita nezletilé matky	x	
Užívání NL dříve (před otěhotněním)	x	
Užívání NL během těhotenství	x	
Nezl. matka při porodu pod vlivem NL		x
Nezl. matka o dítě pečuje	x	
Dítě v dětském centru		x

Tabulka č.7 Shrnutí kazuistiky 6

4.3 Analýza výzkumných tezí

Z vypracovaných kazuistik vyplývá následující:

T1: Nezletilé matky neužívaly návykové látky během těhotenství ani po porodu.

Teze 1	potvrzena	zčásti potvrzena	nepotvrzena
kazuistiky 1			x
kazuistiky 2			x
kazuistiky 3			x
kazuistiky 4			x
kazuistiky 5			x
kazuistiky 6			x
celkem			6x

Tabulka č.8 Analýza výzkumné teze č.1

V případě první kazuistiky se při analýze výsledků šetření první teze **nepotvrdila**. Nezletilá matka užívala návykové látky během těhotenství i po porodu. Přes veškerou snahu pedagogických pracovníků a osvětu zdravotnického personálu se nepodařilo matku přesvědčit, že je to pro ni i její nenarozené dítě škodlivé.

V případě druhé kazuistiky se při analýze výsledků šetření první teze **nepotvrdila**. Nezletilá matka užívala návykové látky během těhotenství i po porodu.

V jejím případě se jednalo i o dobu během porodu, kdy byla podle lékařské zprávy pod vlivem heroinu.

V případě třetí kazuistiky se při analýze výsledků šetření první teze **nepotvrdila**. Nezletilá matka užívala návykové látky během těhotenství i po porodu. Působení všech pracovníků ústavu se nesetkalo s žádnou odezvou. Nezletilá matka si nepřipouštěla, že by se jí nebo jejímu dítěti mohlo něco stát.

V případě čtvrté kazuistiky se při analýze výsledků šetření první teze **nepotvrdila**. Nezletilá matka užívala návykové látky během těhotenství i po porodu, nenechala si vysvětlit, nepřipouštěla si, že by nemusela být ani ona, ani její dítě zdravotně v pořádku.

V případě páté kazuistiky se při analýze výsledků šetření první teze **nepotvrdila**. Nezletilá matka užívala návykové látky během těhotenství i po porodu. I v tomto případě se jednalo o lehkovážnost nezralé matky, která si nepřipouští možnost následků nezodpovědného jednání.

V případě šesté kazuistiky se při analýze výsledků šetření první teze **nepotvrdila**. Nezletilá matka užívala návykové látky během těhotenství i po porodu. Zde se jedná také o lehkovážný přístup ke svému zdraví i zdraví dítěte, nemůže se přece nic stát.

T2: Rodina spolupracuje s výchovným ústavem na řešení problému závislostního chování u nezletilé matky.

Teze 2	potvrzena	zčásti potvrzena	nepotvrzena
kazuistiky 1			x
kazuistiky 2			x
kazuistiky 3			x
kazuistiky 4		x	
kazuistiky 5		x	
kazuistiky 6			x
celkem		2x	4x

Tabulka č.9 Analýza výzkumné teze č.2

V případě první kazuistiky se při analýze výsledků šetření druhá teze **nepotvrdila**. Rodina s výchovným ústavem na řešení problému závislostního chování u

nezletilé matky nespolupracovala, ani se o tyto problémy nezajímala. V jejím závislostním chování ji víceméně podporuje.

V případě druhé kazuistiky se při analýze výsledků šetření druhá teze **nepotvrdila**. Rodina s výchovným ústavem na řešení problému závislostního chování u nezletilé matky nespolupracovala a dodnes se o tyto problémy nezajímá, naopak by se dalo podle dostupných informací doložit, že ji v jejím závislostním chování podporuje a toleruje.

V případě třetí kazuistiky se při analýze výsledků šetření druhá teze **nepotvrdila**. Rodina s výchovným ústavem na řešení problému závislostního chování u nezletilé matky nespolupracovala a nikdy se o tyto problémy nezajímala. I u této dívky platí, že ji rodina víceméně v jejím závislostním chování podporuje

V případě čtvrté kazuistiky se při analýze výsledků šetření druhá teze **zčásti potvrdila**. Rodina s výchovným ústavem na řešení problému závislostního chování u nezletilé matky spolupracovala a o tento problém se zajímala. Z velké části se podařilo závislostní chování ovlivnit a potlačit, ale v závislosti na tabáku se to bohužel nepodařilo.

V případě páté kazuistiky se při analýze výsledků šetření druhá teze **zčásti potvrdila**. Rodina přítele (vlastní takový zájem nemá) s výchovným ústavem na řešení problému závislostního chování u nezletilé matky spolupracovala a velice se o tento problém zajímala. Vzájemnou spoluprací se podařilo z velké části závislostní chování zmírnit nebo úplně potlačit.

V případě šesté kazuistiky se při analýze výsledků šetření druhá teze **nepotvrdila**. Rodina s výchovným ústavem na řešení problému závislostního chování u nezletilé matky nespolupracovala a celkově se o tento problém nezajímala. Dívka velice trpí nezájmem své rodiny a snaží se ji nějakým způsobem, i když nevhodným, upoutat.

T3: Preventivní opatření výchovného ústavu se významně podílí na řešení drogové problematiky u nezletilých matek.

Teze 3	potvrzena	zčásti potvrzena	nepotvrzena
kazuistiky 1			x
kazuistiky 2			x
kazuistiky 3			x
kazuistiky 4	x		

kazuistiky 5	x		
kazuistiky 6	x		
celkem	3x		3x

Tabulka č.10 Analýza výzkumné teze č.3

V případě první kazuistiky se při analýze výsledků šetření třetí teze **nepotvrdila**. Preventivní opatření výchovného ústavu na řešení drogové problematiky se u nezletilé matky minulo účinkem. Dívka se nedokázala vzdát svých potřeb a přání, i přesto, že ví, že ztratí svého syna, nadále upřednostňuje svoje zájmy.

V případě druhé kazuistiky se při analýze výsledků šetření třetí teze **nepotvrdila**. Preventivní opatření výchovného ústavu na řešení drogové problematiky se u nezletilé matky minulo účinkem. Dívka je ještě velmi mladinká, dává přednost svým potřebám a vlastně i její rodina ji v jejím chování podporuje. Role matky do tohoto životního stylu nezapadá a dítě by pro ni bylo jenom překážkou.

V případě třetí kazuistiky se při analýze výsledků šetření třetí teze **nepotvrdila**. Preventivní opatření výchovného ústavu na řešení drogové problematiky se u nezletilé matky také minulo účinkem. Dívka pod silným vlivem svého přítele a kamarádek, částečně také rodiny, užívá si volného života a nebere ohled na svého syna, který je na ni silně citově vázán a čeká.

V případě čtvrté kazuistiky se při analýze výsledků šetření třetí teze **potvrdila**. Preventivní opatření výchovného ústavu se významně podílelo na řešení drogové problematiky u nezletilé matky. Dívka přestala upřednostňovat svoje zájmy a začala se věnovat své dceři.

V případě páté kazuistiky se při analýze výsledků šetření třetí teze **potvrdila**. Preventivní opatření výchovného ústavu se významně podílelo na řešení drogové problematiky u nezletilé matky. Drogy neovládají její život, ale přesto je zde mnoho jiných faktorů, které jí jej komplikují. Přesto všechno se o svou dceru stará.

V případě šesté kazuistiky se při analýze výsledků šetření třetí teze **potvrdila**. Preventivní opatření výchovného ústavu se významně podílelo na řešení drogové problematiky u nezletilé matky. V současné době drogy neovlivňují její život, ale její rozkolísaná psychika. Podle toho také pečuje o svou dceru.

T4:Výchovný ústav přispěl k úspěšnému řešení závislostního chování u nezletilé matky.

Teze 4	potvrzena	zčásti potvrzena	nepotvrzena
kazuistiky 1			x
kazuistiky 2			x
kazuistiky 3			x
kazuistiky 4		x	
kazuistiky 5		x	
kazuistiky 6		x	
celkem		3x	3x

Tabulka č.11 Analýza výzkumné teze č.4

V případě první kazuistiky se při analýze výsledků šetření čtvrté teze **nepotvrdila**. Přes velkou snahu se výchovnému ústavu nepodařilo přispět k úspěšnému řešení závislostního chování u nezletilé matky. Negativní vliv na toto snažení měly časté a dlouhodobé útoky ze zařízení.

V případě druhé kazuistiky se při analýze výsledků šetření čtvrté teze **nepotvrdila**. Také v tomto případě se výchovnému ústavu nepodařilo přispět k úspěšnému řešení závislostního chování u nezletilé matky. Překážkou byly časté a dlouhodobé útoky ze zařízení.

V případě třetí kazuistiky se při analýze výsledků šetření čtvrté teze **nepotvrdila**. Výchovnému ústavu se nepodařilo přispět k úspěšnému řešení závislostního chování u nezletilé matky, poněvadž i v jejím případě byly hlavní překážkou časté a dlouhodobé útoky.

V případě čtvrté kazuistiky se při analýze výsledků šetření čtvrté teze **zčásti potvrdila**. Výchovný ústav přispěl k částečnému úspěšnému řešení závislostního chování u nezletilé matky.

V případě páté kazuistiky se při analýze výsledků šetření čtvrté teze **zčásti potvrdila**. Výchovný ústav přispěl k částečnému úspěšnému řešení závislostního chování u nezletilé matky.

V případě šesté kazuistiky se při analýze výsledků šetření čtvrté teze **zčásti potvrdila**. Výchovný ústav přispěl k částečnému úspěšnému řešení závislostního chování u nezletilé matky.

4.4 Možnosti prevence závislostního chování u nezletilých matek

Základním principem preventivní strategie je osvojování základních kompetencí v oblasti zdravého životního stylu, prevence a rozvoj dovedností, které vedou k odmítání negativních jevů (závislostní chování, sebepoškozování, projevy agresivity, porušování zákona).

Dalším významným prvkem k prevenci sociálně patologických jevů i závislostního chování a podpoře zdravého životního stylu jsou sportovně zaměřené aktivity, s velkým důrazem na kolektivní sporty.

Velkou motivací je snaha navázat spolupráci s dívkami v rámci činnosti terapeutické skupiny zaměřené na zneužívání návykových látek, dále pak terapie jednotlivých výchovných skupin i speciální individuální aktivity. Za účelem většího důrazu na využívání expresivních terapeutických technik se v letošním školním roce buduje terapeutická místnost na oddělení pro nezletilé těhotné a matky s dětmi. Potom bude probíhat postupné zavádění konkrétních expresivních terapeutických aktivit do speciálně pedagogických činností v rámci výchovné činnosti jednotlivých skupin.

Hlavním cílem prevence je vést matky k tomu, aby návykové látky v budoucnosti nevyhledávaly, či aby je neužily. Při práci je proto kladen důraz na následující činnosti:

- učíme je řešit konfliktní situace;
- vedeme je ke schopnosti odmítat činnosti, které by mohly mít negativní důsledky;
- posilujeme sebedůvěru matek;
- informujeme je o následcích užívání drog;
- klademe důraz na to, že užívání návykových látek během těhotenství způsobují plodu dítěte vývojové vady (přednášky, pohovory, videa);
- podporujeme mimoškolní činnost, záliby a jiné aktivity.

Všechny problémy nezletilých matek je potřeba řešit ve vzájemné spolupráci s jejich rodiči popřípadě i partnery, otci jejich dětí. Ne vždy se však setkáváme s ochotou spolupracovat. Jsou zde i jiné důvody proč to nejde jako je velká vzdálenost od místa trvalého bydliště, vlašný přístup k výchově, neshody mezi partnery atd., to vše ztěžuje práci nejen v oblasti výchovy matek a jejich dětí, ale také prevence. (Drahozalová, L., 2012)

4.5 Diskuse

Ve své diplomové práci se autorka věnovala problematice závislostního chování. Na prezentaci šesti kazuistik nezletilých matek se autorka pokusila upozornit na závažnost a hloubku důsledků závislostního chování. Při zamyšlení nad příčinami nezodpovědného jednání těchto dívek si autorka uvědomila, že hlavním důvodem je nefunkční rodinné prostředí a nezáměr rodiny o problémy a jejich řešení. Pokud se rodina aspoň trochu zajímá o svou dceru, tak je patrné, že snaha o vymanění ze závislostního chování, i když částečně, se setkává s kladnou odezvou. Je to patrné na dvou příkladech kazuistik nezletilých matek. Ve třech případech se potvrdilo, že preventivní opatření výchovného ústavu má velký vliv na řešení drogové problematiky, a zároveň se výchovný ústav podílí na úspěšném řešení závislostního chování u nezletilých matek. Zpráva je to velice významná, poněvadž tento úspěch má velký dopad na děti těchto matek. Je nutné se prevencí a řešení problémů závislostního chování intenzivně věnovat. K tomu je nezbytný individuální a citlivý přístup, a pokud je to možné, co největší funkčnost rodiny.

V možnostech prevence se rozkrývá široká nabídka činností a různých aktivit, které pomáhají odbourat či zmírnit závislostní chování. Veškerá snaha je marná, pokud se sama dívka-matka nerozhodne se svou závislostí něco udělat. Zde se odkrývá široké pole působení všech pedagogických a zdravotních pracovníků výchovného ústavu, aby nezletilé matky přesvědčili, že jejich úsilí není zbytečné.

Závěr

Problematika závislostního chování je velice aktuální téma, které se prolíná celou naší společností. Objevují se nové typy závislostí, které ovlivňují náš každodenní život. Problematika zneužívání návykových látek těhotnými ženami je zcela novým a společensky závažným jevem. Ve své práci vychovatelky se autorka setkává s nezletilými těhotnými a nezletilými matkami, u kterých je projev závislosti o to závažnější, že už mají, nebo brzy budou mít dítě.

Autorka zpracovala šest kazuistik, ze kterých jasně vyplývá, že na počátku všech problémů nezletilých matek stojí nefunkční rodinné prostředí. Je to podnět k rozvoji dalších potíží těchto dívek, který končí ústavní nebo ochrannou výchovou. Výchovný ústav se těmto nezletilým matkám snaží podat pomocnou ruku a v rámci preventivních opatření co nejvíce eliminovat vliv závislostního chování. Úspěchy jsou samozřejmě střídavé, záleží i na snaze děvčat, což dokládají i tři kazuistiky klientek, u nichž se podařilo vyřešit drogovou problematiku. Znovu je nutné upozornit, že to má i velký dopad na jejich děti.

Musíme si uvědomit, že zavírat oči před problémy závislostního chování není možné. Každá podaná pomocná ruka je velice důležitá. Je to o to důležitější, že tímto způsobem můžeme ovlivnit životy další generace dětí.

Resumé

Autorka se v diplomové práci zabývá problematikou závislostního chování a jeho vlivem na nezletilé matky ve výchovném ústavu.

Teoretická část diplomové práce se zaměřuje na vysvětlení základních pojmů, adiktologickou problematiku a je zde uveden stručný přehled jednotlivých závislostí.

Praktická část je uvedena metodickými poznámkami a charakteristikou vybraného zařízení, kde autorka pracuje jako skupinová vychovatelka. Cílem diplomové práce je zjistit a popsat vliv závislostního chování na způsob života nezletilých těhotných a nezletilých matek s dětmi žijících ve výchovném ústavu v Moravském Krumlově a možnosti preventivní péče.

V diplomové práci je prezentováno šest kazuistik nezletilých matek poznamenaných problematikou závislostního chování. Je zde vyhodnocena jejich situace a prognóza dalšího vývoje. Je potřeba si uvědomit, že tyto dívky už nejsou samy, ale mají svoje děti a způsobem svého života výrazně ovlivňují jejich budoucnost.

Summary

The author of the diploma thesis deals with the issue of the addictive behaviour and its influence on teenage mothers in the Institutional Treatment Institute.

The theoretical part is focused on the characteristic of basic concepts, the issue of the addictology and types of the addictive behaviour.

The practical part contains methodological notes and a characteristic of the selected institution where the author works as an educator. The aim of this thesis is to find out and describe the influence of the addictional behavior on the way of life of teenage pregnant women and teenage mothers living with their children in the Institutional Treatment Institute in Moravský Krumlov. The author is also concerned with possibilities of the preventive care.

In the diploma thesis, there are presented six case studies of teenage mothers affected by the issue of the addictive behaviour. This thesis evaluates life situations of teenage mothers and its next development. It is needed to realize that these girls have a responsibility not only for themselves but for their children too. They also have influence on the future of their children by the way of their own life.

Seznam použité literatury:

1. BÉM, P., KALINA K. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003 ISBN 80-86734-05-6.
2. FISCHER, S., ŠKODA, J. Sociální patologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
3. Fišerová, M. *Odvykací syndrom - Neurobiologické aspekty*. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003 ISBN 80-86734-05-6.
4. FROUZOVÁ, M. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti*. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003 ISBN 80-86734-05-6.
5. GÖHLERT, F.CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1.vyd. Praha: Euromedia Group, 2001, 144 s. ISBN 80-7202-950-9.
6. HAJNÝ, M., KLOUČEK, E., STUHLÍK, R. *Akta Y*. Praha: Votobia, 1999, 121s. ISBN 80-7220-022-4
7. HELLER, J., PECINOVSKÁ O. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, 1996, 162s. ISBN 80-7169-277-8
8. ILLES T. *Děti a drogy*. 1. vyd. Praha: ISV, 1999, 46 s. ISBN 80-85866-50-1
9. JELLINEK, E.M. *The disease concept of alcoholism*. 1.ed. New Haven: Hilthouse Press, 1960, 246s. ISBN -.
10. KALINA, K. *Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy*. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003 ISBN 80-86734-05-6.
11. KALINA, K., *Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog*. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1.vyd. Úřad vlády České republiky, 2003 ISBN 80-86734-05-6.
12. KRÁLÍKOVÁ, E. *Tabák a závislost na tabáku* in KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003 ISBN 80-86734-05-6.
13. KRCH, F.D. *Mentální anorexie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, 234 s. ISBN 80-7178-598-9.

14. KRCH, F.D., RICHTEROVÁ I. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1.vyd. Praha: MOTTO, 1998, 96 s. ISBN 80-85872-86-2.
15. KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*, 1.vyd. Praha: Portál, 2007, 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2.
16. KUDRLE, S. *Bio-psycho-socio-spirituální model jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci* in KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti I*. 4. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003 ISBN 80-86734-05-6.
17. KÜHNELOVÁ, J. *Vliv patologických závislostí na matku v prenatálním období a na následný vývoj dítěte*. Bakalářská práce, Pdf MU Brno, 2009
18. LIBRA, J. *Nízkoprahová kontaktní centra*. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1.vyd. Úřad vlády České republiky, 2003 ISBN 80-86734-05-6.
19. MÜHLPACHR, P. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: MU, 2009, 194 s. ISBN 978-80-210-4550-7.
20. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 160 s. ISBN 0-7178-515-6.
21. NEŠPOR, K. *Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami*. In KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003 ISBN 80-86734-05-6.
22. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše dítě*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997, 84 s. ISBN -.
23. NEŠPOR, K., CSÉMY L. *Alkohol, drogy a vaše dítě*. 5. vyd. Praha: BESIP, 2003, 83 s. ISBN -.
24. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4.vyd. Praha: Portál, 2011, 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
25. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. Praha: Sportpropag, 1996, 156 s. ISBN-.
26. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí Časná a krátká intervence*. Praha: Sportpropag, 1998, 104 s. ISBN neuveden.
27. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag, 1999, 40 s. ISBN neuveden.

28. NOVÁKOVÁ, D. *Přednášky, besedy a interaktivní programy ve školách*. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1.vyd. Úřad vlády České republiky, 2003 ISBN 80-86734-05-6.
29. PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995, 87 s. ISBN 80-85800-25-X.
30. PRESLOVÁ, I. *Závislé matky s dětmi*. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1.vyd. Úřad vlády České republiky, 2003 ISBN 80-86734-05-6.
31. PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7.
32. SCHMIDT, W. *Mezinárodní terminologický slovník zdravotní výchovy*. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1992, 117 s. ISBN -.
33. SKALÍK, I. *Primární prevence zneužívání drog: úrovně, formy, metodologické principy*. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1.vyd. Úřad vlády České republiky, 2003 ISBN 80-86734-05-6.
34. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002, 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
35. VOJTOVÁ, V. *Podmínky edukace dětí s poruchami emocí nebo chování*. In PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 178 s. ISBN 80- 7315-120-0.
36. ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1997, 206s. ISBN 80-7184-203-6

Internetové zdroje:

1. Závislost: Ostrov radosti [on line] Cit. dne 2013- 01-10 Dostupné na www: <<http://www.ostrovzl.cz/prevence/zavislost/>>
2. Sananim – Drogová poradna/ o drogách obecně [on line] Cit. dne 2013- 01-10 Dostupné na www: <<http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>>
3. Rozdělení konzumentů alkoholu, pijáků – Alkoholik.cz [on line] Cit. dne 2013-01-10 Dostupné na www: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/rozdeleni_konzumentu_alkoholu_pijaku.html>

4. Aspekty dětského pití alkoholu a potenciální závislosti na něm (alkoholismu) – Alkoholik. cz [on line] Cit. dne 2013-2-05 Dostupné na www:
<http://www.alkoholik.cz/zavislost/deti_a_alkohol/aspekty_detskeho_piti_alkoholu_a_potencionalni_zavislosti_na_nem_alkoholismu.html>
5. MLČOCH Z. Seminární práce do psychiatrie [on line] Cit. dne 2013- 2-5 Dostupné na www: <http://www.alkoholik.cz/stary_web/index.htm>
6. Experimentování, experimentátor /E/ Glosář pojmů/ Info/ drogy – info.cz [on line] Cit.dne 2013 - 02- 10 Dostupné na www:
<http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/e/experimentovani_experimentator>
7. KACHLÍK, P.: *Návykové látky, rizika jejich zneužívání a možná prevence* [on line] Cit. dne 2013 - 03-19 Dostupné na www:
<<http://www.zkola.cz/zkedu/rodiceaverejnost/socialnepatologickejevyajejichprevence/zavislosti/zavislostobecne/15020.aspx>>
8. MŠMT, kolektiv autorů, 2007 Vybrané termíny primární prevence[on line] Cit. dne 2013-2-27 Dostupné na www: <<http://www.ostrovzl.cz/prevence/pouzite-zdroje/>>
9. Vyhláška č.72/2005 Sb. [on line] Cit. dne 2013-3-19 Dostupné na www:
<<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>>
10. VÚDD Moravský Krumlov [on line] Cit. dne 2013-3-22 Dostupné na www:
<<http://www.vuddmoravskykrumlov.cz/kontakt/>>

Seznam tabulek:

Tabulka č.1 Vhodné a nevhodné přístupy v primární prevenci

Tabulka č.2 Shrnutí kazuistiky 1

Tabulka č.3 Shrnutí kazuistiky 2

Tabulka č.4 Shrnutí kazuistiky 3

Tabulka č.5 Shrnutí kazuistiky 4

Tabulka č.6 Shrnutí kazuistiky 5

Tabulka č.7 Shrnutí kazuistiky 6

Tabulka č.8 Analýza výzkumné teze č.1

Tabulka č. 9 Analýza výzkumné teze č.2

Tabulka č.10 Analýza výzkumné teze č.3

Tabulka č. 11 Analýza výzkumné teze č.4

Seznam příloh:

Příloha č.1 Minimální preventivní program VÚDDŠ Moravský Krumlov

**Výchovný ústav, dětský domov se školou, střední škola, základní škola a školní
jídelna,
Moravský Krumlov, Nádražní 698**

**Minimální preventivní program
VÚDDŠ Moravský Krumlov
2012/2013**

Vypracovala:

Mgr. Lucie Drahozalová
metodik prevence SPJ

Schválil:

Mgr. Jan Košíček
ředitel

V Moravském Krumlově dne 29.8.2012

1. Úvod

V poslední době dochází mezi mládeží ke zvýšenému výskytu sociálně patologických jevů, ať je to užívání návykových látek, nebo stále častější vandalismus, šikánování či různé projevy násilného chování. Špatné návyky z rodiny a nedostatek pozornosti od rodičů, nízké sebevědomí a sebeúcta vedou stále častěji k „útěkům“ do skupin se sklony k takovému rizikovému chování. Věková hranice uživatelů se bohužel snižuje, a to někdy až pod 15let. Je proto nutné věnovat pozornost prevenci, která také úzce souvisí se vzdělávacím a výchovným procesem. Tento nelehký úkol by však neměly plnit jen školské instituce. Ve spolupráci s příslušnými zařízeními a samozřejmě hlavně v úzkém kontaktu s rodiči se škola zaměří na mladého jedince, kterého následným působením odkloní správným směrem.

Česká republika se zařadila v posledních letech mezi země, ve kterých alarmujícím způsobem roste nabídka ilegálních drog. Výzkumy i klinické zkušenosti pak jednoznačně ukazují, že kromě nabídky výrazně stoupá i poptávka po drogách. Ve středoškolské populaci velkých městských aglomerací se ukazuje podle řady průzkumů, že přibližně 10 - 20 % (v závislosti na socio-demografických charakteristikách) studentů již experimentovalo s nealkoholovou drogou a přibližně 40 - 50 % z nich ví, kde by si mohli drogu opatřit. Potvrzují se tak obavy, že se užívání návykových látek stává určitým "módním trendem".

2. Charakteristika školy

VÚDDŠ Moravský Krumlov jako typická instituce sociální kontroly poskytuje celé spektrum klientem nevyžádaných služeb dětem a mladým lidem vykazujícím známky poruch chování v úrovni disociality, asociality až antisociality. Obecným cílem poskytovaných služeb je ovlivnění postoje a chování dítěte směrem k vyšší prosociálnosti jeho fungování v reálném životě. K tomuto cíli používá výchovný ústav široké spektrum pedagogických, speciálně pedagogických, poradenských a psychoterapeutických metod. Nejčastěji se používané spektrum metod výchovného ústavu dělí na složku vzdělávací, složku výchovnou a složku poradenskou. Specifický význam výchovného ústavu spočívá v odstraňování závažných nedostatků způsobených

negativními vlivy na dosavadní vývoj dítěte, např. vliv nepodnětného sociokulturního prostředí, nepřiměřené nároky předchozích vzdělávacích institucí, apod.

Cílová skupina:

Cílovou skupinou resocializačního a reedukačního programu jsou děti umístěné ve VÚDDŠ Moravský Krumlov. Jedná se o chlapce i dívky do 18 let, případně zletilé osoby do 19 let, umístěné do VÚDDŠ Moravský Krumlov na základě rozhodnutí soudu o ústavní výchově nebo ochranné výchově nebo o předběžném opatření, jimž zajišťuje náhradní výchovnou péči v zájmu jejich zdravého vývoje, řádné výchovy a vzdělávání.

Děti jsou vesměs nemotivované či pouze negativně motivované pro resocializační cíle zařízení, v zařízení nepobývají dobrovolně, pocházejí z nemotivujícího až problematického sociálního zázemí, jejich mentální dispozice se mnohdy pohybují v pásmu podprůměru, někteří z nich jsou léčeni v psychiatrických zařízeních, mají v anamnéze disociální až asociální či antisociální zkušenost, většina (cca 50-70 %) pochází z etnicky minoritního prostředí.

Rodinná charakteristika :

Rodinné prostředí dětí vykazuje přes velkou variabilitu jednotlivých rodinných systémů základní shodu v těchto obecných charakteristikách: Jedná se o rodiny s atmosférou uzavřenosti a nedůvěry vůči okolnímu (často majoritnímu) světu, tato atmosféra se často projevuje i ve vztahu rodičů vůči dětem, rozdělení odpovědnosti není zřetelné, nekonzistentní a nereflektovaná, postoj k dětem postrádá jasné normy, nebo jsou tyto normy charakteristické pro etnicky či sociálně minoritní prostředí, z kterého rodiny pocházejí a jsou v konfliktu s normami vyžadovanými většinovou společností, v některých případech je vztah k dětem roven zanedbávání či týrání, komunikace v rodině je plná neurčitostí a nedorozumění s vysokou mírou stereotypie, někdy je komunikace částečně nebo úplně zablokována, události a emoce se nereflektují, provoz domácnosti je nezvládnutý, nejsou zajištěny ani základní sociální potřeby dítěte v rodině.

3. Vytýčení sociálně patologických jevů

Primární prevence sociálně patologických jevů u žáků v působnosti MŠMT je zaměřena na:

- a) předcházení zejména následujícím rizikovým jevům v chování žáků:

- záškoláctví,
 - šikana, rasismus, xenofobie, vandalismus,
 - kriminalita, delikvence,
 - užívání návykových látek (tabák, alkohol, omamné a psychotropní látky – dále jen „OPL“) a onemocnění HIV/AIDS a dalšími infekčními nemocemi souvisejícími s užíváním návykových látek,
 - závislost na politickém a náboženském extremismu,
 - netolismus (virtuální drogy) a patologické hráčství (gambling).
- b) rozpoznání a zajištění včasné intervence zejména v případech:
- domácího násilí,
 - týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání,
 - ohrožování mravní výchovy mládeže,
 - poruch příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie).

4. Cíl minimálního preventivního programu

Cílem našeho programu je:

- Omezení rizikových faktorů, které narušují harmonický rozvoj osobnosti.
- Posilování sebedůvěry a odolnosti vůči stresu.
- Vedení ke zdravému způsobu života.
- Formování a upevňování morálních hodnot.
- Vedení k sebeovládání.
- Učení schopnosti sebekontroly a sebereflexe.

Základním cílem primární prevence je *zvýšení odolnosti dětí a mládeže vůči sociálně patologickým jevům.*

Minimální preventivní program VÚDDŠ Moravský Krumlov ve své podstatě úzce souvisí s Plánem výchovně vzdělávací činnosti na školní rok 2012/2013 a Konceptí resocializačního a reedukačního programu VÚDDŠ Moravský Krumlov.

Resocializační a reedukační program:

Vlastní resocializační a reedukační program je rozdělen do 4 základních etap, které sledují život dítěte od jeho přijetí do zařízení až po jeho výstup a fungování v reálném životě. V průběhu celého pobytu dítěte je realizován program osobního rozvoje dítěte nazývaný „**PROGRAM OSOBNÍHO ROZVOJE DÍTĚTE**“, který spojuje a koordinuje všechny oblasti života dítěte v zařízení.

- a) oblast vzdělávací, zahrnující přípravu na budoucí povolání,

- b) oblast výchovná a resocializační zahrnující složku režimovou, edukační, volnočasovou (činnostní terapie), terapii realitou, pracovní terapii,
- c) oblast poradenská zahrnující individuální psychologické poradenství a psychoterapii, skupinové a komunitní poradenství a psychoterapii, doplňkovou (zvl. dynamickou) psychodiagnostiku,
- d) oblast sociální, zahrnuje sociální diagnostiku a sociální práci, kontakt a spolupráci se sociálním okolím dítěte.

Základním cílem VÚDDŠ je realizace reedukace a resocializace dítěte. Reedukace a resocializace vychází z úkolů založených na režimovém systému s využitím individuálního a komunitního přístupu.

Hlavními úkoly VÚDDŠ jsou:

- ovlivnění postojů a chování dítěte směrem k vyšší prosociálnosti
- změna vnitřního psychického vnímání jedince
- úprava chápání vnějšího světa
- nabídka smysluplných programů a činností
- snaha o změnu postojů a chápání sebe sama

5. Analýza současného stavu ve škole

V letošním školním roce zůstává základním principem preventivní strategie na naší škole osvojování základních kompetencí v oblasti zdravého životního stylu, prevence a rozvoj dovedností, které vedou u dětí a mládeže k odmítání všech druhů sebedestruktivního chování, šikaně, projevů agresivity a porušování zákona.

Ze zkušeností i dostupných písemných materiálů (spisů dětí) je zřejmé, že se s konkrétními sociálně patologickými jevy běžně setkávají, a jsou jimi negativně ovlivňovány.

Významným prvkem k prevenci SPJ a podpoře zdravého životního stylu dále budou sportovně zaměřené aktivity – s důrazem na kolektivní sporty.

I v letošním školním roce bude snaha navázat spolupráci s dětmi v rámci činnosti terapeutické skupiny zaměřené na zneužívání návykových látek, dále terapie jednotlivých výchovných skupin, i speciální individuální aktivity. Je třeba větší důraz na využívání expresivních terapeutických technik. Za tímto účelem bude v letošním školním roce vybudována terapeutická místnost na oddělení pro nezletilé těhotné a matky s dětmi. Dále bude probíhat postupné zavádění konkrétních

expresivních terapeutických aktivit do speciálně pedagogických činností v rámci výchovné činnosti jednotlivých skupin.

6. Zaměření MPP VÚDDŠ Moravský Krumlov v konkrétních bodech

1. Učit děti trávit volný čas, důraz klást na podporu a rozvoj zálib a zájmů prostřednictvím zájmových kroužků, hudební školy, apod.; učit je aktivně odpočívat, zdravě soutěžit, vzájemně komunikovat.
2. Usilovat o aktivní zapojení dětí při přípravě a realizaci preventivních opatření a podporovat zavádění preventivních programů.
3. Edukovat a korigovat zdravé sociální vztahy, systém hodnot dětí, věnovat náležitou pozornost optimalizaci sociálního a psychického prostředí, všestrannému rozvoji osobnosti dětí.
4. Sledovat projevy zneužívání návykových látek a ostatní sociálně patologické jevy (patologické hráčství, šikanování, vandalismus, brutalita, rasismus, kriminalita a další) a navrhnout cílená opatření.
5. Respektovat zákaz nošení, držení, distribuce a zneužívání návykových látek v prostředí VÚDDŠ i mimo něj. Porušení standardně řešit, zajišťovat informovanost rodičů.
6. Protidrogovou problematiku, zdravý životní styl, celkově prevenci sociálně patologických jevů zahrnout i do RVP, tematických plánů.
7. Využívat postřehů a problémů dětí týkajících se drog a sociálně patologických jevů k vzájemné konzultaci a to nejen v rámci konzultačních hodin s preventistou, schránky důvěry, ale i prostřednictvím individuálního, skupinového, komunitního, krizového poradenství, psychoterapie.
8. Uskutečňovat programy s dětmi zaměřené na zdravý životní styl, drogovou problematiku, sociálně patologické jevy.
9. Informovat prostřednictvím nástěnky s protidrogovou tematikou.
10. Uskutečňovat besedy a programy s renovovanými pracovníky v oblastech drogové problematiky, zdravotnictví, právního vědomí, apod.
11. Pro reedukační činnost využívat možností videotéky, knihovny s protidrogovou tematikou.
12. Využívat možnost sportovní realizace dětí jako formu nabídky aktivní činnosti.

13. Zainteresovávat děti meziústavními sportovními, zájmovými a uměleckými činnostmi.
14. Učit děti smysluplnému využívání volného času, rozvíjet jejich zájmy, zapojovat je do zájmových kroužků a zajistit tak jejich rozvoj v konkrétních oblastech.
15. Při přípravě dětí na resocializaci uplatňovat metody sociálního učení.
16. Zajistit nabídku vzdělávání pedagogů formou studia, kurzů, atd.

7. Koordinace preventivních aktivit

Za koordinaci preventivních aktivit na škole odpovídá metodik prevence sociálně patologických jevů. V rámci své činnosti připravuje Minimální preventivní program a jeho realizaci ve spolupráci s ostatními pedagogickými pracovníky. Metodik prevence sociálně patologických jevů úzce spolupracuje s výchovným poradcem, etopedem, psychologem, třídními učiteli a skupinovými vychovateli, asistenty vychovatelů, sociální pracovníci, zdravotními sestrami, dále s dalšími odborníky, institucemi a organizacemi.

8. Spolupráce s rodiči

Problémy je třeba řešit ve vzájemné spolupráci s rodiči dětí. Rodiče jsou informováni o situaci a problémech dítěte (písemná hodnocení, kontakt s kurátorem a sociálním pracovníkem, telefonické kontakty s pracovníky zařízení...apod.). Bylo třeba větší zapojení rodičů do řešení této problematiky, ale tento bod se stále zcela nedaří plnit (větší vzdálenost od místa trvalého bydliště, laxní přístup k výchově dětí, neochota spolupracovat...atd.).

9. Vzdělávání pedagogů

Pedagogové se v rámci svých možností účastní konkrétních aktivit zaměřených na prevenci sociálně patologických jevů, účastní se metodických sdružení, specializovaných programů, seminářů, besed apod., studují dostupnou literaturu atd. Literatura je dostupná v knihovně, případně u metodika. Souběžně bude pokračovat vzdělávání pedagogů v expresivních terapeutických technikách na UP v Olomouci.