

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra sociální práce

**Sociálně patologické jevy u dětí hospitalizovaných
v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši**

Bakalářská práce

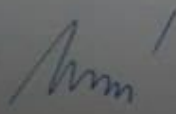
Autor: Denisa Patáková

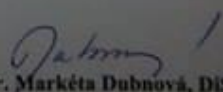
Vedoucí práce: PhDr. Jana Novotná, Ph.D.

Jihlava 2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: Denisa Patáková
Studijní program: Zdravotně sociální péče
Obor: Zdravotně sociální pracovník
Název práce: Sociálně patologické jevy u dětí hospitalizovaných v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši
Cíl práce: Analýza sociálně patologických jevů u dětí hospitalizovaných v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši


PhDr. Jana Novotná, Ph.D.
vedoucí bakalářské práce


Mgr. Markéta Dubnová, DiS.
vedoucí katedry
Katedra sociální práce

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“). Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ. Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo). Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že souhlasím s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.). Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci či jejího využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala paní PhDr. Janě Novotné, Ph.D. za poskytnuté rady a odborné vedení při tvorbě bakalářské práce. Velké poděkování patří personálu Dětské psychiatrické nemocnice ve Velké Bíteši, za poskytnutí důležitých informací nezbytných pro zpracování této práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala dětem hospitalizovaných v Dětské psychiatrické nemocnici, za jejich ochotu a čas.

Anotace

PATÁKOVÁ, Denisa: Sociálně patologické jevy u dětí hospitalizovaných v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Jana Novotná, Ph.D. Stupeň odborné kvalifikace: bakalář. Jihlava 2016. 73 stran.

Cílem této bakalářské práce je zmapovat sociálně patologické jevy u dětí, které jsou hospitalizovány v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí: teoretická a praktická část. Teoretická část práce pojednává o sociálně patologických jevech, zabývá se jejich příčinami, dále popisuje charakteristiku jednotlivých vývojových období dětí, sociální práci s dětmi a práci s dětmi v psychiatrické nemocnici. Praktická část se zabývá konkrétním výzkumem, kde byla využita metoda kvalitativního výzkumu, případová studie. Případová studie se zaměřovala na 9 případů dětí, které vykazovaly známky sociálně patologického chování.

Klíčová slova

Dětská psychiatrická nemocnice, sociálně patologické jevy, případová studie.

Annotation

PATÁKOVÁ, Denisa: Social pathological phenomenon occurred by hospitalized children in Children's Psychiatric Hospital in Velka Bites. Bachelor thesis. College of Polytechnics Jihlava. Department of social work. Supervisor: PhDr.Jana Novotna,Ph.D. Degree of professional qualifications: Bachelor. Jihlava 2016, pages:73

The main goal of this bachelor work is to describe socially pathological phenomenon occurred by hospitalized children in Children's Psychiatric Hospital in Velka Bites. The work is divided into two main parts : theoretical and practical part. The theoretical part of this bachelor work is dealing with socially pathological phenomena, describes the characteristics of individual developmental stages of children, social work with children and with children in psychiatric facilities. In the practical part I was doing concrete research, where I used method of qualitative research, case study. The case study is being focused on nine cases of children who showed signs of pathological social behavior.

Key words

Case study, children's psychiatric hospital, socially pathological phenomena

Obsah

Úvod	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Sociální patologie a sociální deviace	12
1.1 Agresivita a násilí.....	12
1.2 Šikana	14
1.3 Suicidální jednání	17
1.4 Sebepoškozování.....	18
1.5 Drogová závislost	19
1.6 Závislost na alkoholu	21
1.7 Gambling	22
1.8 Syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte	23
1.9 Kriminalita a delikvence	26
2 Vývojová psychologie dítěte	27
2.1 Stadium předškolního dětství	27
2.2 Stadium školního dětství.....	29
2.3 Stadium puberty.....	30
2.4 Adolescence	31
3 Péče o děti v psychiatrických nemocnicích	32
4 Sociální práce s dětmi a mladistvými	33
EMPIRICKÁ ČÁST	35
5 Metodika výzkumu.....	35
5.1 Cíl výzkumu	35
5.2 Výzkumný soubor.....	35
5.3 Realizace výzkumu	36
6 Kazuistiky.....	36
6.1 Kazuistika č. 1- David.....	36
6.2 Kazuistika č. 2- Jan.....	40
6.3 Kazuistika č. 3- Adam	44
6.4 Kazuistika č. 4- Kryštof	48
6.5 Kazuistika č. 5- Lenka	51
6.6 Kazuistika č. 6- Alena.....	55
6.7 Kazuistika č. 7- Radek.....	57
6.8 Kazuistika č. 8 – Lubomír.....	60
6.9 Kazuistika č. 9- Vanda.....	64
7 Závěr.....	68
8 Seznam použitých zdrojů	71

Úvod

*„Teprve tehdy, kdy jsem zakusil od svých
nejbližších lásku za jakýchkoli podmínek,
mohu mít rád sám sebe a sám sebe si vážit.“*

PhDr. Jiřina Prekopová

Děti, co si většina z nás při vyslovení tohoto pojmu vybaví? V našich představách tento pojem symbolizuje něco krásného, něžného, neporušeného, nadějného a tvořivého, co obohacuje náš život. Jsou všechny děti ale tak bezproblémové, jak vykreslují naše představy? Každý z nás potřebuje bezpodmínečnou lásku celý život, ale v dětství je pro nás zcela zásadní. Každý z nás, včetně dětí, se v průběhu života dostává do nejrůznějších situací a problémů, které nás do určité míry ovlivňují. Právě dětství je fáze života, kdy je člověk nejvíce formován a ovlivňován různými vnitřními i vnějšími vlivy. Již v útlém dětství se nespočet dětí setkává s nejrůznějšími druhy sociálně patologických jevů, ať už v rodinném prostředí nebo v okolní, které přijímá za svůj vzor života.

Sociálně patologické jevy jsou škodlivé a nežádoucí jevy, které přímo ohrožují společnost a stabilitu jejího řádu nebo jednotlivé občany. Je to takové chování jedince, které je charakteristické především nevhodným životním stylem, nedodržováním a porušováním zákonů, právních předpisů, sociálních norem, předpisů a etických hodnot. Sociálně patologický jev je chování a jednání jedince, jenž poškozuje zdraví jedince, prostředí, ve kterém žije a ve svém důsledku vede k individuálním, skupinovým a celospolečenským deformacím a poruchám.

Téma sociálně patologické jevy u dětí hospitalizovaných v dětské psychiatrické nemocnici jsem si vybrala z toho důvodu, že právě sociálně patologické jevy jsou velký společenský problém, který je potřeba řešit. Sociálně patologické jevy není možné zcela vymýtit, ale vhodnými zásahy je možné jejich incidenci výrazně ovlivnit. Za cílovou skupinu pro tuto práci byly zvoleny děti hospitalizované v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši. Volba této cílové skupiny byla ovlivněna mou předchozí zkušeností z různých institucí, ve kterých jsem měla možnost do této problematiky nahlédnout. Z těchto institucí mě nejvíce fascinovala dětská psychiatrická nemocnice, na kterou jsem také zaměřila svoji práci.

Tato práce se skládá ze dvou částí, a to z teoretické a empirické. Teoretická část obsahuje popis různých druhů sociálních deviací a sociálně patologických jevů a seznamuje také s příčinami takového chování. Další část teorie obsahuje ontogenetickou psychologii dětí od 3 roku života po dospívání, která odhalí charakteristické znaky jednotlivých vývojových období dětí. Seznamuje také s péčí o děti v psychiatrických nemocnicích a odděleních pro děti a mládež. Empirická část této práce je koncipovaná jako kvalitativní výzkum za použití techniky případové studie (kazuistiky).

Primárním cílem práce je zmapovat sociálně patologické jevy u dětí v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši. Výzkumný soubor je tvořen dětmi hospitalizovanými právě v této nemocnici.

Tato bakalářská práce lze využít jako přínos informací pro sociální pracovníky, kteří se zajímají o dané téma nebo jako materiál do teorie i praxe pro studenty sociální práce a příbuzných oborů. Výsledky kazuistiky mohou sloužit jako užitečné informace pro sociální pracovníky, přicházejícími s těmito dětmi do styku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Sociální patologie a sociální deviace

Sociální patologie je souhrnné označení nezdravých, abnormálních, a obecně nežádoucích společenských jevů. Sociální patologie se zabývá zákonitostmi takových projevů chování, které společnost posuzuje jako nežádoucí, protože porušují její sociální, morální či právní normy. (Fischer, Škoda 2009)

Do sociálně patologických jevů se dnes řadí kriminalita a delikvence, patologické závislosti, sebevražednost, prostituce a pohlavní nemoci, patologie rodiny, xenofobie a rasismus a agresivita a šikanování. (Lachytová, 2011)

Aby bylo chování konformní, musí existovat vnitřní i vnější kontrola. Vnitřní kontrola se vyskytuje u toho, kdo má osvojeny individuální kodexy příslušného chování. To může být ovlivněno pozitivním sebehodnocením, silou ega, mírou frustrační tolerance nebo pocitu sociální odpovědnosti. Kodexy správného chování se vytváří v procesu socializace. Vnější kontrolu, která ovládá chování jedince, plní vrstevníci, přátelé, rodiče, nebo lidé, se kterými je dotyčná osoba v blízkém kontaktu. Mohou to být také soudy, policie, vězení a psychiatrické nemocnice jako speciální orgány a instituce, které byly vytvořeny za účelem dosáhnout konformity chování jednotlivce. (Mühlpachr, 2002)

1.1 Agresivita a násilí

Agresivní chování z pohledu sociální patologie je definováno jako porušení sociálních norem, jako chování, které omezuje práva a narušuje celistvost sociálního okolí. U jedinců, jenž trpí zejména psychotickými poruchami a poruchami osobnosti, se může jednat o značnou četnost a intenzitu výskytu agresivního chování. V takovém případě se může jednat o symptom konkrétní poruchy. (Fischer, Škoda 2009)

V knize Agresivita a kriminalita školní mládeže je agresivita definována: „*Agresivita je útočnost, postoj nebo vnitřní pohotovost k agresí. V širším slova smyslu se takto označuje schopnost organismu mobilizovat síly k zápasu o dosažení nějakého cíle a schopnost vzorovat těžkostem.*“ (Martínek, 2009)

Agrese je charakterizována jako napadení, útočné nebo výbojné jednání, projev nepřátelství k nějakému objektu, úmyslný útok na překážku, osobu, předmět stojící v cestě nebo chování, které má za cíl fyzicky nebo verbálně ublížit jiné osobě. (Kopecká, 2011)

1.1.1 Druhy agresivity

a) Zlostná agresivita

Zlostná agresivita je reaktivní forma agresivního chování. Může se jednat o vyjádření odplaty, jenž je reaktivní, jde o jednání, které je pro společnost nebezpečné. Do tohoto typu agresivity patří projevy zášti a nenávisti a cílené způsobování bolesti. Takové chování přináší vnitřní uspokojení. (Fischer, Škoda 2009)

b) Instrumentální agresivita

Instrumentální agresivita je vědomá a promyšlená. Slouží jako prostředek k dosažení cíle (většinou majetkový), ublížit někomu je až druhotný cíl. (Kopecká, 2011)

c) Spontánní agresivita

Tento typ agresivity je charakteristický patologií agresivního chování, kdy způsobení bolesti přináší emocionální uspokojení a uspokojení potřeb, někdy potřeb, které jsou abnormální a patologické. (Fischer, Škoda 2009)

1.1.2 Příčiny agresivity a násilí

Podle Fischera a Škody (2009) má každý člověk k agresivnímu chování vrozené dispozice, které jsou individuální. Tyto dispozice jsou důležité k obraně a uchování vlastního teritoria. Jsou také potřebné k vybudování společenské hierarchie. (Fischer, Škoda 2009)

Příčiny agresivního chování mohou také spočívat v geneticky podložené biologické abnormalitě, jestliže se dítě chová extrémně agresivně a u zbytku rodiny není zaznamenáno žádné patologické chování.

Genetický faktor také nelze vytěsnit ani u rodiny, kde se členové rodiny chovají agresivně. V tomto případě ale nelze eliminovat společný faktor prostředí. Další příčinou agresivního chování může být dosahování cíle. Pokud rodiče a vychovatelé dítěti ustupují, když dítě se vztekem něco požaduje, poznává, že touto cestou cíle dosáhne vždy a tento vzorec chování upevňuje do dospělosti.

Příčinu agresivity také může způsobit organické poškození mozku. Další faktor agresivity sehrává tzv. „výchovná slepota“ rodičů, kdy rodiče chování svého dítěte svádějí na školu, na jeho kamarády, nevidí u svého dítěte žádný problém. Od narození dítěte je nejdůležitější pevná vazba mezi ním a matkou. Pokud se mu tato potřeba nedostane, plodí se v něm úzkost a tím i útočnost a dráždivost. (Martínek 2009)

1.2 Šikana

Šikana je definována jako dlouhodobé, úmyslné a často opakované jednání jednotlivce či skupiny vůči jinému členu skupiny s použitím agrese a manipulace. (Matoušek, Kroftová 2003)

Šikana se může projevovat jako fyzická agrese s používáním zbraní, nebo jako slovní agrese se zastrašováním zbraněmi (např. vyhrožování zabitím, mučením, násilím, a to i anonymně, např. po telefonu). Šikana může být také nepřímá, formou ničení, krádeží a manipulací věcmi šikanovaného. Aktéři šikany mohou na šikanované používat násilné a manipulační příkazy v podobě nucení čistit agresorům boty, uklízet za ně, mýt záchody a podobně. Do forem šikany se také řadí izolace šikanovaného působené ignorací, odsekáváním nebo pomlouváním. (Matoušek, Kroftová 2003)

O šikanu se jedná v případě, že je aktérem využita větší síla, než má sám šikanovaný. V tomto případě se nejedná pouze o sílu fyzickou, ale také psychickou. Ten, komu je ubližováno, většinou vyzařuje navenek signály slabosti. Bývá to osoba, která je zaražená, často nedokáže se spolužáky přirozeně komunikovat, stojí v pozadí, může být i drobně fyzicky odlišná. Takové dítě se velice často stává terčem nemístných žertů, nadávek, urážek, je nuceno psychicky silnějšímu sloužit, nechá se jím manipulovat nebo vydírat. (Martínek, 2008)

1.2.1 Vývojová stádia šikany

1) Ostrakismus

Ostrakismus představuje první fázi šikany, kdy agresori neublíží oběti fyzicky, pouze oběť vyčlení z kolektivu. Členové kolektivu se s obětí nebaví, nikdo jí neodpoví na pozdrav, a když, tak pouze hanlivou poznámkou. Oběť najednou poznává, že není ve třídě nikdo, s kým by mohla sedět, každý jí odmítá. Poznámky kolektivu jsou oběti nepříjemné, proto se zpočátku snaží bránit. Ve většině případů se u oběti z ničeho nic a velice rychle horší prospěch. Tyto děti jsou v hodinách stáhnuty do svého světa, přemýšlí o vlastní vině, nedokáží pochopit, proč se k nim celá třída chová odmítavě. (Lovasová, 2006)

2) Fyzická agrese a psychická manipulace

Tato fáze šikany se nejčastěji objevuje, když třída prochází náročným obdobím, jako je uzavírání klasifikace. Agresori si potřebují toto napětí vykompenzovat, a oběť je v tomto případě vhodným prostředkem. Šikanující chování může být způsobeno také konkurenčním bojem a v některých případech agresor oběti ubližuje jenom proto, že se nudí a utrpení oběti pro něho znamená zábavu a vytržení ze všední nudy. V této fázi již začíná bití oběti, kopání, silné slovní urážky, oběť začíná být nucena k drobným úkolům agresora. Oběť začíná u klasického záškoláctví, přes somatizaci, projevující se bolestmi hlavy, břicha apod., až po různé formy sebepoškozování. Za takové chování bývá často svým okolím kritizována. (Martínek, 2008)

3) Vytvoření jádra

V této fázi si zcela jasně začínají agresori uvědomovat, že mají převahu nad obětí, mohou s ní manipulovat, jak chtějí a nikdo to nezjistí. Agresori rovněž začínají ovlivňovat celý kolektiv, tak, že jim dávají ultimátum. V této fázi jsou již všichni členi kolektivu do jisté míry zodpovědní za chování, které vůči oběti ve třídě probíhá. Všichni už o ubližování vědí, nikdo se však oběti nezastane. (Kolář, 2005)

4) Vytvoření norem

Oběť je stále více tlačena do podřízené pozice, třída se začíná rozdělovat na vládce a poddané. Jedinec se již nebrání v ubližování, v některých případech dokonce začne své trýznitele obdivovat, ochotně plní jejich příkazy a často to sama bere jako legraci. U oběti dochází k paradoxnímu chování. Oběť začne ve třídě vyrušovat, dělá vše proto, aby se agresorům zavděčila a aby je pobavila. Pro učitele je toto chování naprosto nepochopitelné. Čím je vyšší stadium šikanování, tím je týrání skrytější, záluďnější, ale zároveň hrubší, agresivnější a nebezpečnější. (Martínek, 2008)

5) Totalita

Normy kolektivu jsou již jasně nastaveny, vládnou agresori, ostatní je poslouchají. Všichni se agresorů zastávají, včetně oběti. Celá třída se chová podle pokynů agresorů, kteří mnohdy nemluví, ale vysílají pouze neverbální signály, které jsou pro třídu zcela čitelné. Agresorům nic nezabrání ubližovat obětem, formy ubližování jsou v extrémních případech tak agresivní a hrubé, že hrozí těžké ublížení na zdraví, v nejhorším případě i smrt oběti. (Martínek, 2008)

1.2.2 Příčiny šikany

Kopecká (2011) ve své knize uvádí, že nejčastěji šikanují chlapci, kteří vyrůstali v chladném a odmítavém rodinném prostředí. Agresorem ale může být také bývalá oběť. Obětí se většinou stává dítě, jenž nemělo možnost naučit se obranným postojům.

Dítě může být také šikanováno za to, že je nejtlustší, nejhubenější, nejpomalejší, nejšikovnější, nejneohrabanější, nebo za to, že trpí tělesným postižením. Na takový stav reagují agresivitou nebo naopak velkou poddajností. To vede k emočním následkům na jejich budoucí vztahy a chování. (Geldard, 2008)

1.3 Suicidální jednání

Suicidium (sebevražda) znamená vědomé a záměrné ukončení vlastního života. Suicidální chování zahrnuje mimo dokonalé sebevraždy také suicidální pokusy, záměry, myšlenky a představy. Mnoho osob, které se o suicidium pokusí, může mít ambivalentní postoj k životu. Může chtít žít, ale zároveň zemřít. Důležitou roli hraje volba způsobu sebevraždy. (Škoda, Fischer, 2009)

O suicidium se pokouší především mládež v rozmezí 15-19 let většinou ve zkratkovitém jednání, pramenící z nesprávného hodnocení reálné životní situace. (Lachytová, 2011)

Nejvíce dokonaných sebevražd spáchají muži od 18-30 let. Dívky trpí více depresemi a také se častěji pokouší o sebevraždu, ale většinou používají metody, které mají méně tragické následky. Dívky častěji žádají o pomoc, pokud tíživou životní situaci nezvládají samy, než muži. (Carr-Gregg, 2012)

Sebevražedné chování nevzniká náhle, ale postupně. Myšlenky na smrt zpočátku nemají konkrétní obsah, jedinec se jim brání. Následují suicidiální tendence, kterým se už dotýčný nebrání, ale má k nim ještě ambivalentní postoj. V další fázi začíná přemýšlet o nejvhodnějším způsobu smrti. Rozhodnutí o realizaci může člověka uklidnit a na okolí tak působí zlepšení stavu jedince. (Marková a kol., 2006)

1.3.1 Příčiny suicidálního jednání

Podle Mühlpachra (2002) se se specifickými motivy sebevražd setkáváme u dětí a mladistvých, kteří jednají impulzivně a zkratkovitě, proto jsou příčiny sebevražd velmi subjektivní a souvisejí s nedostatečnou rozvahou a zhodnocením situace. Tato skupina volí především otravu jedem, oběšení, skok z výšky, podřezání žil, skok pod vlak nebo zastřelení.

V některých případech se také můžeme setkat se suicidálním jednáním u jedinců, jenž se na sebe snaží z různých důvodů upozornit. Tyto situace nastávají především u osob, u nichž není naplněna potřeba sounáležitosti a lásky. U jedinců, kde není naplněna potřeba materiální nebo potřeba bezpečí a jistoty, se může jednat o pouhou demonstraci, ta může nabývat charakteru vydírání druhých lidí. S touto problematikou se často

setkáváme ve výchovných zařízeních a ve věznicích. V tomto případě je nutné odlišit, zda se jedná o demonstrativní pokusy emočně nestabilní nebo histriónské osobnosti z důsledku reakce na nudu, zda jde o citové vydírání personálu, nebo skutečné rozhodnutí ukončit svůj život jako řešení závažné situace. (Fischer, Škoda, 2009)

Příčiny mohou být vázány také na různé psychiatrické syndromy, hlavně na psychotické nebo afektivní poruchy. Často souvisejí poruchami osobnosti, které jsou specifické, jako je hraniční osobnost nebo osobnost s disociálními rysy. Riziko sebevraždy zvyšuje abusus drog. (Mühlpachr, 2002)

Nejvyšší riziko sebevražedného jednání nesou sociální faktory a to zejména v adolescenci a rané dospělosti. Nejčastěji je příčina sebevražedných pokusů konflikt v rodině. Další rizikové situace lze zaznamenávat ve školních problémech a v konfliktech s vrstevníky nebo partnerských vztazích. (Fischer, Škoda, 2009)

1.4 Sebepoškozování

„Sebepoškozováním se v psychiatrii označuje komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky, jehož cílem není smrt, a které lze naopak nejlépe chápat jako maladaptivní odpověď na jinak nezvládnutelný akutní a chronický stres.“ (Platznerová, 2009, str. 11)

Pro mladé lidi je sebepoškozování způsobem, jak se vypořádat s velkým emocionálním vypětím. Některé skupiny lidí, které se sebepoškozují, tento jev vnímají jako pomyslný ventil, kterým vypouští svoje emoce ven. Jiní sebepoškozování chápou jako mechanismus zvládání stresu. Někteří jedinci nemají dostatek slovní zásoby k vyjádření svých myšlenek a pocitů, a tak vyjadřují svoje emoce sebepoškozováním. (Carr-Gregg, 2012)

Lidé, kteří netrpí duševním onemocněním, se mohou poškozovat za účelem získat nějaké výhody nebo se vyhnout nepříjemné povinnosti nebo situaci. Ti, kteří trpí duševní poruchou, se ve většině případů sebepoškozují následkem jejich stavu. Mentálně postižení lidé se prostřednictvím kousání se nebo narážením hlavy do zdi snaží dát najevo svůj neklid a neuspokojené potřeby. (Fischer, Škoda, 2009)

1.4.1 Rizikové skupiny populace sebepoškozováním

Do rizikových skupin patří osoby pohlavně zneužívané, sexuálně či tělesně týrané, protože obvykle mají negativní vztah k vlastnímu tělu, jenž vnímají jako poskvřené. Sebepečkozování tak má být trestem pro tělo. Často bývá sebepečkozování zvláště kruté na místech, které je s traumatem spojeno. K sebepečkozování mají obecně sklony spíše ženy, protože mají větší tendence k sebeobviňování než muži. Problémy vnímají mnohem osobněji. Další skupinou jsou mladí lidé, jenž nemají dostatek zkušeností s postupy, jak problémy řešit. Někdy také jde o to, aby nějakým způsobem dokázali určitý stupeň dospělosti. V těchto případech volí sebepečkozování na místě, kde vědí, že je nemůže ohrozit na životě. Další skupinou jsou psychicky nemocní jedinci, jenž se sebepečkozování projevuje v době, kdy cítí hněv nebo hněv s depresí. (Fischer, Škoda, 2009)

1.5 Drogová závislost

Drogová závislost je patologický jev, který je vyvolaný častým užíváním omamných látek. Tyto látky vyvolávají fyzickou i psychickou závislost a ta se častým užíváním prohlubuje v těžkou závislost. Závislost zasahuje do všech oblastí života jedince, zejména do zdravotní sféry, finanční nesoběstačnosti, kriminální kariéry, do mezilidských vztahů a může končit smrtí. (Kopecká, 2011)

Fyzická závislost rozvíjí nepříjemné tělesné příznaky jako je např. třes, pocení, křeč nebo průjem po vysazení nebo náhlém snížení návykové látky. Trvá několik dnů, maximálně týdnů. Psychická závislost je charakteristická touhou po opětovném užití návykové látky za účelem navodit si příjemný pocit a trvá mnohem déle než fyzická. (Fischer, Škoda, 2009)

Podle Barnardové (2011) nelze jednoznačně určit, proč se u jednoho dítěte rozvine problém s drogami a u druhého ne. Bezprostřední blízkost drog ale hraje důležitou roli z hlediska zvýšeného rizika zahájení drogové kariéry.

Pro vznik závislosti na návykových látkách je charakteristický proces komplexních změn v somatické, psychické i sociální oblasti. Tento proces nevzniká náhle, ale probíhá v jednotlivých po sobě jdoucích fázích. (Fischer, Škoda, 2009)

1.5.1 Fáze závislosti na návykových látkách

- 1) **Experimentální stadium** je charakterizováno jako občasné užití drog, které pro jedince přináší příjemné a dosud neznámé prožitky. Droga jedinci pomáhá uniknout z reality, povinnosti je snazší zvládnout než dříve. Škodlivé účinky jedinec nebere v potaz, protože zatím nejsou patrné. Před okolím lze experimenty dobře utajit, pokud se v této fázi experimentování podchytí, lze škodlivého užívání zanechat.
- 2) **Stadium příležitostného užívání** je typické užíváním drogy za účelem pomoci od osobní nebo sociální nouze či nudy. Vzhledem k tomu, že jedinci na společenském okolí ještě záleží, užíváním drogy se tají, protože si je vědom nesprávnosti svého chování.
- 3) **Stadium pravidelného užívání** se charakterizuje častějšími dávkami drogy, jedinec stále popírá rizika spojená s užíváním drogy. Jedinec ztrácí zájmy, přestává mu záležet na okolí, přátelí se s lidmi, kteří užívají drogy také.
- 4) **Stadium návyku** je motivováno pouze k droze. Jedinec nemá žádné sociální vazby kromě party narkomanů. Problémy v somatické, psychické a sociální jsou velmi závažné a viditelné na pohled. Často dochází k poškození zdraví. (Fischer, Škoda, 2009)

1.5.2 Rizikové skupiny

Nejrizikovější skupinou užívání drog děti a mladiství. Prvořadou úlohu při formování životních hodnot dětí hraje rodina. Pokud je rodina dysfunkční, sehrává při vzniku abúzu drog nejvýznamnější příčinu. Další rizikovou skupinou pro vznik abúzu jsou vrstevníci a kamarádi dítěte, se kterými se dotýčný jedinec stýká. (Mühlpachr, 2002)

1.6 Závislost na alkoholu

Alkohol je nejrozšířenější a v našem sociokulturním prostředí nejvíc užívanou a akceptovanou psychoaktivní látkou. Uvolňuje psychické napětí, zlepšuje náladu a zvyšuje pocit sebejistoty. (Fischer, Škoda, 2009)

Alkohol je droga, jenž má ambivalentní účinky. Nižší dávky působí na jedince stimulačně, dochází ke zlepšení nálady, mnohmluvnosti, snížení sebekritičnosti, zábran a projevům agrese. Vyšší dávky způsobují útlum centrálního nervového systému. Jedinec je unavený. Při vysokých dávkách může upadnout do kómatu a zemřít. (Kopecká, 2011)

1.6.1 Fáze vzniku závislosti

- 1) V **počátečním stadiu** jedinec pije příležitostně, pití mu přináší euforii a začíná stoupat tolerance.
- 2) **Prodromální stadium** je charakteristické zvyšujícím se množstvím požití alkoholu, jedinec má narušenou kontrolu nad množstvím a pitím, začíná se stydět, objevují se okénka.
- 3) **Rozhodné stadium** charakterizuje klesající tolerance, kvůli časté konzumaci alkoholu jedinci narůstají konflikty, jedinec nemá žádnou kontrolu nad pitím. V tomto stadiu se objevují ranní doušky.
- 4) **Konečné stadium** odpovídá nejvíce syndromu závislosti, tolerance stále klesá a s ní i kritičnost. Jedinec pije cokoli, co obsahuje alkohol. Není bez alkoholu schopen vydržet a rychle se opije. Objevují se u něj somatické i psychické poruchy, celkový úpadek a degradace. (Orel a kol., 2012)

1.6.2 Příčiny vzniku závislosti na alkoholu

Matoušek a Kroftová (2003) uvádí, že za příčinami vzniku alkoholismu stojí genetické dispozice, faktor učení a osobnostní rysy jedince. Jedinci, jenž požívání alkoholu přináší

zvlášť příjemné pocity a nemá nepříjemné následky, podlehne alkoholu snadněji. Do osobnostních rysů se řadí ti jedinci, jenž mají povahové vlastnosti, jako je např. impulzivita nebo snížená schopnost se ovládat, často nedovedou pít s mírou, a tak si snadněji vytvoří návyk na alkoholu. Do faktoru učení se řadí nápodoba rodičovského nebo jiného modelu sociálního okolí.

1.7 Gambling

Gamblerství, je možno definovat jako opakující se epizody, jenž jsou hlavním smyslem života jedince a jejichž důsledek je poškození sociálních, pracovních, materiálních a rodinných hodnot a zadlužení. Tuto osobu nezastaví v pokračování patologického hráčství ani rozvoj sociálních, ekonomických a mezilidských problémů nebo problémů se zákonem. (Fischer, Škoda 2009)

Podle Matouška a Kroftové (2003) hra jedinci nabízí možnost seberealizovat se, kompenzovat vlastní zábrany a neomezeně experimentovat.

U dětí jenž se nadměrně věnují videohram a počítačovým hram hrozí nebezpečí, že místo upevňování mezilidských vztahů u nich převládne komunikace s počítačem.

Většina patologických hráčů nemá finanční prostředky na tuto zálibu, proto si je získává nelegálním způsobem a to převážně majetkovou trestnou činností. Často se gamblerství pojí s drogovou závislostí a alkoholismem. (Mühlpachr, 2002)

1.7.1 Fáze závislosti

1) Stadium výher

Pro stadium výher je charakteristický nenápadný začátek s občasným hraním a fantazií o výhře. Jedinec je přehnaně optimistický, zvyšuje sázky a přechází k častější a osamělejší hře. Chlubí se výhrami, i když jsou nepravdivé.

2) Stadium proher

V tomto stadiu jde již o patologické hráčství, kdy s ní jedinec není schopen přestat, ztrácí kontrolu nad svým jednáním. Hraní před okolím tají, finance si zapůjčuje a splácení dluhu

odkládá. Dochází k nárůstu problému v rodině i v zaměstnání, hráč je neklidný, uzavřený a zanedbává svoje zdraví.

3) Stadium zoufalství

Hráč se rodině a přátelům odcizuje, obviňuje je za své chování, dopouští se trestných činů a dochází k rozpadu jeho rodiny. Jedinec upadá do těžkých duševních stavů, pokouší se o sebevraždu. (Mühlpachr, 2002)

1.7.2 Rizikové skupiny

Nejrychleji se závislost na hraní rozvíjí u dětí a to během několika týdnů až měsíců. Z hlediska pohlaví jsou dominantnější skupinou muži. Další rizikovou skupinou jsou profesionální hráči, dále jedinci, jejichž povolání je trvale vystaveno herním automatům a nezaměstnaní. (Mühlpachr, 2002)

1.8 Syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte

„Tělesné týrání je v rámci CAN definováno jako fyzické ublížení dítěti nebo nezabránění ublížení či utrpení dítěte, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte.“
(Mühlpachr, 2002, str. 80)

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte charakterizujeme jako poškození tělesného, duševního a společenského stavu a vývoje dítěte, jenž vzniká v důsledku jakéhokoli jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, které není náhodné a společnost, ve které k tomuto jevu dochází, hodnotí takové jednání jako nepřijatelné. (Vágnerová, 2004)

Situace týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte je téměř neřešitelná proto, že dítě, které je odmítnuto osobou, jenž k ní má vytvořené citové pouto, vyvolává zároveň protichůdné podněty vzdálit se a přiblížit se. Dítě se nemůže přiblížit, protože je rodičem odmítáno, ale zároveň se nemůže vzdálit, protože cítí potřebu vazby právě tehdy, když se bojí. Je tak silně úzkostně závislé, čímž komplikuje separaci od rodičů a má tak odborné pracovníky, že je vše v pořádku. (Lanyadoová, Horneová, 2005)

1.8.1 Příčiny týrání a zneužívání dítěte

Příčiny ze strany rodičů mohou pramenit z jejich osobnosti, v jejich vlastním vývoji nebo kulturních a sociálních podmínkách, ve kterých rodina žije. Příčinou negativního chování k dítěti může být i charakterová nebo citová odchylka, která rodiči neumožňuje vytvořit si pozitivní vztah k lidem, včetně vlastního dítěte. Osoba, která je citově chladná, nemusí dítě přímo týrat, ale dítě bude s velkou pravděpodobností citově zanedbáváno. Tito jedinci mohou mít neurotické nebo psychotické onemocnění nebo psychopatii. (Mühlpachr, 2002)

Mohou to být také alkoholici, narkomani, násilnické nebo kriminální osoby. Příčina může také vycházet z vlastní zkušenosti rodičů, kterou získali v dětství, a tak si přebrali tyto vzorce chování na své vlastní dítě. Důležitý faktor hrají také okolnosti, za nichž bylo dítě počato. (Mühlpachr, 2002)

1.8.2 Fyzické týrání a jeho formy

Za fyzické týrání se považuje nepřiměřené bití rukou nebo různými nástroji, kopání do dítěte, údery pěstí, pálení dítěte cigaretami, opaření horkou vodou, bodné rány. Dále se do fyzického týrání řadí vytrhávání vlasů dítěte, nepřiměřené tahání za uši, škrcení, dušení nebo silné třesení, které má pro dítě zvláště v kojeneckém období fatální následky. Svazování, připoutávání a odmítání spánku nebo potravy též patří do fyzického týrání. (Fischer, Škoda, 2009)

Fyzické týrání zahrnuje všechny akty násilí na dítěti, kdy selhává ochrana dítěte před násilím. Aktéry tohoto týrání bývají většinou rodiče nebo vychovatelé s anormálním vývojem osobnosti, nejvíce jedinci s agresivními povahovými rysy. Aktéry ale mohou být také psychicky nemocní, alkoholici a toxikomani. Další kategorií jsou mladí, nevyzrálí rodiče. Patří sem i příslušníci různých sekt, osoby se zvláštním životním stylem. (Martínek, 2009)

1.8.3 Psychické týrání a jeho formy

Jde o takové chování k dítěti, které má negativní důsledky na citový vývoj dítěte, na jeho chování, sebehodnocení nebo negativní dopad na rozvoj interpersonálních vztahů. (Fischer, Škoda, 2009)

Citové týrání může být realizováno formou slovních útoků na sebevědomí dítěte. Dítě je opakovaně ponižováno nebo zavrhováno, může být také vystavováno násilí mezi rodiči nebo konflikty. Do citového týrání se rovněž zahrnuje násilná izolace, omezování dítěte a situace, kdy je dítě dlouhodobě vystavováno životní nejistotě a pocitu strachu. (Mühlpachr, 2002)

Matoušek (2003) tvrdí, že pokud se porovná agresivní chování rodiče s nevšímavostí rodiče k dítěti, je závažnější problém pro dítě nevšímavost. Podle něj, v porovnání těchto skupin, děti, které jsou zanedbávány, prospívají hůře, protože je jeho situace srovnatelná s vězněm na samotce. Nemá příležitosti k tomu, aby se učil základním civilizačním dovednostem a rozvíjel svůj intelekt.

1.8.4 Sexuální zneužívání a jeho formy

Sexuálním zneužíváním se myslí každé nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu či chování, které vede k sexuálnímu uspokojení zneuživatele. Sexuální zneužívání zahrnuje i ty situace, kdy dítě na první pohled nestrádá a některé formy sexuálního zneužívání prožívá jako příjemné. I tyto situace ale mají pro zdárný vývoj dítěte závažný psychický dopad. Zneuživatelem může být kdokoliv, nejčastěji to ale bývá osoba, kterou dítě dobře zná. (Fischer, Škoda, 2009)

Sexuálním chováním dospělý může dítě poškodit fyzicky, nejvíce ho ale ohrožuje ve vývoji jeho osobnosti. Poškozený jedinec má sníženou schopnost vytvářet partnerské vazby v dospělosti. (Mühlpachr, 2002)

Pro děti je těžké se bránit, protože jim pachatelé mohou vyhrožovat fyzickými útoky, pokud by se stavěly na odpor. Často dětem působí fyzická poranění vnikáním do těl dívek i chlapců. Dítě by mělo být poučeno o náležitých sexuálních hranicích a měla by mu být poskytnuta pomoc, jenž mu dodá sílu oznámit nevhodné chování dospělých. (Geldard, 2008)

1.8.5 Zanedbávání dítěte a jeho formy

Zanedbáváním se rozumí takový nedostatek péče, který zapříčiňuje závažnou újmu na vývoji dítěte. Hlavní formy zanedbávání rozeznáváme tělesné, zanedbávání potřeby bezpečí, citové a seberealizace. (Fischer, Škoda, 2009)

Tělesné zanedbávání chápeme jako neuspokojování tělesných potřeb dítěte. To znamená neposkytování přiměřené výživy, ošacení, přístřeší a zdravotní péče a ochrany. Do zanedbávání řadíme také zanedbání výchovy a vzdělání. To znamená neposkytnutí dítěti možnost, aby naplnilo svůj vzdělávací potenciál např. neustálou absencí ve škole nebo prací v domácnosti. Dále do zanedbání výchovy můžeme zařadit ponechání dítěte bez dozoru. Výchovné zanedbávání znamená neposkytování dostatečných podmínek k tomu, aby dítě rozvíjelo svoje schopnosti a dovednosti a také mravní chování. U psychického zanedbávání je nejnápadnější celkové psychomotorické opoždění v útlém věku dítěte. Nejvýraznější je opoždění vývoje řeči a sociálních dovedností. Tyto děti navazují později a nesnadno vztahy uvnitř skupiny dětí stejného věku a jsou často žárlivé, některé jsou agresivní vůči druhým dětem. (Mühlpachr, 2002)

1.9 Kriminalita a delikvence

Kriminalita je definována jako chování, které je v dané společnosti trestné. Jde o činy, které jsou sankciované podle trestního zákona. Delikvence zahrnuje také chování, které není trestné. Do delikvence patří přestupky, trestná činnost osob, jenž nedovršily 15. rok věku. (Fischer, Škoda 2009)

Trestná činnost mládeže souvisí s rostoucí agresivitou, brutalitou, s činy, které jsou motivované nacionalismem a rasismem, s úkony spojené s prostitucí, anonymními hrozbami, trestnou činností spojenou s různými druhy závislostí a s výrobou omamných látek. (Matoušek, Kroftová, 2003)

Kriminalita zpravidla nevzniká náhle. Většinou bývá výsledkem deviantní kariéry, která zahrnuje určité stupně deviantního chování. Záleží na společnosti a jejího tolerančního limitu, které stupně deviantního chování bude ještě tolerovat a od kterého stupně deviantního chování začne tento jev kriminalizovat. (Lachytová, 2011)

Mladiství jsou často pachateli brutálních násilných činů, které končí usmrcením bezbranných starých lidí a dětí. U některých případů byl prokázán vliv televize a filmu, kdy dotyčný jedinec chtěl napodobit nebo vyzkoušet shlédnutý film. Mezi mladistvými se vyskytuje méně psychotiků, ale naopak se zvyšuje podíl alkoholiků a sociopatů. (Mühlpachr, 2002)

1.9.1 Příčiny kriminality mládeže

Příčiny kriminality mládeže mohou tkvět v dysfunkční rodině, v problémech, které souvisí se školní docházkou, kriminalita se může také objevit u jedinců, jenž mají nízký sociální status nebo nevhodně tráví volný čas. Kriminalita se často objevuje u osob, jenž mají poruchu chování nebo snížený intelekt, jsou drogově nebo alkoholově závislí nebo mají extremistické postoje. Příčinou také může být rychlost kulturních a sociálních změn v ČR nebo nový životní styl. (Matoušek, Kroftová, 2003)

2 Vývojová psychologie dítěte

Vzhledem k tomu, že jsou do Dětské psychiatrické nemocnice ve Velké Bíteši hospitalizovány děti od 3. roku do 18. roku dítěte, budou se následující kapitoly zabývat pouze ontogenezí dětí od předškolního období do období dospívání.

Dítětem se rozumí každá lidská bytost, která je mladší 18 let, pokud není zletilosti dosaženo dříve. (David, 1999)

2.1 Stadium předškolního dětství

Toto období zahrnuje 4. až 6. rok života dítěte. Dolní ani horní hranice není zcela pevná, ale v podmínkách ČR vstupuje dítě do školy po dovršení 6. roku života. Tělesný vývoj v tomto období bývá poměrně rychlý, ale přibývání na váze se poněkud zpomaluje. Celé stádium předškolního dětství je dobou intenzivního tělesného pohybu. Mimo hrubé se zdokonaluje také jemná motorika, dítě dokáže zacházet s různými i drobnými předměty. Kolem 5. a 6. roku je dítě schopno kreslit, psát, modelovat, zavazovat tkaničky, zapínat knoflíky atp. (Kuric, 2000)

Nejdůležitější pro dítě v tomto období je rodina, která formuje a ovlivňuje postoje dítěte, jeho názory a smýšlení. Pokud má dítě doma větší svobodu, dítě je více nezávislé a iniciativní, projevuje hlubší city k druhým lidem a menší vnitřní nepřátelství, má větší schopnost tvořivosti a originalnosti. (Lašek, Vondroušová, 2014)

Od čtyř do šesti let dítěte probíhá fáze „iniciativy versus provinění“, ve které se dítě koncentruje na aplikaci kontrolních mechanismů. Toto období je charakteristické představivostí a vývojem řeči. Dítě začíná mít pocity viny při zamýšlení a uskutečňování cílů. S tím se rozvíjí svědomí, jenž dotyčného provází celý život. (Jedlička, 2015)

2.1.1 Hry a herní činnost

Podle Kopecké (2011) je při hře novým jevem „imaginární společník“, kterého si dítě vymyslí, dá mu jméno a hraje si s ním. Tento jev je přirozený, avšak někdy může signalizovat nedostatek dětské společnosti.

Kresbě a modelování se v tomto období přisuzuje velký význam pro diagnostickou činnost. Dítě se snaží zachytit emoce, které na něj působí nejprve pouze schematicky, později jsou hlavní znaky předmětů zobrazovány reálněji. Stupeň struktury dětské kresby je dobrým ukazatelem duševní vyspělosti, takže bývá výbornou diagnostickou pomůckou normálního, ale i narušeného duševního vývoje. (Kuric, 2000)

2.1.2 Sociální interakce

Pro dívku je typické, že se ztotožňuje s matkou a je pro ni důležité, aby cítila, že si ji jako dívky váží také její otec. Podle Lanyadoové a Horneové (2005) tkví za nespokojeností dívek se svou identitou citová nebo fyzická nepřítomnost otce. Pro chlapce je důležitý stejný proces s matkou. Důležité je, aby potvrzení dítěte opačného pohlaví nebylo sexualizováno.

2.2 Stadium školního dětství

Stadium školního dětství zahrnuje v ČR 5 let školní docházky. Lze také vymezit prvním stupněm základní školy nebo od 6. -7. do 10. -11. roku života dítěte. Nástupem do školy se mění celkový způsob života dítěte. Herní činnost ustupuje a nastává činnost učební. V tomto období dochází k důležitým pokrokům v rozvoji osobnosti dítěte, hlavně v jeho mravním chování, v zájmové sféře, v rozvoji poznávacích procesů a v rozvoji citů a vůle. Některé děti se těší, některé do školy vstupují s obavami až strachem. Záleží na tom, jak je na vstup do školy připraví rodina. I přes dobrou přípravu do školy ze strany rodiny můžou ale nároky a požadavky spojené se vstupem do školy vykolejit mnoho prvňáčků. (Kuric, 2000)

Od šesti do dvanácti let probíhá fáze „příčinnosti versus méněcennosti“. Tato fáze je charakteristická tím, že si dítě osvojuje hodnoty své kultury a učí se řešit úkoly. Nejdůležitější v tomto období je vývoj sebevědomí. Dítě rozvíjí procesy učení a schopnost používat nástroje a aktivity, které směřují k výkonu. Dítě vyžaduje ocenění za snahu se něčemu naučit. Pokud je úspěch oceněn, je posílena sebedůvěra dítěte, jestliže naopak není, vyvolává zdůrazněný neúspěch v dítěti pocity selhání a ztrátu sebevědomí. Tyto pocity jsou součástí osobnosti. (Jedlička, 2015)

V tomto období je podle Z. Freuda dítě v období „latence“. I přes to, že síla vášnivého vztahu k rodiči druhého pohlaví slábne, děti v tomto věku i nadále přemýšlí o teoriích, jenž se týkají sexu a prozkoumávají je spolu s vrstevníky mimo dohled dospělých. (Lanyadoová, Horneová, 2005)

2.2.1 Citový vývoj a socializace

Období mladšího školního věku je charakteristické tím, že rodina ztrácí své dominantní postavení v procesu socializace a větší význam je přisuzován spolužákům a učitelům. Vrstevníci a rodina formují sebevědomí a sebepojetí dítěte. (Kopecká, 2011)

Kolem 9. a 10. roku chlapců se objevuje vyhybavost rodinným tradicím, jako jsou společenské návštěvy, procházky, víkendy a společně trávené dovolené. Lépe se cítí ve společnosti svých vrstevníků. U děvčat není toto odpoutání tak viditelné, ale také se

raději zdržují ve společnosti vrstevnic. V tomto období je stále kladen velký význam na příklady rodičů. (Kuric, 2000)

Typické city, které v tomto období přetrvávají, jsou strach, hněv a žárlivost. Dítě se postupně přestává bát předmětů, jevů a bytostí, které nejsou reálné, a strach se spíše přesouvá do reálných situací, jako je strach z napjatých vztahů v rodině, strach z trestu ve spojitosti s neúspěchy ve škole, strach o osud příbuzných. Afektivní reakce dítěte při hněvu se zmírňují a probíhají v nepřímých a méně otevřených formách. Místo přímých agresivních reakcí vůči protivníkovi dítě používá slovní projev ve formách drzých přezdívek, vyhrožování, nadávek, vytýkáním tělesných nedostatků apod. Částečně zvýšená kritičnost dítěte na konci mladšího školního období je dobrým předpokladem pro vytváření kladných mravních vlastností. Výzkumy potvrdily, že přemíra sledování televizních pořadů a počítačových her ubíjí v dětech iniciativu, tvořivost a způsobuje postupné poruchy nervového systému a v důsledku toho v psychice dítěte roste neklid, stavy úzkosti, napětí a podrážděnosti. (Kuric, 2000)

2.3 Stadium puberty

Období puberty se vymezuje ve věku od 10. až 11. roku života dítěte do 14. až 15. roku. Puberta neboli dospívání se vyznačuje tělesným a duševním vývojem do ukončení pohlavní zralosti. Čačka (2000) uvádí, že jsou viditelné rozdíly mezi dívkami a chlapci. Dívky se prý navenek projevují klidněji, jsou společenštější a přizpůsobivější, než chlapci.

Podle Jedličky (2015) se v období adolescence asi od dvanácti let do osmnácti objevuje fáze „identity versus zmatku“. Toto období je charakteristické individuálním zápasem o nalezení místa ve společnosti a formováním sebe samého. Jedinec řeší otázky kdo je, jaký má jeho život smysl a jak ho vidí ostatní. Adolescent očekává od vrstevníků podporu sebedůvěry a ochranu před pocity nejistoty.

Pubescent se osvobozuje od dětství, experimentuje s novým chováním, vytváří si nové hodnoty, identifikaci, rozšiřuje sebeobraz a sebeideál a potřebuje udržovat integritu sebepojetí. (Lašek, Vondroušová, 2014)

V tomto období se ještě stále formuje mozek, což má za následek větší ohrožení vnějšími zatěžujícími podněty. Mozek adolescentů ve srovnání s mozkem dospělého člověka je citlivější na požívání alkoholu a drog. (Carr-Gregg, 2012)

Podle Rabocha a Pavlovského (2012) prochází asi jedna třetina dospívajících adolescentní krizí. Při hledání vlastní identity jsou dezorientováni a ztotožňují se s negativní identitou, která se často projevuje vandalismem, a příslušenstvím ke společensky negativně a agresivně zaměřeným skupinám vrstevníků. Tato příslušnost bývá spojována s rizikovým sexuálním chováním a experimentováním s návykovými látkami.

2.3.1 Osobnost pubescenta

V dospívání dochází také k významnému rozvoji sociálních citů, zvláště z citů k druhému pohlaví, které se projevují erotickými vzruchy a city lásky. U jedinců tohoto věku se často projevuje radost ze života, svěžest, optimismus, přeceňování vlastní osoby, ale objevuje se také skleslost, smutek, utrpení, sebepodceňování a komplexy méněcennosti.

I přes to, že jsou adolescenti orientováni hlavně na vrstevníky, nemusejí být vždy odcizeni rodině. Jistě mezi sebou mají konflikty ohledně oblečení, o čistotu, drobné práce v domácnosti, o venčení psa a ohledně školní přípravy, ale většina adolescentů má citové pouto a respekt k rodině a doufá, že jsou na ně rodiče pyšní a ví, že jim mnohé obětují. (Jedlička, 2015)

2.4 Adolescence

Adolescence se nazývá období, které začíná ukončením pohlavní zralosti a končí nástupem dospělosti. Věkově lze vymezit od 15., 16. roku života dítěte do 18., 21. roku. V tomto období se ztrácí pubertální rozpornost a duševní nevyrovnanost a nastupuje uvážlivost a střízlivé hodnocení světa. (Kuric, 2000)

V tomto období je již mnoho mladých lidí smířeno se svou identitou a chápou svoji roli v životě. Vztahy s dospělými jsou již založeny na úctě a lásce. V této životní etapě plánují adolescenti svoji budoucnost a jsou v ní podle výzkumů úspěšnější ti, kteří mají vedle

sebe dospělého, který jim pomůže stanovovat cíle a plánovat, jak jich dosáhnout. (Carr-Gregg, 2012)

Adolescence je charakteristická vlivem dozrání pohlavního systému vysokou sexualitou. Dochází k častějším projevům heterosexuálního chování. Nástup sexuálního života je ovlivněn společenskými normami, výchovou a sociálními podmínkami. První milování s sebou přináší riziko nechtěného těhotenství nebo pohlavně přenosných chorob a to zejména pod vlivem alkoholu nebo drog. (Kopecká, 2011)

U adolescentů převažuje pozitivní citové ladění, které se projevuje v chování a může být příčinou kritiky dospělých. Pro adolescenta je velmi důležitá vrstevnická skupina, ve které chce vyniknout a dokázat něco výjimečného. I přes to, že by už v tomto období neměli prohru vnímat jako vlastní selhání, je stále mnoho případů pokusů o spáchání sebevraždy nebo dokonané sebevraždy z důvodu nesložení maturitní zkoušky, nebo z nešťastné lásky. (Kopecká, 2011)

3 Péče o děti v psychiatrických nemocnicích

„Dětská a dorostová psychiatrie je klinický obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou, terapií a výzkumem duševních nemocí, poruch a odchylek dětí a mladistvých.“
(Marková a kol., 2006, str. 314)

K rozhodnutí požádat o psychologickou pomoc dochází především v rodině. K tomu, aby se rodina rozhodla vyhledat pomoc, musí nejdříve rozpoznat, že má dítě problém a přijmout skutečnost, že potřebuje psychologickou pomoc. Nejlepší je setkat se nejprve s celou rodinou a zmapovat tak rodinné vztahy a rodinné potíže snáze, než z individuálních pohovorů dítěte a rodičů. Sourozenci dítěte jsou obvykle rádi, že ví, o co se jedná, mohou přispět svými názory a stát se součástí budoucího plánu pomoci. (Lanyadoová, Horneová, 2005)

Základem diagnostiky a léčby je vstupní psychiatrické vyšetření, které provádí psychiatr ambulantně nebo během hospitalizace. Součástí tohoto vyšetření je popis onemocnění, anamnéza, podrobný popis psychického stavu v době vyšetření, tělesné vyšetření, stanovení diagnózy a diferenciální diagnózy, základní plán dalšího postupu a návrh terapie.

Anamnéza sbírá informace o celém životě dotyčného. Je vhodné, aby byla kombinována subjektivní anamnéza s objektivní. Tato anamnéza zahrnuje rodinou, osobní, sociální, vzdělávací nebo pracovní anamnézu, užívání návykových látek, sexuální anamnézu, farmakologickou a alergickou anamnézu a psychiatrickou anamnézu. (Orel a kol., 2012)

Terapie dětí a mladistvých s duševní poruchou je dlouhodobá záležitost, jenž probíhá ambulantní formou, na pedopsychiatrických lůžkových odděleních nemocnic, nebo v psychiatrických léčebnách na specializovaných pracovištích pro děti a dorost. Na vzniku duševních poruch se podílí řada biologických, psychologických a sociálních činitelů, proto i terapie musí být komplexně zaměřena na osobnost pacienta. Tato terapie je nejčastěji kombinována farmakoterapií, psychoterapií a režimovou léčbou. (Marková a kol., 2006)

V současné době se rozlišují dvě základní skupiny dětských psychiatrických poruch a to poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci. Kromě těchto poruch se mohou objevit i další psychiatrická onemocnění, která nejsou typická pro dětský věk. Nejzávažnější je schizofrenie, afektivní poruchy, poruchy příjmu potravy a poruchy spánku. (Raboch, Pavlovský, 2012)

Současná dětská a dorostová psychiatrie je charakteristická rozvojem psychopatologie. V terapii se rozvinuly psychoterapeutické individuální i skupinové metodiky, arteterapie, ergoterapie, léčba hrou, režimové systémy a další metodiky. (Marková a kol., 2006)

4 Sociální práce s dětmi a mladistvými

Sociální pracovníci se v rámci metod sociální práce s dětmi a mládeží setkávají se základní výchovnou nepedagogickou činností nejčastěji v prostředí volnočasových center a různých zájmových klubů. Pro sociálního pracovníka je důležité znát základní souvislosti a informace o syndromu CAN, protože lze předpokládat, že se s touto problematikou setká. (Bednářová, 2010)

Sociální práce zahrnuje primární, sekundární a terciální prevenci proti ohrožení sociálně patologickými jevy. Primárně preventivní program zasahuje příslušnou cílovou skupinu, u které ohrožení lze předpokládat a u které riziko ještě nemělo negativní sociální důsledky. Tato skupina by měla být ovlivňována co nejdříve. Některá rizika jsou přítomna

v okamžiku narození dítěte, jiná mohou dítě ohrozit v průběhu prvních měsíců nebo let života vlivem fungování rodiny. Primární, sekundární, někdy i terciální preventivní programy jsou programy, které zlepšují fungování rodiny u dětí a mládeže v jakémkoli věku. Tyto programy by měly ovlivňovat výchovný způsob rodičů, měly by posilovat schopnost rodičů řešit náročné životní situace, které se týkají partnera, samotného dítěte i širší rodiny, stanovovat hranice přijatelného chování dítěte a pokud je potřebné, stanovovat vůči dítěti přiměřené sankce. (Matoušek, 2010)

Sekundární prevence se uplatňuje tam, kde již k náznaku nebo v míře, která se zatím nedá přesně indikovat, dochází k sociálnímu selhání. U dětí mladšího školního věku je možné zjišťovat predelikventní chování (záškoláctví, napadání spolužáků, negativní postoj k učiteli, drobné krádeže apod.), jenž je podle výsledků výzkumu předchůdcem kriminálního chování.

Terciální prevence se snaží odstrašit usvědčené pachatele od pokračování v delikventních aktivitách. To probíhá v zorganizovaných debatních schůzkách s lidmi, jenž si odpykávají dlouhodobé nebo doživotní tresty ve věznicích. Alternativní sankce by měly být ukládány po důkladném sociálním prošetření situace mladistvého a s jeho souhlasem. I vězení může být místem rozvoje sociálních dovedností a přípravou na budoucí profesi. (Matoušek, 2010)

EMPIRICKÁ ČÁST

První část této práce byla věnována sociálně patologickým jevům, které jsou typické pro děti, jenž jsou hospitalizovány v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši. Obsah dalších kapitol v teoretické části se zabývá vývojovou psychologií dětí od 3. do 18. roku života dítěte, prací s dětmi v psychiatrických nemocnicích a sociální prací s dětmi. Následující část obsahuje kvalitativní výzkum metodou případové studie.

5 Metodika výzkumu

Pro zpracování praktické části byla využita metoda kvalitativního výzkumu, konkrétně případová studie. Ta byla uskutečněna na základě rozhovorů s pacienty, náhledem do chorobopisů jednotlivých dětí, pozorováním a rozhovorem s personálem Dětské psychiatrické nemocnice ve Velké Bíteši o vybraných dětech. Jména u jednotlivých kazuistik byla změněna.

Případová studie je charakteristická intenzivním studiem jednoho případu, která plní základní cíle kvalitativního výzkumu. Jde o popis jednotlivých případů, zabývá se vznikem, průběhem a prognózou konkrétního případu. Sestavuje se z životopisu sledované osoby. Slouží jako pomoc a porovnání podobných případů. (Hučík, Hučíková, 2009)

5.1 Cíl výzkumu

Cíl výzkumu bakalářské práce bylo zmapovat sociálně patologické jevy u dětí hospitalizovaných v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši, přiblížit průběh těchto jevů, najít příčiny takového chování a případně navrhnout různá východiska.

5.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je tvořen 9 dětmi, z nichž je 6 chlapců a 3 dívky ve věkovém rozmezí 9- 17 let. Jejich jména byla záměrně změněna z důvodu zachování jejich anonymity.

5.3 Realizace výzkumu

Sběr dat o výzkumném souboru probíhal od 9. listopadu do 4. prosince 2015 na souvislé odborné praxi v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši. V první fázi bylo použito pozorování a mapování sociálně patologických jevů u dětí. Po této fázi začalo navozování kontaktu s dětmi prostřednictvím různých herních aktivit, návštěv na ergoterapiích, vizitách a přátelských rozhovorů. Vytipované děti byly prokonzultovány s personálem DPN a následně byl s dětmi uskutečněn rozhovor o sociálně patologických jevech, které se u daného pacienta vyskytovaly. Doplňující informace byly získány na základě náhledu do chorobopisů dětí.

6 Kazuistiky

6.1 Kazuistika č. 1- David

1) Osobní anamnéza

Věk- 17 let

Diagnóza - opoziční vzdorovité chování

Sociálně patologický jev- škodlivé užívání drog (kouření THC, pervitin)

2) Rodinná anamnéza

David pochází z komplikovaného rodinného zázemí. Když se narodil, matce bylo 17 let, poté byla ve výkonu trestu za dealování drog. David byl svěřen do pěstounské péče babičce, která ho ale bez udání důvodů opustila. David (v té době mu bylo 13 let) žil v bytě půl roku sám. Poté se o něj staral strýc, pro Davida, ale nebyl autoritou a utíkal mu do bytu kde v minulosti žil s babičkou. Tam bydlel dohromady s kamarády, s kterými začal užívat pervitin. Sousedé si stěžovali, že se v bytě vaří a distribuují drogy.

Od té doby je v dětském domově, z kterého jezdí na dovolenky k matce. Prohlásil, že raději zůstane v domově, než u matky. Matka nyní neužívá drogy, stará se o Davidova nevlastního bratra, má přítele, který nelegálně držel zbraně a drogy. Ten je nyní už tři roky ve výkonu trestu (odsouzen na 12 let). Když David potřebuje peníze, navštěvuje

otce. Otec mu peníze dá, ale vyžaduje po Davidovi povinnosti. David ho za to nesnáší. Otec Davida je zdrav, 8 let drogy neužívá, teď už je to slušný člověk, s matkou ale nežije. Podle Davida pašoval drogy do Columbie, kde za to 2 roky odpykával ve vězení trest. Zbytek trestu prý odčinił v ČR. David má dva sourozence od matky, dva od otce. Autoritou pro něj není nikdo. Davida nelze dost dobře motivovat, žije si svým životem. Kapesné utratí za cigarety. Nerespektuje žádnou autoritu.

3) Zdravotní anamnéza

David nedoslýchá na levé ucho. Podle psychiatrického vyšetření Dětské psychiatrické nemocnice ve Velké Bíteši má zřetelné projevy psychopatického disharmonického vývoje osobnosti. Spánek je u Davida bezproblémový.

4) Vzdělávací anamnéza

David opakoval 8. třídu na základní škole v městě jeho dětského domova, protože v místě původního bydliště školu nenavštěvoval, čímž si způsobil velké mezery ve znalostech. Po základní škole nastoupil na střední odborné učiliště, obor truhlář. 1. ročník absolvoval úspěšně, poté se s kamarádem dohodli, že změní obor. Rozhodli se vyučit kuchařem, aby byli v teple a měli dostatek jídla. Nyní je ve 2. ročníku oboru kuchař, ale byl podmíněčně vyloučen z důvodu absence na praktické výuce. Bude nastupovat do jiného města na stejný obor. David je velmi nestálý, učitelé nerespektuje, nyní by se chtěl učit instalatérem, pan ředitel se ale obává, že se David bude živit jako dealer drog.

5) Sociální anamnéza

David byl v domově spokojený, dokud tam měl kamarády. Ti pro něj byli jako rodina. Raději zůstal tam, než aby se vrátil k matce. Nyní je v domově nespokojený, protože kamarádi odešli. Také se mu nelíbí některé praktiky vychovatelů. Hodnou paní vychovatelku, která mu vše zařídila a litovala ho, nazval vulgární nadávkou. David uvedl, že mnoho jeho kamarádů je ve výkonu trestu. Jeden kamarád prý proto, že se Davida zastal a pomohl mu tím, že zbil kluka, který Davidovi ublížil. Kamarád byl odsouzen na 3,5 roku za distribuci drog a ublížení na zdraví.

6) Osobní anamnéza

David žije sexuálně od 14 let. Čeká dítě s bývalou partnerkou, které bude 19 let. Už dříve s Davidem otěhotněly dvě dívky. Matka Davida jim údajně uhradila náklady spojené s interrupcí.

Personál dětského domova považuje Davida za nedůvěryhodnou osobu, co se pravdomluvnosti týče, z důvodu opakovaných prokázaných lží. David se snaží lidmi manipulovat. Práci v dětském domově vykonává pouze, když se mu chce. V dětské psychiatrické nemocnici vykonává vše, co je mu nařízeno a odvádí kvalitní práci.

7) Sociálně patologické jevy

David kouří cigarety od 13 let, když je pod vlivem drog, vykouří i 2 krabičky cigaret denně. Mnohokrát přišel do dětského domova v podnapilém stavu. Alkohol začal pít v 11 letech.

David kradl, aby měl co jíst, když od něj odešla babička. Kradl například vrtačky z garáží a motorové pily. Ty poté prodali a nakoupili drogy.

David kouří denně marihuanu už 5 let. Zkoušel i houbičky. David přišel poprvé do kontaktu s pervitinem, když se babička odstěhovala (pouze šňupal). To mu bylo 13 let. Od té doby přestal chodit do školy, začal vykrádat garáže. Ve stejný rok byl v diagnostickém ústavu, odkud utíkal. Ve 14 letech začal užívat drogy pravidelně, když jezdil na dovolenky k matce. Podle jeho slov byl zdrogovaný celé prázdniny. Když bylo Davidovi 15 let, poprvé začal pervitin užívat nitrožilně. Pervitin také dealuje. V důsledku užívání pervitinu se u Davida rozvinul další sociálně patologický jev - gamblerství. Podle slov Davida se David a jeho parta, s kterou se nyní kamarádí už 7 let, vždy skamarádili s nováčkem, kterého zasvětili také do světa drog, půjčili si přes tyto kamarády ohromné obnosy peněz (konkrétně uvedl 550 000 Kč, 300 000 Kč, 70 000 Kč). Tuto částku uplatnili při obstarávání drog a prohráli v automatech. Pod vlivem pervitinu např. nespál 11 dní, nemohl ani mluvit, zkolaboval a odvezla ho záchranná služba. David také uvedl, že byl velmi agresivní. Rád se rval, pod vlivem drog ho nic nebolelo. V Jihlavě prý z pivovaru odcizili cca 25 beden drahého alkoholu. Poté byl 14 dní na útěku.

David se dříve jehel bál, ale tvrdí, že náběh nitrožilně je krásný „zlatej dech“. Šňupání prý není 100 %. První 4 dny pod vlivem drog jsou podle Davida krásné, 6., 7. den je to prý samozřejmost. Člověk nemůže přestat, musí si „střelit“, ale už je to „hnusný“.

8) Postřehy

David v DPN ve Velké Bíteši pracoval velmi pilně. Z pozorování vyplynulo, že s personálem jednal slušně, snažil se vyhovět. Z některých jeho výpovědí vyplývá, že zájem o pomoc, přestat návykové látky užívat, nemá. David ví, co přesně říct, aby s ním byly co nejmenší problémy a byl co nejdříve propuštěn domů.

9) Zdroje informací

Hlavním zdrojem informací byl uskutečněný rozhovor s pacientem. Rozhovor byl zapisován na papír a následně přepsán do elektronické formy. Využit byl i náhled do psychiatrické dokumentace pacienta v DPN ve Velké Bíteši. Dalším zdrojem bylo pozorování uskutečněné při vizitách v DPN a při pracovních terapiích. Byl také uskutečněn rozhovor o Davidovi s pacientovými lékaři a zdravotními sestrami.

10) Shrnutí

David od útlého dětství vyrůstal v nepříznivém rodinném zázemí. Byl svěřen do pěstounské péče babičky, kterou nikdy nevnímal jako autoritu. Když bylo Davidovi 13 let, babička ho opustila. David si obstarával jídlo krádežemi a spřátelil se s partou, která užívala drogy. Drogy začal nejen užívat, ale také distribuovat. Za pořízené peníze nakoupili další drogy nebo je prohráli v herních automatech. Vzhledem k tomu, že David respektuje pouze tuto partu kamarádů, hodnotím jeho situaci do budoucna méně příznivě, i když tvrdí, že by chtěl přestat s užíváním pervitinu. Prý proto, že to mění povahu lidí. Marihuanu přestat kouřit nechce. Až bude propuštěn z Dětské psychiatrické nemocnice ve Velké Bíteši, chtěl by se vrátit k tátovi a pomáhat mu s prací. Prý by se chtěl vidět i s dítětem, které se mu má narodit. Po návratu do původního prostředí lze vzhledem k nerespektování žádné autority kromě party kamarádů (uživatelů drog) očekávat recidivu tohoto patologického chování.

11) Doporučení

Po návratu z DPN k otci by bylo vhodné navázat s otcem spíše přátelský vztah, aby ho David vnímal jako neformální autoritu, protože nelze předpokládat, že ho v 17 letech začne respektovat jako otce. Měli by spolu trávit více volného času, aby měl otec přehled o případné recidivě. Doporučuji Davidovi najít si práci/brigádu, díky které si uvědomí hodnotu peněz. V pracovním prostředí by mohl navázat vztahy s vrstevníky, kteří tráví volný čas přijatelným způsobem. Bylo by vhodné kontaktovat bývalou přítelkyni a přistoupit k dítěti, které se má Davidovi narodit, zodpovědně.

6.2 Kazuistika č. 2- Jan

1) Osobní anamnéza

Věk- 14 let

Diagnóza- Socializovaná porucha chování

Poruchy způsobené drogami

Somatoformní poruchy- somatoformní vegetativní dysfunkce

Sociálně patologické jevy- Užívání drog

2) Rodinná anamnéza

Matce Jana je 38 let, je vyučena, zdravá, nekouří, alkohol pije příležitostně a drogy neužívá. Povahově je panovačná a vznětlivá. Matka Jana žila 9 let s přítelem, s kterým se rozešla kvůli závislosti na alkoholu a agresivitě svého druha. Matka je zaměstnaná, trpí migrénami, nyní žije s novým přítelem, jenž je osoba samostatně výdělečně činná. Její rodiče zemřeli na rakovinu.

Otcí Jana je 45 let. Byl ve výkonu trestu kvůli distribuci kokainu. Nyní je už 5 let na svobodě. Léčí se s hypertenzí a diabetes mellitus. Otec Jana kouří, pije alkohol, v minulosti užíval drogy. Nyní je zaměstnán ve stavební firmě jako zedník. Jeho otec a bratr jsou alkoholici. Rodiče Jana jsou rozvedení. Otec se s pacientem stýká, ale žije s družkou, s níž nemá žádné děti.

3) Zdravotní anamnéza

Jan se narodil 10 dnů po termínu, záhlavím, vážil 3250 g, kříšený nebyl. Byl kojen do 3. měsíce, začal chodit v 1 roce. Navštěvoval logopedii, kvůli vadě řeči. Od 2,5 roku začal zvládat samostatně hygienu. V době rozvodu rodičů trpěl pomočováním, tyto problémy odezněly před 7 roky. Jan nebýval často nemocný, nemá problémy se spánkem. Když mu byly 3,5 roku, byl operován kvůli zlomenině klíční kosti. Má dobrou chuť k jídlu, v červnu 2015 byl hospitalizován 3 dny v nemocnici pro opakující se bolesti břicha, které se objevily po konfliktu s učitelkou z matematiky. Po tomto konfliktu Jan zvracel. Za poslední rok byl Jan často nemocný. V 7. třídě byl hospitalizován kvůli otřesu mozku. Podle psychologického vyšetření v DPN ve Velké Bíteši trpí Jan poruchou aktivity a pozornosti na hyperkinetickém podkladě, intelekt v oblasti nadprůměru, je depresivně-úzkostně laděn a trpí citovou nepohodou.

4) Vzdělávací anamnéza

Jan navštěvuje 7. třídu základní školy, protože propadl. Školu prý navštěvoval pod vlivem pervitinu. Nyní si velmi zhoršil prospěch, jelikož nechodil na doučování.

V pedagogicko-psychologické poradně je veden od 1. třídy. Tam byl navrhnut návrat do mateřské školy, ale rodiče ho zamítli. Podle PPP má intelektuální schopnosti v pásmu průměru, nízkou odolnost proti psychické zátěži a byl mu diagnostikován lehký stupeň dysortografie a dysgrafie. Z vyšetření také vyplynulo, že Jan trpí hyperkinetickou poruchou, percepčním oslabením a grafomotorickou neobratností.

V 1. třídě nerespektoval učitele a bil se s dětmi. V 7. třídě měl potyčku se spolužákem, kterou si způsobil otřes mozku. Nyní bude opakovat 7. třídu, protože propadl ze 4 předmětů. Nemá žádné zájmové činnosti, doma ale pomáhá.

5) Sociální anamnéza

Jan bydlí v rodinném domě s matkou a jejím přítelem. Finanční situace rodiny je dobrá. Jan v důsledku užívání návykových látek způsobil rodině finanční škodu ve výši 300 000 Kč. Jan prodal X-Box, mobily, notebook, vybral 4500 Kč z platební karty matky, protože

znal matčin PIN, ukradl další 2000 Kč z peněženky matky a prodal zlato v hodnotě 120 000 Kč.

6) Osobní anamnéza

Jan matku nerespektuje, v afektu je na ni agresivní, kopal ji a bil. Jeho zájmy jsou parta kamarádů, drogy a počítač. Povahově je klidný, pokud není pod vlivem návykových látek. Pokud užije drogu, je nervózní. Matce vyhrožuje, že s ní nebude dále žít, že se podřeže, nebo že matku zabije. Jan se bojí odběru krve.

7) Sociálně patologické jevy

Jan byl od března 2015 vyšetřován pro usus THC, ale testy byly negativní. I přes negativní testy THC měla matka dojem, že Jan užívá drogy, proto byl odkázán na K-centrum, kde přiznal, že užívá pervitin. Ten si obstarával od 21 letého kamaráda. Od té doby měla matka Jana pod dohledem, dělala mu testy na přítomnost drog. Jan neměl problémy. V červnu matce o víkendu utekl a poté dva dny odmítal vyšetření moči. Matka byla přesvědčená, že opět užil pervitin. Chtěla, aby byl Jan hospitalizován už na letní prázdniny 2015, ale psychiatrické nemocnice Opařany, Havlíkův Brod a Opava měli plné kapacity.

Z důvodu užívání návykových látek byl Jan několikrát vyšetřován policií. Jan sdělil, že pervitin užívá už rok a půl. Půl roku šňupal, poté rok pervitin aplikoval nitrožilně. Peníze na drogy si obstarával doma, nebo přepadával kolemjdoucí s nožem. Uvedl, že pervitin užíval 5x, 6x denně. Někdy užíval pervitin 7 dní souvisle. Když byl v terapeutické komunitě, lhal tam, že pervitin pouze šňupe. Během 3 dnů si Jan aplikoval 3 g pervitinu sám. Uvedl, že chtěl dlouho přestat, ale v abstinčním syndromu se prý probil přes zavřené dveře a utekl z domu.

Jan užíval také LSD, houbičky a heroin. S užíváním drog také požil hry na automatech. Když vyhrál 2000 Kč, celou tuto částku vynaložil na obstarání drog. Uvedl také, že jednou přešel bránu, která byla 3 a půl metru vysoko, spadl, z ní, až se pod nim rozbily cihly, ale nic necítil. Byl v bezvědomí, dokud ho neprobrala teta. Jan po požití LSD a pervitinu

běhal po lese, po užití DMT měl silné halucinace, v jejichž důsledku po sobě s kamarádem házeli dlažební kostkou. Navštěvoval technoparty, kde byly drogy nejpřístupnější.

Jan experimentoval s marihuanou od 7 let, v 11 letech začal experimentovat s kokainem. Poprvé se do kontaktu s pervitinem dostal ve 12. letech. Vlivem drog za rok a půl zhubnul z 89 kg na 66 kg. Tvrdí, že s užíváním začal ze zvědavosti. Líbilo se mu, že se cítí sebevědomý, když droga začíná účinkovat. Uvedl, že tento pocit trvá pouze do té doby, než účinek drogy přestane působit, poté se prý cítí jako troska. Tvrdí, že se několikrát předávkoval. Když sbíral lysohlávky, nasbíral půl kilogramu a následně jich pozřel asi 50. Účinek lysohlávek vyvolal u Jana halucinace v podobě velkého pavouka, následně se společně s kamarádem naháněli motorovou pilou a s nožem po domě. Jan také uvedl, že u tety nikdy drogy neužíval, pouze se k ní vracel, když byl vysílený po odeznění účinků drogy.

Matka ho nepouštěla ven, Jan si ale drogy obstaral, aplikoval a poté utíkal, ani o tom nevěděl. Pokud pervitin neužil, měl ho stále před očima a cítil touhu drogu užít. Řezal se a bodal se do ruky jehlou, prý ho nenapadlo, že by si tím mohl vážně ublížit. Sdělil, že pokud si člověk dlouho nedokáže sehnat pervitin, přemýšlí o sebevraždě. Jan před hospitalizací v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši abstinovat nejdéle 14 dní. Má živé sny o drogách, ve kterých je zase užívá.

8) Postřehy

Jan byl velmi sdílný, co se týče rozhovoru o drogách. Popisoval nejružnější situace a zážitky, které se mu pod vlivem drog naskytly.

9) Zdroje informací

Tato kazuistika byla vytvořena na základě informací ze zdravotní dokumentace pacienta v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši a informacemi poskytnuté o pacientovi od personálu DPN. Popis sociálně patologických jevů byl zprostředkován rozhovorem se samotným pacientem. Ten byl v průběhu zapisován a následně přepsán do elektronické formy.

10) Shrnutí

Jan přišel poprvé do kontaktu s drogami v 7 letech. Příčinou vzniku závislosti bylo snížené sebevědomí, které mu droga pomáhala získat. Na technoparty se seznámil s partou uživatelů, díky které se později dostal do kontaktu s tvrdšími drogami. Dlouhodobé užívání Janovi způsobilo somatické problémy a silnou fyzickou i psychickou závislost. V průběhu léčby si začal uvědomovat následky způsobené užíváním drog. Byl na žádost matky propuštěn.

V den, kdy byl Jan propuštěn, sdělil, že sám neví, jestli chce drogy přestat užívat. Ví, že kdyby před něj někdo drogy položil, neodolal by. Také tvrdil, že chce přestat hlavně kvůli mámě, aby neměla problémy s orgánem sociálně právní ochrany dětí. S užíváním chce prý přestat alespoň do nabytí plnoletosti, poté si myslí, že znovu propadne závislosti na pervitinu.

11) Doporučení

Z mého pohledu by bylo vhodné podstoupit doléčovací zařízení pro drogově závislé. Jan si uvědomuje, jaké škody jemu i rodině drogy způsobily. Bohužel návrat do původního prostředí v blízkosti svých kamarádů a jeho snížená odolnost vůči zátěžovým situacím bude, podle mého názoru, pro Jana velmi silným pokušením drogu znovu užít.

6.3 Kazuistika č. 3- Adam

1) Osobní anamnéza

Věk- 11 let

Diagnóza- Hyperkinetická porucha chování

Sociálně patologické jevy- Suicidální jednání

2) Rodinná anamnéza

Matka Adama je drogově závislá, trpí epilepsií a má problémy s dýcháním. Žije se svými rodiči. Otec Adama je také drogově závislý, byl ve výkonu trestu za distribuci drog, nyní pracuje, je lépe socializovaný. Matka otce byla léčená pro schizofrenii. Rodiče Adama byli

zbaveni rodičovských práv z důvodu závislosti na drogách. Nyní jich opět nabyli a tak Adam jezdí na týdenní dovolenky 1x za 6 týdnů k otci. Tam ho navštěvuje vlastní matka. Bratr Adama je v péči Dětské psychiatrické ambulance pro hyperkinetickou poruchu chování.

3) Zdravotní anamnéza

Adam byl počat drogově závislými rodiči, porod proběhl v termínu, záhlavím, kříšen nebyl, kojen byl do 6 měsíců jeho života.

Spánek má neklidný, někdy pláče ze spaní.

Byl opakovaně hospitalizován v psychiatrických nemocnicích pro hyperkinetickou poruchu chování a nevhodné sexuální projevy.

4) Vzdělávací anamnéza

Do mateřské školy Adam nastoupil ve 3 letech, ale ubližoval dětem a učitelky mateřské školy si stěžovaly na jeho chování. Do základní školy začal chodit v 6 letech, opakoval 1. třídu, nyní je v 5. třídě základní školy. Na jeho posledním vysvědčení se objevilo několik čtyřek, dostal trojku z chování za opakované vulgarity vůči spolužákům i učitelům.

Třídní učitel dětského domova se školou, základní školy a školní jídelny hodnotí Adama jako nespolupracujícího ve vyučovacích hodinách. Podle něj si Adam hledá jakékoli jiné aktivity, aby nemusel dělat zadané úkoly. Na napomenutí reaguje podrážděně, zvyšuje hlas a přehlušuje pedagoga. Ke spolužákům je konfliktní, provokuje, napadá je slovně i fyzicky. Potřebuje klid a čas na zklidnění. Do výuky se nezapojuje, baví ho sportovní a výtvarné aktivity. Ve škole dosahuje podprůměrných výsledků. Za porušování školního řádu byla Adamovi snížena známka z chování o dva stupně.

Skupinový vychovatel hodnotí Adama jako zdroj problémů ve skupině, skupinu se snaží ji rozvrátit a chce být středem pozornosti. Uvádí, že je impulzivní a má problém udržet pozornost. Pokud prý nemá nikoho, s kým by mohl vyvolat konflikt, je s ním při práci na skupině dobrá spolupráce.

Adam je žákem 5. třídy základní školy při dětském domově se školou. Ve škole ale nespolupracuje, nadává a neučí se.

5) Sociální anamnéza

Když bylo Adamovi 18 měsíců, byl odebrán rodičům a umístěn v kojeneckém ústavu, později v dětském domově. Poté byl společně s bratrem přijat do pěstounské péče. Odtud byl z důvodu nevhodného chování vyšetřován v Diagnostickém ústavu v Brně a následně umístěn v dětském domově se školou. Byl opakovaně hospitalizován v Psychiatrické nemocnici v Havlíčkově Brodě, Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši a v Dětské psychiatrické nemocnici v Opařanech pro hyperkinetickou poruchu chování a nevhodné sexuální projevy.

6) Osobní anamnéza

Vývoj osobnosti podle psychiatrického vyšetření Dětské psychiatrické nemocnice ve Velké Bíteši je u tohoto pacienta nápadně disharmonický. Jde o osobu s vysokým rizikem rozvoje závažnějšího duševního onemocnění v budoucnu.

Povahově je Adam hodný. Rád tancuje, má rád zvířata a baví ho keramika a vyrábění.

7) Sociálně patologické jevy

Adam kouří cigarety od 8 let. Uvedl, že někdy kouří i marihuanu, kterou mu poskytuje bratr. Policie byla nucena z důvodu akutní otravy alkoholem zavolat rychlou záchrannou pomoc.

Do DPN byl Adam přivezen po pokusech o sebevraždu. Spolubydlící ho našel klečet pod oknem s omotaným provazem kolem krku. Druhý konec provazu byl přivázán za zářezku u ventilace. Spolubydlící přivolal vychovatele, který Adamovi pomohl. Ten měl na krku rýhu od provazu, byl zmatený a nekomunikoval. Byl odveden do koupelny a omyt studenou vodou. Když se vzpamatoval, šel vychovatel vyřídit telefonát. Adam mezi tím vlezl do skříně, kde si pokusil pořezat žíly jednorázovým holítkem. Od té doby byl pod stálým dozorem. Sdělil, že se mu stýská po bratrovi a rodičích. Myslí si, že by pokus

o sebevraždu mohl ještě zopakovat, nebaví ho žít. Má pocit, že je k ničemu. Otec již dříve sdělil, že když byli s Adamem na procházce, stačila chvíle nepozornosti a Adam vběhl na kolejiště s úmyslem ukončit vlastní život.

8) Postřehy

V rámci prvního setkání s Adamem, uvedl na ranní komunitě, že o víkendu byl v cukrárně, kde si objednal pohřební menu. Znamenalo to, že si objednal věneček s rakvičkou. V průběhu navazování kontaktu s Adamem jsem postřehla, že má zálibu ve vytváření výrobků z papíru. Když jsem si za nim přisedla, zjistila jsem, že vyrábí nůž. Byl otevírací. Na otázku, jaké další výtvořky vyrábí, odpověděl, že auta a vlašťovky. Zajímalo mě, co s tímto nožem bude dělat a on mě papírovým nožem „píchl“ do ruky. Vyrobil jich asi 8 a poté běhal po oddělení a na všechny jím hrozil, nebo si z něj udělal pistolku, z které „střílel“.

V rozhovoru mi sdělil, že v DPN už má lepší náladu, ale že doma se cítí nejlépe.

9) Zdroje informací

Informace jsem získala na základě rozhovoru s pacientem, který byl zapisován na papír a následně přepsán do elektronické formy. Dalším zdrojem bylo pozorování Adama ve škole, na oddělení, v jídelně a při vizitách. Důležitým zdrojem byla také zdravotní dokumentace Adama a rozhovory s personálem DPN ve Velké Bíteši.

10) Shrnutí

Adam pochází z dysfunkční rodiny. Oba rodiče byli drogově závislí, nikdy s nimi neměl možnost navázat hlubší citový vztah, protože byl rodině odebrán. Vzhledem k tomu, že byl umístěn do dětského domova, následně do pěstounské péče, z níž prošel diagnostickým ústavem a poté byl umístěn v dětském domově se školou, nemohl navázat citový vztah ani s náhradním rodičem. Za příčinu agresivního a sebevražedného chování proto považuji neuspokojování citových potřeb tohoto dítěte.

Situace Adama je hodnocena velmi nepříznivě z důvodu narušených sociálních vztahů. Lze předpokládat, že narušení citové vazby s rodiči způsobí problémy v navazování mezilidských vztahů a v sebehodnocení.

11) Doporučení

Podle mého názoru by bylo vhodné, aby Adam pravidelně docházel na psychoterapie. Vhodnou metodou se mi jeví v tomto případě metoda logoterapie, která by mohla pomoci chlapci najít smysl života, jenž postrádá. Vzhledem k jeho nadání v oblasti tvůrčích činností doporučuji navštěvování výtvarných kroužků, kde se může seberealizovat. Pravidelný autogenní trénink by mohl snížit psychické napětí tohoto chlapce.

6.4 Kazuistika č. 4- Kryštof

1) Osobní anamnéza

Věk- 9 let

Diagnóza- Smíšené poruchy chování a emocí s hyperaktivitou

Specifická vývojová porucha řeči

Mentální retardace

Sociálně patologické jevy- Agresivita

Syndrom CAN

2) Rodinná anamnéza

Je velmi obtížné kontaktovat rodiče Kryštofa, jelikož často mění bydliště. Kryštof byl týrán vlastní matkou, která byla zbavena rodičovských práv. Matka žije ve společné domácnosti s otcem, jenž je zákonný zástupce Kryštofa. Rodiče žijí na ubytovnách, Kryštof u nich byl v roce 2013 na třídní dovolence, ale nelíbilo se mu tam. Řekl, že už k rodičům na dovolenku nechce. Před rokem měl vycházku s otcem, od té doby ho otec kontaktoval pouze jednou prostřednictvím telefonu. Kryštof má vlastního bratra a nevlastní sestru.

3) Zdravotní anamnéza

Spánek má Kryštof klidný. Byl hospitalizován s četnými popáleninami a dalšími fyzickými zraněními. Kryštof je oběť syndromu CAN.

4) Vzdělávací anamnéza

Kryštof navštěvuje druhou třídu praktické školy. Jeho znalosti ale odpovídají 1. třídě, Kryštof nepřečte jediné slovo, do 10 počítá pomocí počítadla. Jeho chování ve škole je stejně nekontrolovatelné jako v dětském domově.

5) Sociální anamnéza

V roce 2009 byl Kryštof po hospitalizaci s popáleninami odebrán rodičům a následně umístěn do dětského domova ve Zlíně. Tam byl týrán vychovatelkou, která byla za tento čin odsouzena. Do současného dětského domova byl Kryštof umístěn v roce 2012.

6) Osobní anamnéza

Kryštof je citově labilní, často stačí nepatrný podnět, který vyvolá agresivní chování. Je egocentrický. Během dne trpí enurézou, v noci tento problém nenastává. Nemá žádný pud cudnosti, běhá nahý ve skupině, ale nebyl doložen sexuální podtext. Sebekontrola u tohoto chlapce je nulová. Kryštof ve svých 9 letech váží 53 kg.

Kryštof rád vymalovává a maluje, ale pozornost u těchto činností neudrží dlouho.

Pochvaly Kryštofa motivují, spíše ale vyžaduje přísnost a režim. Musí se mu nastavit pevné hranice, jinak rád zkouší, co si může dovolit.

Respektuje pouze jednu jedinou vychovatelku a paní ředitelku. Když si hraje s dětmi, musí mít vychovatelku na dohled.

Bojí se být sám v místnosti.

7) Sociálně patologické jevy

Od začátku školního roku se postupně zhoršilo chování spojené s agresivitou. Kryštof napadá ostatní děti, začal napadat i dospělé. Bije je, kope, škrábe, nadává, tahá za vlasy, útočí pěstmi i do obličeje, ničí věci, rozbil sprchu, náhle se začne vztekat kvůli maličkostem. Když při večeři nedostal přidáno, rozbil v afektu talíř. Při rozhovoru uvedl, že už zlobil i v DPN, kde ve škole tahal paní učitelku za vlasy, protože chtěl zpět do dětského domova. Tam ale tahal za vlasy tetu, uhodil ji a škrábal, když byli na procházce. Při příjmu do DPN ve Velké Bíteši hodil po zdravotní sestře panáčkem, ohnal se po ní, křičel na sociální pracovníci a kopal do stolu. Vychovatelce v DD vytrhl celý trs vlasů, další vychovatelku málem uškrtil.

Kryštof byl obětí syndromu CAN. Byl týrán vlastní matkou. Matka mu vytrhávala vlasy a pálila ho cigaretami. Dle vychovatelky dětského domova byl svědkem sexuálních praktik. Po umístění do domova všem vychovatelkám sahal na nadra a hrál si se svým přirozením.

8) Postřehy

Při rozhovoru s Kryštofem mi sdělil, že tetám v dětském domově ubližuje bezdůvodně. Neví, proč to dělá. Na otázku, jestli by ublížil i mně odpověděl, že ne. Prý jsem moc přísná. Když se otevřelo téma, které týká jeho mámy, Kryštof uvedl, že si nepamatuje dobu, kdy s ní žil, ale zesmutněl. Zpozorovala jsem také, že se Kryštof začal okamžitě fyzicky bránit, když ho sestra chytla za ruku, aby ho donutila splnit činnost, kterou po něm požadovala.

9) Zdroje informací

Hlavním zdrojem informací mi byl rozhovor s pacientem zapisovaný do elektronické formy a s personálem DPN ve Velké Bíteši. Dalším zdrojem informací byla zdravotní dokumentace Dětské psychiatrické nemocnice. K dispozici mi byla také účast na vizitách, na kterých jsem měla možnost pozorovat pacienta.

10) Shrnutí

Kryštof pochází z dysfunkční rodiny. Matka ho týrala, vyškubávala mu vlasy a pálila cigaretami. Po přesunutí Kryštofa do dětského domova se setkal s týráním ještě jednou. Tentokrát od vychovatelky domova. Kryštof nyní svoji agresivitu projevuje výrazně ve formě trhání vlasů na vychovatelkách a to i z drobného rozrušení.

Kryštof je v jádru hodný kluk. Vzhledem k jeho vysoké tělesné hmotnosti může mít ale agresivní chování pro okolí fatální následky. Pokud bude mít ale stanovené pevné hranice od autoritativní osoby, myslím, že by situace mohla být příznivější.

11) Doporučení

Bylo by vhodné zařadit do volného času Kryštofa nějaký sport, ve kterém by si mohl vybit napětí, které se v něm pravděpodobně odehrává. To podle mého názoru pramení z citového neuspokojení potřeb tohoto chlapce. Pro eliminaci agresivního chování bych do jeho denního programu zařadila relaxaci v podobě autogenního tréninku, psychoterapii a učení sociálního chování, ve kterém by poznával nové způsoby řešení konfliktů bez známek agresivity. U tohoto chlapce doporučuji povzbuzovat a motivovat pochvalami, nikdy netrestat fyzicky.

6.5 Kazuistika č. 5- Lenka

1) Osobní anamnéza

Věk- 13 let

Diagnóza- Smíšená porucha chování a emocí, disharmonický vývoj osobnosti

Sociálně patologické jevy- Šikana

2) Rodinná anamnéza

Matka Lenky má dokončené střední odborné učiliště, nyní je na mateřské dovolené. Léčí se ambulantně na psychiatrii kvůli depresím. Somaticky je zdravá, nekouří, alkohol pouze příležitostně. Drogy nikdy neužívala. Otec je zdravý, na psychiatrii nikdy nebyl léčen.

Kouří, alkohol pije, drogy neužívá. Vystudoval gymnázium, nyní se živí jako informační technik. Je výbušné povahy. Lenka má mladšího bratra, se kterým mají přirozené sourozenecké rozepře.

3) Zdravotní anamnéza

Lenka byla narozena předčasně v 7. měsíci rizikového těhotenství císařským řezem. Na psychiatrii je sledována ambulantně od října 2012 pro úzkostně depresivní stavy.

4) Vzdělávací anamnéza

Do mateřské školy Lenka nastoupila ve 3 letech. Dobře se adaptovala, líbilo se jí tam. V 6 letech nastoupila na sportovní základní školu. Zpočátku měla pocit, že je na ni paní učitelka zasedlá, jako jediná dostala na vysvědčení 2. Ve škole byla nešťastná. Ve 3. třídě ji rodiče ze dne na den přesunuli na křesťanskou základní školu, kde se situace zlepšila. Do školy chodila sama, líbilo se jí tam. Otec uvedl, že se kvůli svému zaměstnání Lence dostatečně nevěnoval, proto Lenka neměla příliš dobré studijní výsledky. Lenka navštěvuje 8. třídu základní školy, ale bojí se tam chodit. Tyto problémy nastaly až v 8. třídě.

5) Sociální anamnéza

Rodiče jsou sezdáni 20 let, ale manželství prochází dlouhodobou krizí. Otec není v manželství spokojen, zdá se mu manželčin přístup k společnému soužití laxní. Rodina žije v bytovce, finančně ji zabezpečuje otec.

6) Osobní anamnéza

Autoritou pro Lenku je otec. Její zájmy jsou hudba a tanec. Lenka je za pochvalu ráda, pravidla ale nerespektuje. Je v jádru hodný člověk, je uzavřená a nikomu se nesvěřuje. Měla jednu kamarádku, která se odstěhovala do Německa, nyní má spolužačku, s kterou se kamarádí. Nedostatek kamarádů má z důvodu stěhování.

7) Sociálně patologické jevy

Lenka je agresivní na matku. Často na ni útočí. Je svědkem hádek rodičů, kdy matka otce vyprovokuje a ten se důrazně verbálně brání. Lenka matku fackuje, nazývá ji „krávou“ a matka si to nechá líbit. Má zhoršené chování a řeže si kůži žiletkou nebo nožem na předloktí. Tento jev se objevil na začátku školního roku. Dříve to nedělala. Nechce o tom mluvit, někdy říká, že tady taky vůbec nemusí být. Je depresivní, úzkostná a nyní je u ní hlavní problém záškoláctví. Ráno nemůže odejít do školy, má hysterické záchvaty, sama neumí nebo nedokáže vysvětlit, proč do školy nemůže jít. Uvedla, že do školy přestala chodit na konci minulého školního roku, protože odešla její nejlepší kamarádka. Od začátku školního roku byla ve škole pouze 14 dní. Absenci ji omlouvala matka bez vědomí otce. Učitelka Lenku nahlásila na OSPOD. V rozhovoru s Lenkou sdělila, že byla šikanovaná už na předchozích školách, ale měla kamarádku, která ji chránila. Jednalo se spíše o psychickou šikanu, kdy se Lence posmívali kvůli „hnusným vlasům“. Když si je obarvila na červenou, slýchala prý poznámky, že její hlava „vypadá, jak kdyby ji strčila do záchodu, když to dostala“. Na zelené pramínky, které si obarvila později, měli spolužáci také hloupé poznámky. Jeden ze spolužáků ji neustále říká, ať s ním má orální sex. Na sportovní škole se Lence posmívaly holky, že neumí gymnastiku. Lenka začala v srpnu 2015 kouřit, cigarety krade otcí. Otec si cigarety zamyká a Lenka o ně žebře. Nyní se Lenka bojí spolužáků ze třídy, že se jí budou posmívat kvůli hospitalizaci v DPN.

8) Postřehy

Lenka se snadno zařadila do kolektivu dětí DPN. Bylo vypořádáno, že má v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši mnoho kamarádek a nemá s nimi žádné konflikty. Při vizitách byla Lenka milá, dobře komunikovala, ale když se otevřelo téma týkající se školy, vždy zesmutněla. Při rozhovoru mezi mnou a Lenkou o šikaně potvrdila, že je na matku agresivní hlavně kvůli vnitřnímu napětí, které se v ní odehrává kvůli šikaně.

9) Zdroje informací

Zdrojem informací mi bylo hlavně pozorování Lenky při vizitách. Byl také uskutečněn rozhovor s pacientkou, která mi popsala průběh šikany na škole. Informace byly doplněny na základě náhledu do chorobopisu pacientky.

10) Shrnutí

Lenka se kvůli častým změnám základní školy nedokázala plně zařadit do třídního kolektivu, ve kterém se postupem času stala terčem posměchu svých spolužáků. Tuto informaci se styděla sdělit rodičům a tak se u ní začalo rozvíjet záškoláctví, které ji matka omlouvala. Tento problém si Lenka pravděpodobně kompenzovala agresivním chováním na matku, jenž se nebránila. Lenka má z návštěvy ve škole stále strach, ale po domluvě s kamarádkou je klidnější a je přesvědčená, že se na dovolence pokusí školu navštívit. Pokud bude návštěva úspěšná, mohla by se Lenka postupně zapojit zpět do výuky.

11) Doporučení

Nejdůležitější úlohu v této situaci bude mít pravděpodobně kamarádka Lenky, u které může Lenka hledat pocit bezpečí a pomocí ní se pokusit začlenit zpět do kolektivu. Podle mého názoru je v této situaci důležitá role učitele, který by měl třídu na návrat Lenky připravit. Měl by také registrovat chování žáků vůči Lence a řešit i drobné konflikty, které zaznamená. Doporučuji Lence svěřovat své problémy a mluvit o nich s člověkem, kterému bude důvěřovat. Tímto člověkem by se mohla stát kamarádka ze třídy.

6.6 Kazuistika č. 6- Alena

1) Osobní anamnéza

Věk- 15 let

Diagnóza- ADHD a poruchy chování

Syndrom CAN

2) Rodinná anamnéza

Alena má 2 sestry, s kterými poslední dva roky žila v Klokánku v Praze. Nyní už jsou dívky v péči matky. Ta žije s přítelem. Má dokončenou střední školu s maturitou a vyšší odbornou školu porodní asistentky. Poslední dva roky strávila ve výkonu trestu, protože nesplácela dluh kamarádce. Už dříve měla podmínku za zbití manžela, když bránila děti před jeho agresivitou. Po znásilnění dcery Aleny docházela k psychiatrovi. Od 18 let je dárkyní kostní dřeně, krve i plasmy. Otec Aleny je vyučen truhlářem, nyní je bezdomovcem. Matka ho přes 10 let neviděla. Jedná se o psychicky nemocného člověka, který týral děti, např. svého nevlastního syna drhl kartáčem na podlahy po celém těle i na přirození, dcery mlátil dřevěnou latí apod. S otcem Alena nekomunikuje. Bratr Aleny je polorodý od matky.

3) Zdravotní anamnéza

Porodní váha Aleny byla 2,9 kg a měřila 49 cm. Narodila se z dvojčat, druhé dvojče nepřežilo. Poporodní průběh byl v normě, následně se ale vyskytl opožděný psychomotorický vývoj, lehká mentální retardace, hyperkinetická porucha a porucha chování a emocí. Byla 2x hospitalizovaná na Dětském psychiatrickém oddělení v Praze (2013, 2014).

4) Vzdělávací anamnéza

Alena navštěvuje 8. třídu základní školy.

5) Sociální anamnéza

V 6 letech byla Alena unesena otcem z dětského domova, ve kterém žila dva roky. Poté byla přesunuta do jiného domova, kde měly obě sestry prodlouženou dovolenku u matky. Kvůli výkonu trestu, který si matka musela odpykat, byly sestry umístěny do Klokánku. Nyní probíhá soud o svěření dcer do péče matky.

6) Osobní anamnéza

Alena byla již od útlého dětství problémové dítě. Byla hyperaktivní, citově labilní, objevovaly se u ní poruchy chování. Odmítá respektovat autority, je stále v opozici, prostoreká, těžce přizpůsobivá, líná, agresivní a vulgární. Doma a v Klokánku často vyvolává konflikty i mezi dětmi. Bouchá dveřmi, bije se se sestrami, dříve prý kradla peníze. Má zvýšený zájem o chlapce. Autoritou je pro ni matka, i přes to ji ale udala na OSPOD. Přítele matky oslovuje „tati“. Biologického otce nechce nikdy vidět.

7) Sociálně patologické jevy

Alena byla unesena vlastním otcem z dětského domova, přičemž otec prohodil vychovatelku skleněnou výplní dveří. Tím ji upoutal na invalidní vozík. Alena si pamatuje, jak ztratila botu, když se obouvala a táta ji následně unesl na kole. Pamatuje si, jak hodil kolo do příkopu a dělal u toho prý divné zvuky. Nevěděla, co se děje. Uvedla, že byla vyděšena, až dojela policie v obleku. V pěti letech byla Alena sexuálně zneužita starším pedofilem. Ten podle Aleny přišel do jejich domu s tím, že u nich přespí. Byla donucena k orálnímu sexu. Za tento čin dostal 40 měsíců podmínku. Uvedla, že nesplatil ani odškodné. Když bylo Aleně 9 let, znásilnil ji před panelákem, ve kterém bydlela, nezletilý Rom. Praštil s ní, podle slov Aleny, tak silně o zem, že byla v bezvědomí. Kvůli traumatizaci dělohy byla hospitalizována. Rom z důvodu nezletilosti nedostal žádný trest. Před zařazením do dětského domova matku, ji i její sestru fyzicky týral otec. Alena sdělila, že na matku několikrát vzal nůž a Alena při tom matku bránila. Její sestře vážně poranil oko. Při rozhovoru uvedla, že se od té doby se bojí čertů, protože ji připomínají jejího otce. Konkrétně uvedla řetězy a pytle. Sestra je prý na Alenu také zlá, mlátí ji, vzala na ni prý bambusový prut. Sdělila, že je zvyklá, když ji někdo bije. Dělá za sestru úkoly.

8) Postřehy

Během sběru informací bylo zpozorováno, že je Alena tyranizována vlastní sestrou, která je v DPN hospitalizována společně s Alenou. Když jsem se na chování sestry Aleny zeptala, snažila se její chování omluvit, bylo ale evidentní, že se sestry bojí.

9) Zdroje informací

Hlavním zdrojem informací byl uskutečněný rozhovor s Alenou. Dalším důležitým zdrojem byla zdravotnická dokumentace pacientky a přítomnost na vizitách.

10) Shrnutí

Alena také vyrůstala v dysfunkční rodině. Otec děti a matku bil. Když odešel, matka nezvládala finanční situaci a zadlužila se kamarádce, které tyto dluhy nesplácela. Byla za to na dva roky odsouzena. Tou dobou byly děti umístěny v Klokánku. U Aleny se objevila agresivita vůči matce a celkově se zhoršilo chování. Alena byla v dětství znásilněna cizím Romem. Nyní má zvýšený zájem o druhé pohlaví.

11) Doporučení

Aleně vzhledem k traumatizujícímu dětství by bylo vhodné využití psychoterapie. Bylo by vhodné, aby se naučila asertivnímu chování, když sestra vyžaduje, aby za ni Alena plnila úkoly.

6.7 Kazuistika č. 7- Radek

1) Osobní anamnéza

Věk- 8 let

Diagnóza- ADHD syndrom a porucha chování

Sociálně patologický jev- Agresivita

2) Rodinná anamnéza

Otec Radka je zaměstnaný a zdravý. Má ukončené střední odborné učiliště. Je ženatý a má dvě dospělé děti. S otcem se Radek nestýká, není zapsán v rodném listě. Matka má také ukončené střední odborné učiliště, nyní je na mateřské dovolené i přes to, že má všechny děti v Klokánku. Je zdravá. Matka o děti zájem nemá. Nevěnuje se jim ani na vycházce. Radek má 4 sourozence.

3) Zdravotní anamnéza

Radek nemá žádné zdravotní potíže. Informace o porodu nejsou známy.

4) Vzdělávací anamnéza

Od 1. třídy má Radek problémy s chováním. Bije děti, odmlouvá, vzteká se, nepracuje. Nyní je vyloučen ze školy, kvůli výchovným problémům. Je vulgární a pana ředitele „poslal někam“. Má potíže se psaním a čtením v předmětu českého jazyka. Pozornost je u Radka krátkodobá, je neklidný, vyrušuje a dělá naschvály (např. nastavuje nohu, když jde někdo kolem jeho lavice). V konfliktu kope do spolužáků, zapírá, vymýšlí si a lže.

5) Sociální anamnéza

V Klokánku je umístěn 2 měsíce společně se svými sourozenci. Matka se hodně stěhuje, řeší tím své problémy.

6) Osobní anamnéza

Radek navštěvuje etopedii. Trpí emoční a citovou subdeprivací, má potíže s adaptací na nové podmínky.

Radek nikoho nerespektuje, o matce mluví hezky, ale nemá k ní vytvořen vřelý vztah. Radek je rád chválen, když se od něj nevyžadují povinnosti, které u něj spouští afekt, je hodný. Vychovatelky s klokánku uvádí, že Radek vypadá jako beránek, ale ve skutečnosti

je to agresor, který se s nikým nesnese, kamarády nemá, o všech prohlašuje, že jsou hloupí.

7) Sociálně patologické jevy

Radek musí mít vše absolutně po svém. Je obtížné po něm vyžadovat jednoduché úkoly. Je agresivní, bije svého bratra, se sestrou chodí do třídy, kde ji šikanuje. V Klokánku je s nimi umístěno i devítiměsíční miminko, o které se vychovatelky kvůli impulzivnímu agresivnímu chování Radka bojí. Podle slov vychovatelek Radek po Klokánku pobíhal v afektu s nožem. Vychovatelka byla s ostatními dětmi zavřená v koupelně, dokud se Radek neuklidnil. Když s ním tento čin chtěla prodiskutovat, Radek tvrdil, že si nic nepamatuje. Etopedka tvrdí, že si je Radek dobře vědom toho, co udělal. Klokánku vyhrožuje, že uteče, že na ně zavolá policii, že sobě nebo tetám něco udělá. Když chodil Mikuláš s čerty, Radek začal kopat do Anděla, protože zapomněl básničku. Naštval se na sebe, ale zlost si musel vybít na někom jiném.

8) Postřehy

Radek se po příjmu do Dětské psychiatrické nemocnice choval mile, byl hodný, nebyly s ním žádné problémy. Postupem času, než se adaptoval na prostředí DPN a na děti v ní umístěné, začal být s ostatními dětmi v konfliktu, zejména s chlapcem, s kterým byl přijat z Klokánku. Vzájemně si začali nadávat, štípat a kopat. V jídelně jsem u něj zaznamenala vzdorovité chování. Na vše odpovídal „NE!“. Neusadil se společně s dětmi ke stolu, ale stál u dveří a stěžoval si na děti, že si začínají.

9) Zdroje informací

Podstatný zdroj v tomto případě byl rozhovor uskutečněný s vychovatelkami z Klokánku, které Radka do DPN ve Velké Bíteši přivezly. Informace byly získány také na základě rozhovoru se samotným dítětem a pozorování jej při činnostech v DPN. Ke zpracování této kazuistiky mi pomohla také zdravotní dokumentace tohoto dítěte.

10) Shrnutí

Radek je citově deprivované dítě, které vykazuje známky agresivního chování. Byl odložen spolu s dalšími třemi sourozenci do Klokánku, kde je občas navštěvuje matka. Radek tyranizuje svoje mladší sourozence, s nikým se nesnese. Nedokáže přiznat svoji vinu.

11) Doporučení

Doporučuji, aby se Radek věnoval nějakému sportu, kde si může vybit svoji zlost. Je potřebné, aby svoje činy odpýkal trestem a tím si uvědomil svojí vinu. Naopak za správné činy by bylo vhodné chválit a tak ho motivovat ke zlepšení svého chování. Bylo by vhodné, aby si děti matka vzala z Klokánku zpět domů, popřípadě byly přiděleny alespoň do pěstounské péče.

6.8 Kazuistika č. 8 – Lubomír

1) Osobní anamnéza

Věk- 11 let

Sociálně patologický jev- Sexuální zneužívání sestry

2) Rodinná anamnéza

Luboš má dvě sestry, s jednou z nich jsou dvojčata. Všichni 3 jsou umístěni v pěstounské rodině. Matka - pěstounka je zdravá, pracovala jako zdravotní sestra, nyní nechodí do práce, kvůli dětem. Otec – pěstoun je také zdravý. Je to osoba samostatně výdělečně činná. Pěstouni mají i své vlastní děti- 3 děvčata a jednoho chlapce.

Biologická matka je zdravá, velmi opoziční, s pěstouny se stále soudila. Nyní má nového přítele. Biologický otec měl invalidní důchod pro výduť mozku, rodiče jsou rozvedení, otec žije se svou matkou. Oba byli odsouzeni za týrání dětí.

3) Zdravotní anamnéza

Luboš je narozen z dvojčat. Byl narozen ve 40. týdnu sekci, vážil 2,95 kg. Šlo o druhé těhotenství matky.

4) Vzdělávací anamnéza

Do základní školy Luboš nastoupil v 7 letech, měl odklad školní docházky. 1. třídu ho matka učila doma, od 2. třídy chodí do praktické školy. Nyní je ve 4. třídě. Jeho školní prospěch je dobrý. Na vysvědčení se objevují jedničky a dvojky. Ve škole má občas problémy v chování. Lže a krade. Má problémy udržet pozornost ve škole.

5) Sociální anamnéza

Luboš byl odebrán biologické rodině, když mu byly 4 roky. Poté byl na 2 roky umístěn v dětském domově, odkud byl přijat do pěstounské péče (když mu bylo 6 let). S biologickými rodiči se setkává 1x za 2 měsíce. U pěstounských rodičů je spokojený. Podle zdravotnické dokumentace DPN se zdravotní stav zhoršil souvislosti s traumatizací v minulosti a nyní vnímá jako nebezpečí styk s biologickými rodiči.

6) Osobní anamnéza

Mezi jeho záliby patří stavění Lega a sledování televize. Povahově je otevřený, je oblíben v kolektivu. V rodině má neblížší vztah k sestře (dvojčeti). Nyní je asi půl roku úzkostný, stažený do sebe, má poruchy spánku, špatně usíná, v noci se budí, bolívá ho hlava a břicho. Dříve byl veselý. Podle matky (pěstounky) má tyto problémy z důvodu povinnosti navštěvovat vlastní rodiče. Luboš prý uvedl, že uvažuje skočit pod auto, protože by prý už nemusel svoje biologické rodiče dále navštěvovat. Kontakt s rodiči probíhá v poradně za přítomnosti psychologa.

Luboš dochází do pedagogicko- psychologické poradny, kde mu byla diagnostikována lehká mentální retardace na horní hranici pásma.

Luboš se snaží ostatními manipulovat, rychle se skamarádí, ale jeho vztahy jsou povrchní a nestálé.

7) Sociálně patologické jevy

Luboš je týrané dítě, jež bylo odebráno rodičům ve 4 letech pro špatnou péči rodiny. Matka pila, otec se o něj nestaral. Má nejbližší vztah ke své sestře (dvojčeti), která ho ale za sexuální obtěžování nemá ráda. V autě si vedle něj nesesedne, raději by nikam nejela. Nechtěla se vedle něj ani vyfotit. V noci svoji sestru budil a chtěl po ni, aby ho hladila na intimních místech. Strkal ji prsty do vagíny, až ji tekla krev. Vyhrožoval ji, jestli to někomu řekne, zbije ji. Stupňují se u něj dříve pouze drobné krádeže, sladkosti a hračky, nyní krade i peníze. Lže a zapírá krádeže, přestože v místnosti s penězi nikdo jiný nebyl. Z jeho dopisu: „Ty debile, ty hajzle, ty kačeno, ty píčo, ty seš blbá, ty huso, protože tys to řekla, že jsem ti strkal dva prsty do pipiny.“

Během dovolenky měl Luboš nože schované v prádle. Pěstounka už ho dále v péči nechce.

8) Postřehy

Ze zdravotní dokumentace vyplynulo, že při kresbě začarované rodiny nakreslí svoje dvě sestry a maminku pěstounku. Když Luboš kreslil libovolné téma, nakreslil svého psa. Když jsem se zeptala, jestli na papír nechce ještě něco dokreslit, protože je skoro prázdný, začal malovat svoji sestru (dvojče). Oba obrázky byly nakreslené moc hezky. Při optání, jestli je to vše, mi odpověděl, že to jsou jediní dva, kterým kdy ublížil. Když jsem mu řekla, že nemusí kreslit jen ty, komu ublížil, nakreslil ještě maminku a dalšího psa, kterého mají doma. Toho ale nakreslil červenou pastelkou a připomínal čerta. Sdělil, že tohoto psa nemá příliš rád. Při hovoru o jeho rodičích je smutný a říká, že k nim už nechce chodit. Když ho ale navštíví a donesou mu dárek, má radost a o rodičích mluví hezky.

V rozhovoru uvedl, že večer slyší hlasy. Ty hlasy mu prý říkají, že má něco provést. Konkrétně vzít nůž a zabít sestru nebo vzít peníze. Ty ale musel vrátit. Prý by ten hlas chtěl vymazat, navádí ho, aby sahal na sestru. Uvedl také, že v DPN tyto hlasy nemá, protože „on ví, že je tady“. Ten hlas mu chce škodit, uvádí.

V DPN ve Velké Bíteši byl Luboš přesunut na jiný pokoj k jinému chlapci, protože ho zdravotní sestra přistihla při osahávání svého spolubydlícího. Když jsem otevřela toto téma, zapíral, že to neudělal, že ho osahával ten dotyčný chlapec, kterého údajně osahával

Luboš. Sestřička ale jasně viděla, že byl Luboš natažený přes uličku mezi postelemi ke svému spolubydlícímu.

Působil na mě, že je to bystrý chlapec.

Když jsem se Luboše zeptala, jestli hlas, který ho navádí provádět činy, jenž uvedl, zaznamenala jsem, že ho tato otázka překvapila a poté odpověděl, že tento hlas je mužský.

9) Zdroje informací

Ke zpracování této kazuistiky mi byl nápomocný chorobopis Luboše a informace o něm, které mi poskytl personál Dětské psychiatrické nemocnice ve Velké Bíteši. Dalším zdrojem byl uskutečněný rozhovor s pacientem a kresba rodiny. Velmi přínosnými informacemi pro mě bylo také pozorování pacienta na oddělení a při vizitách.

10) Shrnutí

Luboš, jako většina dětí v DPN vyrůstal v nepříznivém rodinném prostředí. Jeho rodiče Luboše i sestry týrali, proto jim byli odebráni. Luboš byl následně společně se sestrami umístěn do pěstounské péče k pěstounům, jenž už mají 4 vlastní děti. U Luboše se začalo objevovat sexuální zneužívání své sestry (dvojčete) a poslední půl roku i úzkostné poruchy. Tyto poruchy se údajně objevují kvůli tomu, že Luboš musí navštěvovat své biologické rodiče.

11) Doporučení

Luboš by podle mého názoru měl být psychiatricky vyšetřen pro příznaky schizofrenie. Při rozhovoru s pacientem na mě ale působil dojmem, že si uvědomuje, co dělá a že to není správné. Svoje chování omlouvá něčím neuchopitelným, za co není trestán, tedy „hlasem“, který mu takové chování poroučí. V rozhovoru sám uvedl, že v DPN tento hlas neslyší, ale i přesto osahával spolubydlícího na pokoji. Bylo by vhodné, pokud bude možnost, aby se Luboš vrátil zpět k pěstounce, která by měla dohlédnout a zajistit, aby měl Luboš pokoj sám pro sebe. Doporučuji, aby byl Luboš poučen o sexuální výchově a nevhodných sexuálních praktikách.

6.9 Kazuistika č. 9- Vanda

1) Osobní anamnéza

Věk- 17 let

Sociálně patologický jev- Škodlivé užívání drog

2) Rodinná anamnéza

Vanda bydlí s rodiči a mladší sestrou v rodinném domě. Matka je vyučená prodavačka, nyní je v invalidním důchodě kvůli stresu a depresím. Trpí často migrénami. Již 2x prodělala rakovinu děložního čípku a má nefunkční štítnou žlázu. Ambulantně se léčí na psychiatrii. Matka Vandy kouří, alkohol pije výjimečně, drogy neužívá. Povahově je společenská a přátelská. Otec matky byl alkoholik. Otec Vandy má ukončenou střední školu s maturitou. Živí se jako dispečer dopravy. Je zdravý, na psychiatrii se neléčil. Kouří, alkohol pije, drogy neužívá. Povahově je společenský a přátelský, ale také přísný. Jeho otec byl také alkoholik, který už je po smrti. V jejich linii byli závislí na alkoholu všichni předci mužského pohlaví. Sestra Vandy je v 3. třídě základní školy, zdráva, bezproblémová. Manželství rodičů Vandy trvá 17 let a je spokojené.

3) Zdravotní anamnéza

Vanda se narodila z rizikového těhotenství v termínu, spontánně, záhlavím, kříšena nebyla. Její porodní váha byla 3200 g a měřila 51 cm. Byla kojena 2 měsíce. Jako kojenec nechtěla jíst. Prospívala dobře.

Prodělala laryngitidu, běžná nachlazení, rýmy. Od 8mi měsíců seděla, chodila od 10 měsíců. Řeč se vyvíjela v pořádku, bez vad. Od dvou let nenosila pleny ani v noci, enuréza a enkopréza nebyly přítomny. Spánek má kvalitní, pouze při užívání pervitinu nespala 3 dny. Poté prospala celý den.

Občas má atopický ekzém na víčkách. Jako malá trpěla astmatickými záchvaty (asi do 10 let). Byla řádně očkováná. Podstoupila také očkování proti rakovině děložního čípku. Prodělala neštovice.

4) Vzdělávací anamnéza

Do mateřské školy nastoupila, když jí byly 3 roky. Špatně se adaptovala, plakala, nechtěla se s rodiči rozloučit. V šesti letech nastoupila na základní školu, kde se adaptovala dobře. Od první třídy poznala kamarádku, s kterou je v kontaktu i nyní. Do sedmé třídy měla samé jedničky, od té doby se zhoršila na trojky. Na střední škole má studijní prospěch na 4. Vanda se chtěla učit kadeřnicí, ale matka chtěla, aby Vanda vystudovala maturitní obor, proto se Vanda hlásila na střední zdravotní školu, kam byla také úspěšně přijata. Na zdravotní škole má problémy s matematikou a fyzikou. Baví ji humanitní obory. Vanda úspěšně dokončila první ročník, poté přerušila studium ze zdravotních důvodů. Kvůli užívání pervitinu ji nebylo doporučeno pohybovat se ve zdravotnictví.

5) Sociální anamnéza

Vanda žije s rodiči a s mladší sestrou v rodinném domě. Ekonomická situace rodiny je na dobré úrovni.

6) Osobní anamnéza

K matce Vanda chová vřelejší citový vztah než k otci. Matka je hlavní motivace, kvůli které se chce Vanda léčit. Otcí se za poslední dva roky odcizila, ale nyní jsou domluvení na společném trávení volného času, aby Vanda neměla čas myslet na drogy. Se sestrou Vanda dobrý vztah nemá, vždy na ni žárlila. Slovní pochvala Vandu nemotivuje. 2x ji zbila matka kvůli nevhodnému chování, Vanda kvůli tomu opustila dům oknem. Nerespektovala zákazy.

Kamarád, který také užíval drogy, na Vandu o dovolence z DPN ve Velké Bíteši pokřikoval „smažko!“. Kamarádka společně s přítelem podporují Vandu v tom, aby drogy přestala užívat.

Její zájmy jsou četba, hudba, lyžování, bruslení a trávení volného času s kamarády. Kroužky vždy navštěvovala s odporem.

Povahově je od útlého dětství bojácná, když ji bylo 12 let, bála se jít sama do koupelny. Dodnes se bojí jít sama do obchodu. Tohoto problému se zbavila užíváním pervitinu, který ji dodal sebevědomí.

Vanda nikdy nebyla skromná, od rodičů požadovala vše, co si usmyslela. Agresivní byla jen na rodiče a přítele když potřebovala dávku.

7) Sociálně patologické jevy

Vanda se poprvé do kontaktu s pervitinem dostala v patnácti letech, prostřednictvím svého přítele, který byl dealerem drog. Tou dobou pervitin pouze šňupala. Na Silvestra se s ním rozešla a na určitou dobu pervitin užívat přestala. Po nějaké době ale začala být nervózní, takže začala kouřit marihuanu. Když navázala partnerský vztah s novým přítelem, začala kouřit marihuanu a opět začala užívat pervitin. Tvrdí, že v květnu 2015 začala být na pervitinu závislá. Nový přítel byl také dealer drog a s ním denně šňupala půl gramu pervitinu. Vanda zná osoby, kteří vaří drogy a ví o přísadách, které jsou k uvaření pervitinu potřebné. V důsledku užívání návykových látek Vanda zhubla na 48 kg (nyní váží 62 kg). V červnu 2015 začala pervitin užívat nitrožilně. Pervitin si aplikovala 2x denně. Přes zákazy rodičů utíkala z domu většinou do herny. Rodičům tvrdila, že je u kamarádky. Matka o tom, že Vanda užívá drogy, věděla od února, kdy doma našla pervitin. Vanda uvedla, že užívala pervitin každý den, experimentovala i s marihuanou, MDMA a extází. Na drogy se finančně skládala s kamarády. S kamarády, kteří byli také závislí, hráli automaty každý den. Každý den do automatů vložili cca 5000 Kč. Dohromady asi 100 000 Kč. Když měla abstinenci syndrom, chtěla si trhat zuby a křičela, že potřebuje drogy, vyskočila z třímetrové výšky oknem a ukradla matce mobil. 2 a půl týdne strávila v Kroměříži v psychiatrické nemocnici. Vyhrožovala zabitím, ale prý to nemyslela vážně. Nyní má Vanda sny o drogách a s tím spojené následné výčitky svědomí.

8) Postřehy

Z rozhovoru s Vandou jsem pochopila, že užívání pervitinu byl únik od problémů z rodiny. Vanda měla strach o matku, které se již podruhé vrátila rakovina děložního čípku. Drogy ji také poskytovaly pocit zvýšeného sebevědomí.

9) Zdroje informací

Hlavní zdroj informací v tomto případě byl uskutečněný rozhovor s pacientkou. Ta mi poskytla informace o tom, jak přišla do kontaktu s drogami a jaký byl průběh užívání. Informace od Vandy byly doplněny z chorobopisu pacientky.

10) Shrnutí

Vanda byla od narození rozmazlována rodiči. Když se narodila Vandina mladší sestra, Vanda to těžce nesla. Už nebyla středem pozornosti rodiny, proto si se sestrou ani v současnosti nerozumí. Významný mezník v životě Vandy přišel, když matka vážně onemocněla. Byl to nejspíš první impulz utéci z těžké rodinné situace na popud jejího přítele.

Ten ji slovy: „Bude ti líp.“ přesvědčil Vandu drogu užít. Vanda poznala nejen uvolňující účinek drogy, ale také zvýšené sebevědomí, které před tím postrádala. Vzhledem k tomu, že obstarávání osobních záležitostí Vandy vyřizovala zejména matka, byla Vanda nesmělá jít např. nakoupit do obchodu. Nyní si uvědomuje, jaké potíže si unikem k drogám způsobila. Nejvíce ji mrzí, že tím ublížila rodině, a zvláště matka je důvod, kvůli kterému se chce vyléčit. Vanda má obavy, že znovu začne drogy užívat, proto podstoupí následnou léčbu v Jemnici.

11) Doporučení

Je vhodné, aby Vanda podstoupila doléčovací zařízení. Bude také důležité, aby po návratu domů naplnila volný čas společnými zájmy s rodinou a kamarádkou, která ji v léčbě podporuje. Je také důležité, aby měla někoho, s kým o problémech bude moci hovořit (hlavně o nemoci s matkou). Doporučuji se vyhnout místem, kde Vanda trávila volný čas s původní partou uživatelů návykových látek, aby nedošlo k recidivě tohoto chování.

7 Závěr

Sociálně patologické jevy jsou nedílnou součástí společnosti, které negativně působí především na mladé osoby a děti. Tato problematika je aktuální, proto bylo téma sociálně patologických jevů zvoleno pro výzkum této bakalářské práce. Ze zkušeností na odborných souvislých praxích jsem měla možnost nahlédnout do problematiky sociálně patologických jevů hlouběji, zejména v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši, kde jsem také realizovala kvalitativní výzkum metodou případové studie.

Tato bakalářská práce se skládá ze dvou hlavních částí, a to z části teoretické a praktické. Teoretická část popisuje jednotlivé sociálně patologické jevy, které jsou charakteristické pro rizikové děti a mládež a byly popsány ty sociálně patologické jevy, které se v praktické části objevily u zkoumaných případů. Vzhledem k tomu, že jsou do Dětské psychiatrické nemocnice ve Velké Bíteši umisťovány děti od 3. roku do 18. roku života dítěte, následující kapitola se zabývá charakteristikou výše uvedených vývojových období. V teoretické části je také zmíněna práce s dětmi v psychiatrických nemocnicích a sociální práce s dětmi obecně.

Praktická část byla koncipována formou kvalitativního výzkumu, metodou případové sociální studie. Výzkumný soubor tvořilo 9 dětí, jenž zahrnoval 6 chlapců a 3 dívky ve věkovém rozmezí 8-17 let. Jednotlivé kazuistiky byly vypracovány na základě odborné zdravotnické dokumentace, rozhovorů s dětmi, u nichž se vyskytovaly známky sociálně patologického chování, rozhovorů s personálem Dětské psychiatrické nemocnice ve Velké Bíteši a na základě pozorování dětí při vizitách a různých pracovních a volnočasových činnostech. Sběr dat proběhl na souvislé odborné praxi v Dětské psychiatrické nemocnici v termínu od 9. 11. do 4. 12. 2015.

V empirické části byly vytvořeny kategorie, obsahující fakta, získaná z výše uvedených zdrojů. Kategorie byly rozděleny na rodinnou, zdravotní, osobní, vzdělávací a sociální anamnézu. Dále byla vytvořena kategorie pro popis sociálně patologických jevů, pro postřehy které jsem v průběhu sběru dat zaznamenala a mé doporučení.

Z celkového hodnocení kazuistik vyplynulo, že 6 z 9 dětí pochází z dysfunkčních rodin. Tyto děti byly z rodiny odebrány, nebo odloženy z vlastní vůle rodičů. Všech 6 dětí bylo zanedbáváno, týráno nebo zneužíváno. Později se u nich objevilo agresivní chování, které ve většině případů pramenilo z citového neuspokojení potřeb v dětství. U těchto dětí lze

zaznamenat narušené sociální vztahy. Zbylé 3 děti pochází z funkční rodiny. 2 děti z této kategorie jsou závislí na návykových látkách.

Celkově byly u dětí zmapovány sociálně patologické jevy v podobě závislosti na návykových látkách, gambling, agresivita, sebevražedné chování, sebepoškozování, záškoláctví a sexuální zneužívání. U dvou dětí ze tří, kteří jsou závislí na návykových látkách, lze zaznamenat také závislost u rodičů. Všechny 3 případy se dostaly do kontaktu s drogami ze zvědavosti účinku a potvrdily, že droga zvyšuje sebevědomí. Konkrétně užívaly pervitin - nitrožilně. Abúzus návykových látek byl doprovázen gamblerstvím, při kterém prohrály ohromné obnosy peněz. Dvě z těchto dětí pochází z funkční rodiny, jedno dítě z dysfunkční rodiny.

Agresivní chování bylo nejčastěji zaznamenáno u dětí, jenž trpí citovou deprivací. Konkrétně se agresivní chování vyskytlo u 5 dětí z 9. Čtyři děti z této kategorie pochází z rodiny, ve které byly oběti syndromu CAN, a čtvrté dítě je obětí šikany. Lze se tedy domnívat, že příčinou agresivní chování v tomto případě je nahromaděné vnitřní napětí, které si dítě kompenzuje na okolí. Tři děti z této skupiny trpěly formou autoagrese. Jedno z těchto dětí se pokusilo o sebevraždu. U dětí, jenž jsou závislí na návykových látkách se agresivní chování vyskytlo také. V tomto případě šlo ale o chování způsobené vlivem účinku drog nebo o agresivní chování způsobené abstinčním syndromem, kdy se dotyční pokoušeli získat drogu jakýmkoliv způsobem.

Záškoláctví bylo v tomto výzkumu zaznamenáno u 4 případů z 9. Jednalo se o 3 děti, jenž školní docházku zanedbávalo z důvodu abúzu drog, pouze 1 dítě nechtělo školu navštěvovat z důvodu šikany od spolužáků.

Z celkového hodnocení kazuistik tedy vyplývá, že se sociálně patologické chování často objevuje u dětí z dysfunkčních rodin. Nejčastěji bylo zaznamenáno agresivní chování, které je důsledkem citového strádání dítěte. Dalším často vyskytujícím jevem u dětí bylo užívání návykových látek, které pro děti představuje únik z náročné životní situace. To je způsobeno sníženou odolností vůči zátěžovým situacím a nedostatkem zkušeností při jejich řešení.

Cílem bylo zmapovat sociálně patologické jevy, které se v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši u vybraných dětí vyskytují. Dalším cílem bylo popsat

problematiku a průběh těchto jevů, popř. zjistit příčiny sociálně patologického chování u konkrétního dítěte a najít případná východiska. Uvedené cíle se mi podařilo naplnit.

Tento výzkum by měl být přínosem pro zdravotně sociální pracovníky, pro odbornou veřejnost zabývající se danou problematikou, pro studenty Vysoké školy polytechnické v Jihlavě oboru Zdravotně-sociální pracovník a pro práci s touto cílovou skupinou. Doporučení u jednotlivých kazuistik může sloužit jako inspirace k řešení podobných problémů.

8 Seznam použitých zdrojů

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

CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0062-8.

ČAČKA, Otto. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno, 2000. ISBN 1081-171-2000.

DAVID, Roman. *Práva dítěte: úmluva o právech dítěte a její charakteristika: mezinárodní ochrana práv dítěte a některé další dokumenty: rodina a základy rodinného práva*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 1999. ISBN 80-7182-076-8.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2781-3.

GELDARD, Kathryn a David GELDARD. *Dětská psychoterapie a poradenství*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-476-2.

HUČÍK, Ján a Alena HUČÍKOVÁ. *Kazuistika v sociálnej práci*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžběty, 2009. ISBN 978-80-89271-66-5.

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

KOLÁŘ, M. *Bolest šikanování*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 256 s. ISBN 80-7367-014-3.

KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3875-8.

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.

KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2.

- LACHYTOVÁ, Lenka. *Sociálna patológia*. Prešov: Vysoká škola medzinárodného podnikania, 2011. ISBN 978-80-89372-33-1.
- LANYADO, Monica a Ann HORNE. *Psychoterapie dětí a dospívajících - psychoanalytický přístup*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-568-X.
- LAŠEK, Jan a Jindra VONDROUŠOVÁ. *Psychologie sociální a osobnosti*. Hradec Králové, 2014.
- LOVASOVÁ, Lenka. *Šikana*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-65-2.
- MACEK, Petr. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X.
- MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence: [možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-771-X.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-19-9.
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- MARTÍNEK, Zdeněk. *Agrese a agresivita u dětí a mládeže*. Ilustrace Petra Kameníčková. Praha: Národní institut pro další vzdělávání, 2008. ISBN 978-80-86956-29-9.
- MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Praha: Grada, 2009. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2310-5.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Masarykova univerzita v Brně, 2002. ISBN 80-210-2511-5.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-606-9.

PREKOP, Jirina. *Jiřina Prekopová, Jaroslav Šturma - výchova láskou: rozhovor*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0077-2.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese* Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Internetové zdroje:

BEDNÁŘOVÁ, Jana. *Vybrané metody sociální práce: Učební a pracovní texty* [online]. Praha, 2010 [cit. 2016-04-23]. Dostupné z:
<http://www.eapraha.cz/joomla/images/dokumenty/ss/skripta/met.pdf>