

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Karolína Svobodová

Syndrom CAN jako rizikový faktor rozvoje závislosti

Child abuse and neglect as a risk factor for the development of addiction

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: **Mgr. Pavlína Gabrhelíková, Ph.D.**

Praha, 2019

Prohlášení:

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

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

V Praze, 24. 4. 2019

Karolína Svobodová

.....

Poděkování:

Děkuji paní Mgr. Pavlíně Gabrhelíkové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, cenné připomínky a vstřícné jednání. Dále děkuji všem klientům, kteří mi věnovali svůj čas a hovořili se mnou o nelehkém tématu. Umožnili tím vznik celé práce. Rovněž děkuji pracovníkům adiktologických služeb, kteří mi pomohli zprostředkovat kontakt s klienty a poskytli mi prostory k realizaci výzkumu. Na závěr bych ráda poděkovala rodině za pomoc při psaní bakalářské práce a za podporu v průběhu celého studia.

Identifikační záznam:

SVOBODOVÁ, Karolína. *Syndrom CAN jako rizikový faktor rozvoje závislosti. [Child abuse and neglect as a risk factor for the development of addiction]*. Praha, 2019. 53 s., 7 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Gabrhelíková Pavlína, Ph.D.

Abstrakt

Syndrom CAN považujeme za rizikový faktor rozvoje závislosti. Užívání návykových látek patří mezi strategie zvládání obtížných životních situací a řada studií potvrzuje, že osoby, kterým bylo v dětství ubližováno, drogy užívají častěji. Cílem bakalářské práce je nastínit vztah mezi syndromem CAN a rozvojem závislosti a definovat méně známé formy syndromu CAN. Dalším cílem je zjistit subjektivně vnímanou souvislost mezi syndromem CAN a rozvojem závislosti a definovat roli užívání návykových látek v kontextu ubližování v dětství. V souladu s cílem výzkumu jsem zformulovala následující výzkumné otázky. S jakými formami syndromu CAN se klienti setkali? Jakou funkci zaujímalo užívání návykových látek v souvislosti se syndromem CAN? Výzkum byl realizován prostřednictvím kazuistické studie tří klientů terapeutické komunity, kteří zažili různé formy syndromu CAN. Výsledkem práce je zjištění, že všichni uvedení klienti vnímají výše uvedenou souvislost. Užívání návykových látek jim pomohlo zařadit se do kolektivu vrstevníků, zapomenout na nepříjemné zážitky a zvýšit sebevědomí. Dále vedlo ke zlepšení komunikačních dovedností, snížení strachu, dodání odvahy k obraně a oslabení vnímání nepříznivých událostí. Návykové látky také zaujímaly funkci sebedestruktivního chování. Výsledky mohou být využity k doplnění služeb pro týrané, zneužívané a zanedbávané děti a k rozvoji primárně preventivních programů. Zároveň mohou přispět ke zvýšení motivace pracovníků adiktologických služeb s pojmem syndrom CAN více pracovat.

Klíčová slova: syndrom CAN, rizikový faktor, rozvoj závislosti.

Abstract

Child abuse & neglect we consider as a risk factor of addiction development. The use of addictive substances belongs to a strategy to deal with difficult life situations and many studies confirm that those people who was abused in childhood show more frequent use of drugs. The aim of Bachelor thesis is to outline the relationship between child abuse & neglect and development of addiction and describe less known forms of child abuse & neglect. The other goal includes finding out subjectively perceived relationship between child abuse & neglect and developmental addiction with a certain factor abuse pattern in the context of childhood harm. The following research questions were formulated in connection with the research. What forms of child abuse & neglect did clients encounter? What is the role of substance abuse in relation to child abuse & neglect? The research was conducted through a case study of three clients of the therapeutic community who experienced various forms of child abuse & neglect. The result of the work is to determine that all of the clients perceive the connection. Drug usage has helped them to join their collective peers, forget about unpleasant experiences and increase self-esteem. It also has led to improved communication skills, reduced fear, courage to defend and weakened perception of adverse events. Addictive substances also acted as a self-destructive behavior. The results can be used to complement services for abused and neglected children and to develop primary prevention programs. At the same time it can contribute more to increase the motivation of addictological service workers to work with the concept of child abuse & neglect.

Key words: child abuse & neglect, risk factor, addiction development.

Obsah

1.	Úvod.....	10
2.	Teoretická část	11
2.1	Charakteristika syndromu CAN	11
2.2	Formy syndromu CAN	11
2.2.1	Týrání dítěte.....	11
2.2.2	Zneužívání dítěte.....	14
2.2.3	Zanedbávání dítěte.....	15
2.3	Obranné a vyrovnávací strategie u dětí se syndromem CAN	16
2.4	Užívání návykových látek jako forma obranné a vyrovnávací strategie ...	17
2.5	Dlouhodobé následky syndromu CAN	19
2.6	Systém služeb pro děti se syndromem CAN.....	20
2.7	Psychopatologie závislosti na návykových látkách.....	21
2.7.1	Diagnostická kritéria závislosti.....	22
2.7.2	Specifika užívání návykových látek v adolescenci.....	22
3.	Výzkumná část.....	24
3.1	Cíle výzkumu	24
3.2	Výzkumné otázky.....	24
3.3	Základní soubor a výběr vzorku.....	24
3.4	Metody sběru a analýzy dat	25
3.5	Etická hlediska	26
3.6	Kazuistika klienta Radka	27
3.6.1	Úvod.....	27
3.6.2	Rodinná anamnéza	27
3.6.3	Osobní anamnéza.....	27
3.6.4	Sociální anamnéza	28
3.6.5	Drogová anamnéza.....	29
3.6.6	Zdravotní a psychologická anamnéza	31
3.6.7	Trestně právní a finanční anamnéza.....	31
3.6.8	Příčiny užívání návykových látek.....	31
3.6.9	Situace výchozího bodu	31
3.6.10	Doporučení	32

3.6.11	Shrnutí	32
3.7	Kazuistika klientky Beáty	32
3.7.1	Úvod.....	32
3.7.2	Rodinná anamnéza	33
3.7.3	Osobní anamnéza	34
3.7.4	Sociální anamnéza	34
3.7.5	Drogová anamnéza.....	35
3.7.6	Zdravotní a psychologická anamnéza	35
3.7.7	Trestněprávní a finanční anamnéza	35
3.7.8	Příčiny užívání drog.....	35
3.7.9	Situace výchozího bodu	36
3.7.10	Doporučení	36
3.7.11	Shrnutí	36
3.8	Kazuistika klienta Kamila	37
3.8.1	Úvod.....	37
3.8.2	Rodinná anamnéza	37
3.8.3	Osobní anamnéza	38
3.8.4	Sociální anamnéza	38
3.8.5	Drogová anamnéza.....	39
3.8.6	Zdravotně psychologická anamnéza	40
3.8.7	Trestněprávní a finanční anamnéza	40
3.8.8	Příčina užívání drog	40
3.8.9	Situace výchozího bodu	40
3.8.10	Doporučení	41
3.8.11	Shrnutí	41
3.9	Výsledky	41
3.9.1	Formy syndromu CAN podle popisu klientů	41
3.9.2	Funkce užívání návykových látek v souvislosti se syndromem CAN ..	42
3.10	Diskuze.....	43
4.	Závěr.....	46
5.	Seznam použité literatury	47

6.	Přílohy	50
6.1	Seznam použitých zkratk	50
6.2	Seznam tabulek.....	50
6.3	Informace pro účastníky výzkumu	50
6.4	Pozvánka účasti k výzkumu	51
6.5	Obecná struktura kazuistického rozhovoru s klienty.....	51
6.6	Experiment Bruse Alexandera	52
6.7	Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce.....	53

1. Úvod

Problematika týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí v lidech vzbuzuje spoustu emocí, které pramení ze zkušeností a představ o správném rodičovství. Ublíživání dítěti vyvolává pohoršení, lítost, rozčilení a aktivizuje touhu pomáhat. Reakce běžné populace na osoby užívající návykové látky bývá spíše negativní, plná opovržení a znechucení. Zkusme si však představit, že obě problematiky mohou být propojeny, protože určitému množství osob, které potkáváme intoxikované na ulici, bylo v dětství ublížováno. V této souvislosti bych ráda odkázala na experiment „kryší park“ Bruce Alexandera¹, protože dětství některých klientů připomíná život „v kleci“, kde droga představovala jediné východisko.

Syndrom CAN se dle současných studií považuje za jeden z rizikových faktorů rozvoje závislosti. Důležité je však podotknout, že příčiny užívání návykových látek jsou multifaktoriální a ne každý, kdo se s podobnými traumaty setkal, se stal závislým. Smyslem práce tedy není upřednostnit uvedenou příčinu před ostatními, ale připomenout její důležitost.

V teoretické části se věnuji popisu forem syndromu CAN a pro snazší pochopení problematiky uvádím konkrétní typy ublížování. V další části definuji obranné a vyrovnávací strategie, které lze zaznamenat v kazuistice klientů. V této souvislosti se blíže věnuji užívání návykových látek a uvádím teorie podporující chápání syndromu CAN jako rizikového faktoru rozvoje závislosti. Dále se zabývám některými dlouhodobými následky syndromu CAN, se kterými se setkáváme u klientů v praktické části. Současně uvádím vybrané služby, které poskytují různou formu pomoci osobám, které se s ublížováním setkaly. Následně popisují psychopatologii závislosti a ukotvují adiktologické pojmy. Kapitulu doplňuji krátkou charakteristikou užívání návykových látek u adolescentů, protože klienti uvedení v praktické části se s drogami setkali před osmnáctým rokem života.

Praktická část se skládá ze tří kazuistických studií demonstrujících příběhy klientů, kteří v dětství zažili syndrom CAN a později se u nich rozvinula závislost. V příbězích jsou patrné méně známé formy syndromu CAN, které mohou být z hlediska včasného zásahu i negativních důsledků na budoucí vývoj jedince podceňovány. Dále sleduji, jakým způsobem klienti vnímají souvislost mezi ublížováním v dětství a rozvojem závislosti. Nastiňuji přínosy, které klienti spatřovali v užívání návykových látek, čímž demonstruji propojenost syndromu CAN a rozvoje závislosti.

¹ Experiment Bruce Alexandera viz příloha 6.6

2. Teoretická část

2.1 Charakteristika syndromu CAN

Zkratka syndrom CAN pochází z anglického názvu *child abuse and neglect*. Pojem „*abuse*“ překládáme jako zneužívání a považujeme ho za formu aktivního ubližování dítěti. „*Neglect*“ znamená zanedbávání a označuje nedostatečnou péči o dítě. V české odborné terminologii byla zkratka doplněna o termín týrání. Syndrom CAN tedy můžeme volně přeložit jako syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Matoušek, 2017).

Krejčířová (in Bechyňová et al., 2007, p. 9) definuje syndrom CAN jako: „*Poškození fyzického, psychického nebo sociálního stavu a vývoje dítěte, které vzniká v důsledku jakéhokoliv nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby a které je v dané společnosti a kultuře hodnoceno jako nepřijatelné*“. Přičemž dodává, že formy a projevy syndromu CAN mohou být velmi rozmanité a vzájemně se kombinují.

Dunovský, Dytrich, & Matějček, et al. (1995) za týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte považují: „*Jakéhokoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele nebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, případně způsobuje jeho smrt*“ (p. 24). Uvedená definice syndromu CAN zahrnuje šikanu, kterou se v práci podrobněji zabývám.

2.2 Formy syndromu CAN

V textu využívám rozdělení syndromu CAN podle Krejčířové (in Bechyňová et al., 2007), kde jsou uvedeny tři základní formy ubližování dítěti:

- týrání (fyzické i psychické);
- zneužívání (zejména sexuální a psychické);
- zanedbávání (tělesné i emoční, tj. psychická deprivace).

2.2.1 Týrání dítěte

Fyzické týrání

Tělesného týrání je podle zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 definováno následovně: „*Jedná se o tělesné ublížení anebo nezabránění ublížení či utrpení dítěte, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo že mu vědomě nebylo zabráněno*“ (Spravedlnost dětem, n.d.).

Dunovský, Dytrich, & Matějček et al. (1995) specifikují, že tělesně týrané děti mohou a nemusí mít bezprostřední známky poranění. Patří sem také děti dlouhodobě vystavované zbytečným lékařským zákrokům, děti, kterým úmyslně není poskytnuta ochrana, bezpečí a sexuálně zneužívané děti za přítomnosti násilí. Krejčířová (in Bechyňová et al., 2007) dodává, že tělesné týrání vždy zanechává poškození psychického charakteru.

Vlivem fyzického ubližování vznikají specifické typy zranění, Dunovský, Dytrich, & Matějček, et al. (1995) rozlišují zavřená a otevřená poranění.

Zavřená poranění (bez porušení kožní bariéry):

- otřesy (tzv. *shaken infant syndrom*) s možným následkem bezvědomí a nitrolebního krvácení;
- pohmoždění;
- poranění kostí a svalů;
- poranění hlavy, míchy a nitrobřišních orgánů;
- dušení, topení;
- otravy.

Otevřená poranění (porušení kůže, sliznice, povrchu orgánů):

- rány na hlavě a hrudníku;
- nitrooční krvácení;
- popálení.

Přijatelnou míru tělesného trestání určují postoje společnosti, přičemž donedávna byly i velmi kruté tělesné tresty pokládány za oprávněné. Dodnes zůstávají v mírnější formě přijatelnými kázeňskými prostředky. Velká většina rodičů u nás souhlasí s nutností občasných plácnutí dítěte (Krejčířová in Bechyňová et al., 2007).

Nejčastěji a nejzávažněji jsou tělesným týráním ohroženy děti v prvním a druhém roce života. Mnoho dětí v tomto věku následkem tělesného týráním umírá, přičemž z přeživších dětí zůstává 50 % celoživotně tělesně, smyslově či mentálně postižených. Fyzickým násilím nejsou ohroženi pouze malé děti, jednu čtvrtinu až třetinu všech týraných dětí tvoří dospívající (Krejčířová in Bechyňová et al., 2007).

Dle výzkumu z roku 2017 realizovaného na pěti českých univerzitách, uvedlo zkušenosti s fyzickým týráním 17 % studentů (Velemínský et al., 2017). Do dětského krizového centra² bylo v roce 2017 přijato 32 dětí se vstupní diagnózou fyzického týráním, což činí 8 % z celkového počtu přijatých dětí (Dětské krizové centrum, 2018).

Psychické týráním

Definice psychického týráním podle zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 zní následovně: „*Jedná se o chování, které má vážný negativní vliv na citový vývoj dítěte a vývoj jeho chování. Citové týráním může mít formu verbálních útoků na sebevědomí dítěte, opakovaného ponižování dítěte či jeho zavrhování. Vystavování dítěte násilí nebo vážným konfliktům doma, násilná izolace, omezování dítěte, vyvolávání situace, kdy má skoro stále pocit strachu, což může též způsobit citové ublížení*“ (Spravedlnost dětem, n.d.).

Zatímco pod pojmem tělesné týráním a sexuální zneužívání si většina z nás dovede představit konkrétní činy a události, psychické týráním je i pro odbornou veřejnost hůře uchopitelné. Následky psychického týráním nejsou na první pohled zřejmé a nelze je snadno

² Dále jen DKC.

objektivně doložit či zdokumentovat (Procházková & Spilková in Dunovský, Dytrich, & Matějček, et al., 1995).

Binggeli, Hart, & Brassard (2001) rozlišují následující typy psychického týrání.

- **Pohrdání** – jedná se o posmívání, nadávky a poukazování na neschopnost dítěte.
- **Korumpování** – povzbuzování dítěte k nevhodnému chování, například k užívání návykových látek.
- **Terorizování** – patří sem vyhrožování fyzickým napadením a přihlížení domácímu násilí.
- **Izolování** – jedná se o zabránění interakce s vrstevníky, dospělými, dále o zavírání v tmavých a stísněných částech domu.

Za psychické týrání dále považujeme přetěžování dítěte spojené s vysokými nároky rodičů v oblasti školy a volnočasových aktivit. Uvedená forma je riziková v tom, že rodiče a blízké mnohdy ani nenapadne, že by dítě mohlo citově strádat (Dunovský, Dytrich, & Matějček, et al., 1995).

Psychické týrání vede k vážnému narušení psychického vývoje, přičemž nejvíce ohroženi jsou děti mezi šestým až osmým rokem života nebo v období dospívání (Krejčířová in Bechyňová et al., 2007).

Velemínský et al. (2017) uvádí, že s psychickým týráním má zkušenost necelých 21 % studentů českých vysokých škol. Za rok 2017 se v DKC objevilo sedm dětí (2 % ze všech přijatých) se vstupní diagnózou psychického týrání (Dětské krizové centrum, 2018). Méně dětí se vstupní diagnózou psychického týrání oproti fyzickému týrání nemusí znamenat, že se uvedený poměr promítá do skutečného počtu. Výzkum dle Velemínského napovídá, že se naopak vyskytuje vyšší procento dětí s psychickým týráním.

Šikanování

Mezi specifickou formu týrání patří šikana, ke které u dětí dochází v kolektivu vrstevníků. Následující definice se tedy zabývá šikanou v prostředí školy. MŠMT³ (2013) vymezilo šikanu následovně: „*Šikanování je jakékoliv chování, jehož záměrem je ublížit jedinci, ohrozit nebo zastrášovat žáka, případně skupinu žáků. Spočívá v cílených a opakovaných, fyzických a psychických útocích jedincem nebo skupinou vůči jedinci nebo skupině žáků, kteří se neumí, nebo z nejrůznějších důvodů nemohou bránit. Zahrnuje jak fyzické útoky, např. v podobě bití, vydírání, loupeží, poškozování věcí, tak i útoky slovní v podobě nadávek, pomluv, vyhrožování či ponižování. Šikana se projevuje i v nepřímé podobě jako demonstrativní přehlížení a ignorování žáka či žáků třídní nebo jinou skupinou spolužáků. Rovněž se může realizovat prostřednictvím elektronické komunikace, jedná se o tzv. kyberšikanu.*“

Říčan & Janošová (2010) specifikují úroveň vztahu mezi agresorem a obětí. Vztah považujeme za osobní a asymetrický, což znamená, že oběť agresora zná, bojí se ho a je

³ Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

proti němu bezbranná. MŠMT (2013) dále definuje důležité znaky šikany: záměrnost, cílenost, opakování (není podmínkou, pokud se jedná o zvláště krutý čin), nepoměr sil, bezmocnost oběti, nepříjemnost útoku a samoučelnost agrese.

Šikana je postupně se rozvíjející proces a podle Lovasové (2006) ji rozdělujeme do následujících fází.

1. **Ostrakismus:** Jedná se o izolaci jedince, který se následkem toho v kolektivu necítí dobře. Ostatní si z něj například dělají legraci, pomlouvají ho nebo s ním nemluví.
2. **Přitvrzování:** Agresor přitvrzuje manipulaci a může se již objevovat fyzická agrese.
3. **Vytvoření jádra:** Vzniká klíčová skupina agresorů a jejich systematická spolupráce při šikanování vhodných obětí.
4. **Mlčící většina:** Šikana se stává třídní normou a dříve neangažovaní žáci se šikany aktivně účastní.
5. **Dokonalá šikana:** Šikana se stává předmětem zájmu pro celou třídu. Dochází k rozšíření a zdokonalování násilí.

S problematikou šikany se do DKC obrátilo devět dětí, což tvoří 2 % z celkového počtu vstupních diagnóz (Dětské krizové centrum, 2018). Na Linku bezpečí za rok 2015 telefonovalo z celkového počtu 5 % dětí ohledně šikanování, přičemž se jednalo především o chlapce (Linka bezpečí, 2016). Jedná se pouze o výčet dětí, které se na uvedené typy služeb obrátily. Počet dětí, které se s problematikou setkaly, bude pravděpodobně mnohem vyšší.

2.2.2 Zneužívání dítěte

Zneužívání definujeme jako využívání dítěte pro uspokojení vlastních potřeb. Do tohoto pojmu spadá sexuální zneužívání, zneužívání dětí k práci, ekonomické zneužívání (dítě je nuceno ke krádežím) a psychické zneužívání (Krejčířová in Bechyňová et al., 2007). V textu se budu zabývat sexuálním a psychickým zneužíváním.

Sexuální zneužívání

Sexuální zneužívání se v kazuistické studii nevyskytuje. Věnuji mu však následující kapitole, protože tvoří důležitou součást syndromu CAN. Sexuální zneužívání dětí dle Krejčířové (in Bechyňová et al, 2007) označujeme anglickou zkratkou CSA (child sexual abuse). Podle zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 ho definujeme následovně: „*Jedná se o nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba*“ (Spravedlnost dětem, n.d.).

Halfarová (in Dunovský, Dytrich, & Matějček et. al., 1995) rozděljuje sexuální zneužívání na dotykové a bezdotykové. Bezdotykové pohlavní zneužívání zahrnuje exhibicionismus, vystavování dítěte pornografickým videozáznamům a obscénní telefonní hovory. Formy dotykového pohlavního zneužívání zahrnují obtěžování, při kterém je dítě osaháváno. Dále sexuální útok, při kterém je dítě za užití síly a pod pohrůzkou násilí nuceno k různým sexuálním aktivitám. Mezi další dotykové formy patří znásilnění, kdy tímto

způsobem dochází k pohlavnímu styku. Specifický typ kontaktního sexuálního zneužívání představuje pedofilní obtěžování prepubertálního dítěte a sexuální útok s následkem smrti, zde se jedná o akt sexuálního devianta. Dále sem řadíme incest, který definujeme jako sexuální aktivitu mezi osobami, které nemohou uzavřít sňatek, zejména mezi dítětem a rodičem a mezi sourozenci. Do kategorie dotykového pohlavního zneužívání zároveň patří výroba dětské pornografie a dětská prostituce.

Podle Krejčířové (in Bechyňová et al., 2007) jsou dívky sexuálním zneužíváním ohroženy častěji. Důsledky pohlavního zneužití jsou závažnější v případě dotykových forem, pokud se zneužívání opakovalo dlouho, činu se dopustil emočně blízký člověk dítěte a ke zneužití došlo za účasti násilí (Bounier et al., 1999).

Velemínský et al. (2017) ve své studii uvádí, že pohlavní zneužívání zažilo 6,4 % studentů. DKC za rok 2017 přijalo 135 dětí se vstupní diagnózou sexuálního zneužívání, což činí 37 % z celkového počtu (Dětské krizové centrum, 2018). Velké množství přijatých dětí zřejmě nesvědčí o rozšířenosti jevu, ale o jeho závažnosti a nutnosti řešení.

Psychické zneužívání

Mezi méně známou formu zneužívání dítěte patří podle Krejčířové (in Bechyňová et al., 2007) zneužívání psychického charakteru. Můžeme sem zařadit manipulaci s dítětem po rozvodu rodičů, která bývá i přes svůj častý výskyt relativně přehlížena. Manipulace nabývá různých forem, rodič si může dítě získat prostřednictvím dárků a finančních prostředků. Zároveň může snižovat hodnotu druhého z rodičů, případně dítě od rodiče úplně izolovat.

2.2.3 Zanedbávání dítěte

Dunovský, Dytrich, & Matějček, et al. (1995) zanedbávání definují následovně: „*Jedná se o situaci, kdy je dítě vážně ohroženo nedostatkem podnětů důležitých ke svému zdravému fyzickému i psychickému rozvoji*“ (p. 62). Krejčířová (in Bechyňová et al. 2007) rozděluje zanedbávání na tělesné a emoční (psychická deprivace).

Velemínský et al. (2017) upozorňuje, že hrubé zanedbávání zažilo 8 % vysokoškolských studentů. Do DKC přivedlo za rok 2017 hrubé zanedbávání 6 dětí, tedy 2 % z celkového počtu vstupních diagnóz (Dětské krizové centrum, 2018). Zde musíme být opět opatrní s interpretací výsledků, protože se nejedná o celkový výčet, ale o pouze o případy, které řešilo DKC.

Tělesné zanedbávání

Tělesné zanedbávání je podle zdravotní komise Rady Evropy pojímáno následovně: „*Neuspokojování tělesných potřeb dítěte, což zahrnuje neposkytování přiměřené výživy, oblečení, přístřeší, zdravotní péče a ochrany před zlem*“ (Spravedlnost dětem, n. d.) Spadá sem také nedostatek hygieny, vystavování dítěte stresovým situacím a nedostatečný dohled. Nejčastější formou zanedbávání ve školním věku dítěte je výchovné a výukové. Řadíme sem nedostatečné zajištění školní docházky a celkový nezájem o prospěch dítěte. Dále nedostatečný dozor nad tím, jak dítě tráví volný čas (Krejčířová in Bechyňová et al., 2007).

Dunovský, Dytrich, & Matějček, et al. (1995) uvádí, že se tělesné zanedbávání obvykle vyskytuje v prostředí socioekonomicky nízké úrovně. Krejčířová (in Bechyňová et al., 2007) však zdůrazňuje, že se zanedbávání, především výchovné, vyskytuje ve všech společenských kruzích.

Emoční zanedbávání

Emoční zanedbávání podle zdravotní komise Rady Evropy zahrnuje: „*Neuspokojování citových potřeb dítěte, pokud se týče náklonnosti i pocitu dítěte, že někam patří.*“ Pro tento jev můžeme použít označení psychická deprivace.

Krejčířová (in Bechyňová et al., 2007) vymezuje následující způsoby vzniku psychické deprivace.

- Nedostatek podnětů působících na dítě v jeho přirozeném prostředí.
- Nepřiměřené množství podnětů bez vazby na konkrétní potřeby dítěte a na jeho skutečný stav.
- Nedostatečná prostorová či časová styčnost. Dochází k časté změně prostředí, denních rituálů a pečujících osob.
- Nedostatečně rozvinutý vztah s matkou bránící v procesu integrace vlastního „já“. Absencí na dítě zaměřené pečující osoby vznikají potíže při formování identity dítěte. Dochází k narušení sebepojetí, sebeobrazu a sebedůvěry.
- Narušený proces socializace, který opět nastává v případě narušeného vztahu s matkou. Pokud matka nepřijme svoji mateřskou roli a neprojevuje o dítě dostatečný zájem, naruší se rozvoj „sociálního já“ dítěte, které mu umožňuje rozumět okolnímu světu.

Psychická deprivace může nabývat různého stupně závažnosti. Rozlišujeme lehčí formu označovanou jako psychická subdeprivace, která má na vývoj jedince méně výrazné negativní důsledky (Dunovský, Dytrich, & Matějček, et al., 1995). Emoční zanedbávání není na rozdíl od tělesného tolik patrné. Malé děti navíc nejsou schopni pojmenovat svoji frustraci a emoční zanedbávání můžeme identifikovat pouze podle známek nejisté vazby na pečující osobu⁴ (Matoušek, 2017).

2.3 Obranné a vyrovnávací strategie u dětí se syndromem CAN

Traumatické zážitky u dětí se syndromem CAN obnáší vystavení nepříjemným pocitům, například pocitům viny, studu a zahanbení. Lidskou přirozeností je se těmito neúnosným pocitům bránit. Obranné a vyrovnávací mechanismy pomáhají udržet vnitřní rovnováhu a umožňují zvládnout zátěž pocházející z nepříznivého prostředí (Baštecká et al., 2005).

Podle Matouška (2017) uvádím vybrané vyrovnávací a obranné strategie.

- **Popírání** – vytěsnění traumatické události z vědomí, vzpomínky se však mohou v průběhu života měnit.

⁴ Viz kapitola 2.4

- **Vnímání ubližování jako zasloužené** – jedná se o sebeobviňování a racionalizaci nepříznivé situace vysvětlením, že si oběť ubližování zasloužila.
- **Sebepoškozování** – oběť traumatu přenáší agresivní jednání na svoji osobu a uvolňuje si tím vnitřní napětí.
- **Sebevražedné pokusy a sebevraždy** – jednání může znamenat volání o pomoc, nebo konečný únik z nesnesitelné situace.
- **Nízké sebehodnocení** – zahrnuje pocit méněcennosti.
- **Snaha zmírnit nepříjemné stavy alkoholem, drogami, kouřením a zvýšeným příjmem jídla** – návykové látky mohou zeslabovat vzpomínky na traumatické události. Uvedená strategie nastiňuje přímou souvislost mezi užíváním návykových látek a syndromem CAN. Bližším popisem se zabývám níže.
- **Útěky z domova, snaha nebyt přítomný v rizikovém prostředí** – strategie se mimo klasický útěk z domova uplatňuje i tím, že se dítě zavírá ve svém pokoji, pobývá často mimo domov nebo u prarodičů.
- **Protiútok namířený na osobu, která je zdrojem ohrožení** – starší dítě může bránit sebe, případně další osobu, které je ubližováno.
- **Agresivní odreagování tenze na jiné osobě** – agresivní tendence mohou být mířeny proti vrstevníkům.
- **Zesílení vazby na alternativní pečovatele** – může se jednat například o prarodiče.
- **Narovnání mezi pachatelem a obětí** – oběť se může s agresorem usmířit, respektive agresor se omluví a oběť je mu schopna odpustit.
- **Nejistá vazba na pečující osobu** – viz následující kapitola.

2.4 Užívání návykových látek jako forma obranné a vyrovnávací strategie

Petersen et al. (1993) řadí užívání alkoholu i nelegálních návykových látek mezi strategie zvládání těžké životní situace. Udává několik funkcí, které v souvislosti s ubližováním v dětství mohou návykové látky zaujímat. Slouží jako psychický únik před ohrožujícím životním prostředím a považujeme je za formu sebemedikace (bližší popis níže), kdy se oběť snaží získat kontrolu nad negativními životními událostmi. Zároveň mohou sloužit ke snížení pocitů přilnutí k drogové kultuře osamělosti a ke zvýšení sebevědomí.

Darke & Torok (2013) se zabývali výzkumem osob, kteří zažili fyzické týrání. Studie zaznamenala první intoxikaci alkoholem o dva roky dříve než u osob, které fyzické týrání nezažily. Podobné závěry se prokázaly při první intoxikaci nelegálními návykovými látkami. Neproázala se však souvislost mezi fyzickým týráním a dřívějším přechodem k intravenóznímu užívání.

Proctor et al. (2017) ve výzkumu prokázala vztah mezi syndromem CAN a dřívějším rozvojem užívání marihuany v souvislosti s externalizujícím způsobem chování. Externalizující způsob chování se vyznačuje agresivitou, zlostí a společensky nepřijatelným

chováním. Internalizující způsob chování charakterizujeme otažitostí, letargií, smutkem a disociací (Purvis, Cross & Sunshine, 2007).

V následujícím textu bych ráda nastínila vybrané teorie vzniku závislosti podporující skutečnost, že užívání návykových látek řadíme mezi obranné a vyrovnávací strategie. Vznik a rozvoj závislosti je podpořenou řadou protichůdných i vzájemně se propojujících teorií.⁵ K bližšímu představení jsem zvolila teorii preexistující potřeby, která nejlépe vysvětluje vztah mezi syndromem CAN a rozvojem závislosti.

Teorie preexistující potřeby

Podle teorie preexistující potřeby vnímáme vznik a rozvoj závislosti jako naplňování psychologických potřeb. Uvedené potřeby mohou vzniknout na základě negativních zkušeností z dětství, kdy užívání návykových látek umožňuje zlepšení nepříjemných pocitů. Zároveň se může jednat o psychické problémy, které jsou prostřednictvím návykových látek oslabovány (West, 2016).

Do teorie preexistující potřeby řadíme teorii citové vazby, automedikační teorii a teorii regulace afektu (West, 2016). Blíže definuji první dvě teorie, které považuji nejvíce zaměřené na potřeby vzniklé následkem ubližování v dětství.

Teorie citové vazby (teorie attachmentu) označuje důležitost kvality vztahu mezi dítětem a primární pečující osobou. Pro psychosociální vývoj dítěte má klíčový význam vztah s matkou v prvních třech letech života. Citová vazba zásadním způsobem determinuje intrapersonální a interpersonální vztahy v pozdějším životě (Bowlby, 2010).

Bowlby (2010) rozlišuje čtyři typy citové vazby (attachmentu).

- **Jistý** – rodič je přítomen, adekvátně reaguje na potřeby dítěte a pomáhá mu překonávat úskalí.
- **Nejistý – úzkostně vzdorující** – dítě si není jisté přítomností a reakcí rodičů, tíží ho strach ze jejich ztráty. Vazba se vyvíjí v případě, že je matka určitou dobu k dispozici a posléze nečekaně vazbu naruší (např. depresivní matka).
- **Nejistý – úzkostně vyhýbavý** – dítě rodiči nedůvěřuje, učí se žít bez podpory druhých. Vazba se vyvíjí v případě, kdy matka dítě odstrčí vždy, když se pokusí s ní sblížit.
- **Nejistý – dezorganizovaný** – dítě, které nelze zařadit do předešlých kategorií.

Podle Hajného (in Kalina et al., 2015) umožňuje bezpečný attachment zvládnout velmi zátěžové emoční stavy. Nejistý attachment naopak poskytuje sníženou možnost nepříznivé emoční stavy unést. Bezpečná citová vazba umožňuje nepříznivý psychický stav řešit prostřednictvím sdílení v blízkém vztahu. Lidé s nejistým typem attachmentu si mohou potřeby nahrazovat užíváním návykových látek, které prostřednictvím vlivu na myšlení a prožívání, mohou narušenou citovou vazbu suplovat.

⁵ Viz West, R. (2016). Modely závislosti.

Automedikační teorie nám říká, že účinky různých návykových látek mohou pozitivním způsobem ovlivnit řadu nepříznivých stavů. U některých závislých jedinců se před začátkem užívání vyskytovaly psychické problémy různého charakteru. Jedná se o subjektivně pociťované úzkostné a depresivní stavy či další nepříznivé emoce, které mohly vzniknout na základě negativních životních zkušeností společně s vrozenými dispozicemi. Návykové látky pomáhají nepříznivé emoce zmírnit a začít je kontrolovat. Dochází tedy k automedikaci, kdy si lidé prostřednictvím užívání návykových látek regulují své obtíže. Díky uspokojování preexistujících psychologických potřeb může dojít k rozvoji užívání návykových látek a vzniku závislosti (Khantzian, 1997).

Závěrem bych ráda dodala, že i když existuje řada teorií vysvětlující vznik závislosti, podle Kaliny et al. (2015) je nejbližší aktuálnímu pojetí integrativní teorie⁶, která se nejvíce podobá multifaktoriálnímu paradigmatu. Uvedené paradigma říká, že na vzniku, rozvoji a udržování závislosti se podílí více faktorů, z nichž žádný nepovažujeme za nadřazený (Kalina et al., 2015).

2.5 Dlouhodobé následky syndromu CAN

Syndrom CAN nepříznivě působí na fyzický, psychologický, kognitivní a behaviorální vývoj dětí (Petersen et al., 1993). Dopad negativních zkušeností z dětství je kumulativní, což znamená čím více podobných zkušeností, tím větší dopad na lidské zdraví (Wilkins, Tsao, Hertz, Davis, & Klevens, 2014). Následující text neudává výčet všech možných následků, ale nastiňuje vybrané následky uvedené v kazuistice klientů.

Podle Petersen et al. (1993) se v adolescentním věku často setkáváme se zvýšeným rizikem kriminálního, násilného a agresivního chování. Mezi další důsledky patří sebedestruktivní jednání a sebevražedné sklony. Pozorujeme zde i časté útěky z domova.

V souvislosti s následky syndromu CAN se hovoří o transgeneračním přenosu. Dítě vyrůstající v nepříznivém prostředí si přebírá negativní vzorce chování, které později uplatňuje vůči své rodině (Dydňanská in Bechyňová et al., 2007).

Petersen et al. (1993) mezi psychické následky syndromu CAN řadí posttraumatickou stresovou poruchu, depresivní a úzkostné stavy a poruchy osobnosti. Bližší popis věnuji hraniční poruše osobnosti, protože se objevuje v kazuistice klientů. Svoboda, Češková, & Kučerová (2015) uvádí, že se hraniční porucha osobnosti vyznačuje emoční nestálostí, impulzivitou a zvýšeným sklonem k užívání návykových látek. Hraniční typ osobnosti charakterizují pocity prázdnoty, obtížná regulace emocí, sebepoškozující a suicidální pokusy.

V předchozí kapitole jsem užívání návykových látek zařadila mezi obranné a vyrovnávací strategie, protože pozitivně regulovalo negativní pocity spojené s ubližováním. Rozvoj závislosti podle Petersen et al. (1993) řadíme mezi dlouhodobé

⁶ Integrativní teorie říká, že závislost spočívá v kombinaci různých mechanismů, při kterých dochází ke kombinaci rysů osobnosti, vnitřních stavů a vnějších okolností (West, 2016).

následky syndromu CAN. Pro ilustraci uvádím vybrané studie, které se zabývaly souvislostí mezi syndromem CAN a dlouhodobým užíváním návykových látek.

Niemelä et al. (2014) se v prospektivní studii zabýval souvislostí mezi šikanou a následným užíváním návykových látek. Prokázalo se, že šikanování v dětství zvyšovalo pravděpodobnost rozvoje denního kouření tabáku u oběti i agresora. Zvýšené riziko častější opilosti u mladých dospělých se prokázalo u agresorů. Zvýšený výskyt užívání nelegálních drog byl také zaznamenán pouze u osob, které v dětství někoho šikanovaly.

Elliott et al. (2014) ve své studii zkoumá souvislost mezi syndromem CAN a rozvojem nikotinové a alkoholové závislosti v dospělosti. U všech forem syndromu CAN bylo zaznamenáno zvýšené riziko rozvoje závislosti na alkoholu a nikotinu, přičemž nejsilnější vliv vykazovalo sexuální zneužívání. Čím více negativních zážitků respondenti uvedli, tím byla prokázána významnější asociace.

2.6 Systém služeb pro děti se syndromem CAN

Pro inspiraci uvádím vybrané služby, které se zabývají problematikou syndromu CAN. Seznam čerpám z internetových stránek Národního informačního centra pro mládež. Jedná se o služby realizované v Praze (Bělíková, 2018), systém služeb mimo Prahu bude omezen.

Dětské krizové centrum

Dětské krizové centrum vzniklo jako první specializovaná služba, zaměřující se na děti se syndromem CAN. DKC poskytuje ambulantní služby cílené na krizovou pomoc, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a péči sociálně právní ochrany dětí. Mezi další poskytované služby patří Linka důvěry, která nabízí krizovou telefonickou pomoc. Působnost DKC zahrnuje oblast primární, sekundární i terciální prevence a právní poradenství (Dětské krizové centrum, 2015).

Linka bezpečí pro děti a mládež

Linka bezpečí nabízí dětem a studujícím podporu s řešením obtížných životních situací. Poskytuje anonymní a bezplatné poradenství a krizovou intervenci prostřednictvím telefonu, emailu a chatu. Děti mohou zanechat vzkaz rodičům v případě, že jsou na útěku. Mezi další služby patří rodičovská linka, kde jsou řešeny obtížné rodinné situace, spojené s výchovou dětí. Opět se jedná o intervenci prostřednictvím telefonu, emailu a chatu (Linka Bezpečí, n.d.).

Triangl – centrum pro rodinu

Triangl poskytuje odbornou podporu jednotlivým členům rodiny i rodině jako celku při řešení obtížných situací s cílem stabilizovat rodinný systém. Nabízí individuální poradenství pro děti, dospívající i dospělé. Dále párové i rodinné poradenství, videotrénink interakcí, vrstevnické skupiny pro děti a dospívající a skupiny pro rodiče. Poskytované služby jsou bezplatné a lze v nich vystupovat anonymně (Centrum sociálních služeb Praha, n.d.).

Centrum Élektra

Centrum Élektra poskytuje odbornou pomoc osobám, které v dětství či v dospělosti zažily sexuální násilí. Konkrétní formy pomoci zahrnují individuální, skupinovou a párovou terapii. Dále nabízí podpůrné skupiny pro rodinné příslušníky obětí sexuálního násilí. Centrum Élektra poskytuje internetové a telefonické poradenství a poradenství prostřednictvím emailu či klasické korespondence. Mezi další služby patří krizová intervence a videotrénink interakcí (Centrum Élektra, 2019).

Dům tří přání

Dům tří přání poskytuje sociální služby dětem do osmnácti let, kteří zažívají obtížnou životní situaci různého charakteru. Zároveň poskytuje služby pro rodiče, kteří potřebují podporu při výchově dítěte. Dům tří přání poskytuje sociálně rehabilitační služby, krizovou intervenci a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a poradenské služby (Dům tří přání, 2017).

Fond ohrožených dětí

Fond ohrožených dětí zřizuje Klokánek, tedy službu nabízející přechodnou rodinnou péči na dobu, dokud se děti nebudou moci vrátit do své původní rodiny, případně do doby, než pro ně bude nalezena trvalá náhradní rodinná péče. Fond ohrožených dětí dále vyhledává náhradní rodiny pro děti, které se nemohou do původní rodiny vrátit. Zaměřuje se na osvětu, zlepšení legislativního rámce a praktických dovedností. Fond ohrožených dětí má celorepublikovou působnost (FOD, 2012).

Anima terapie

V rámci poskytovaných služeb nabízí Anima terapie projekt Závislý na závislých. Cílovou skupinou jsou děti z rodin, kde se vyskytuje závislost, ale také děti, které zažívají jinak náročnou situaci v rodině. V rámci projektu probíhají skupiny pro děti a dospívající, které vedou dva terapeuti a jsou realizovány jednou týdně. Mezi další poskytované služby patří individuální terapie, poradenské služby a pobytové akce (Anima terapie, 2015).

2.7 Psychopatologie závislosti na návykových látkách

Vzhledem k tomu, že se v textu hojně objevuje pojem užívání návykových látek, uvedu základní definice, které stupně užívání specifikují. Jeřábek (in Kalina, et al., 2015) rozlišuje:

- **úzus psychoaktivní látky** – jednorázové či opakované užívání návykové látky, které nevede k významnému poškození organismu jednice;
- **abúzus psychoaktivní látky** – škodlivé užívání návykové látky, vede k tělesnému, psychickému nebo interpersonálnímu poškození jedince;
- **syndrom závislosti** – odpovídá diagnostickým kritériím rozvoje závislosti.

2.7.1 Diagnostická kritéria závislosti

Podle MKN – 10⁷ (ÚZIS ČR, 2018) závislost definujeme následovně: „*Závislost je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.*“ Diagnóza závislosti se stanovuje v případě, že během posledního roku došlo k naplnění minimálně třech uvedených kritérií (ÚZIS ČR, 2018):

- silná touha nebo puzení užívat látku;
- potíže v kontrole užívání látky, pokud jde o začátek, ukončení či o množství;
- somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit nebo odstranit jeho příznaky;
- průkazná tolerance, čímž rozumíme vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami;
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a věnování zvýšeného množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení se z jejího účinku;
- pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků;

Dále podle MKN – 10 (ÚZIS ČR, 2018) uvádím vybrané psychické poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek.

- **Akutní intoxikace** – změna psychofyziologických funkcí nastávající po užití psychoaktivní látky.
- **Odvykací stav** – dostavuje se při nedostatku psychoaktivní látky po předchozím dlouhodobém užívání.
- **Psychotická porucha** – objevuje se během nebo po užití psychoaktivní látky a vyznačuje se halucinacemi, bludy a psychomotorickými poruchami.

2.7.2 Specifika užívání návykových látek v adolescenci

Otten, Mun, Shaw, Wilson, & Dishion (2018) uvádí, že traumatické zkušenosti z dětství vedou k dřívějšímu užívání návykových látek. Zahájení užívání v mladém věku přináší oproti dospělé populaci významnější rizika. Koranda (in Kalina et al., 2015) udává, že se zvyšuje pravděpodobnost zaostávání v sociálním, psychickém i fyzickém vývoji a nastává vyšší riziko vzniku závislosti. U mladých uživatelů pozorujeme vyšší riziko kriminality a rozvoje psychických poruch. Dále pozorujeme častější úmrtí následkem úrazů, otrav a sebevražd.

U nezletilých klientů podobně jako u dospělých nalézáme duální diagnózy. Koranda (in Kalina et al., 2015) mezi nejčastější řadí:

- poruchy chování (zejména ADHD) a poruchy emocí (iritabilita, dysforie, impulzivita, labilita);

⁷ Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

- psychotické poruchy;
- afektivní a anxiózní poruchy;
- posttraumatická stresová porucha – posttraumatická porucha podle Petersen et al. (1993) patří mezi přímé následky syndromu CAN;
- sebepoškozování – podle Petersen et al. (1993) ho opět lze zařadit mezi důsledky syndromu CAN.

3. Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce byla realizována prostřednictvím kazuistické studie tří klientů terapeutické komunity, kteří odpovídají níže definované cílové skupině. Na závěr kazuistického rozhovoru jsem položila níže uvedenou otázku zaměřující se na subjektivní vnímání příčiny rozvoje závislosti.

3.1 Cíle výzkumu

Obecným cílem bakalářské práce je nastínit vztah mezi syndromem CAN a rozvojem závislosti prostřednictvím popisu životní cesty adiktologických klientů. Předpokládám, že syndrom CAN hrál v rozvoji užívání významnou roli a záměrem práce je skutečnost ověřit. Konkrétním cílem je popsat méně známé formy syndromu CAN, které mohou být při práci s klienty bagatelizovány. Záměrem je také zjistit, zda klienti subjektivně vnímají souvislost mezi syndromem CAN a rozvojem závislosti. Dalším cílem je definovat roli užívání návykových látek v kontextu ubližování v dětství.

3.2 Výzkumné otázky

S jakými formami syndromu CAN se klienti setkali?

Jakou funkci zaujímalo užívání návykových látek v souvislosti se syndromem CAN?

3.3 Základní soubor a výběr vzorku

Základní soubor tvořili klienti ambulantních a pobytových adiktologických služeb v České republice. Záměrem nebylo zohlednit fázi léčby a z toho důvodu jsem vyhledávala zařízení léčebného i doléčovacího typu. Neoslovila jsem nízkoprahová zařízení, protože kazuistický rozhovor by mohl být pro klienty těchto služeb náročný. Zároveň by mohlo dojít k většímu zkreslení informací, protože se jedná o aktivní uživatele. Klienti tvořící základní soubor udávali ubližování v dětství, které lze zařadit mezi formy syndromu CAN. Dalším požadavkem podmiňujícím účast ve výzkumu byla zletilost.

Vzorek jsem vybírala následujícím způsobem. Prostřednictvím emailu jsem oslovila vedoucí pracovníky výše definovaných adiktologických služeb. Oslovené služby jsem vybírala na základě osobní preference. Krátce jsem se představila a nastínila základní informace o chystaném výzkumu. Uvedla jsem název a téma bakalářské práce, definovala cíle i cílovou skupinu a stručně popsala metodiku výzkumu. Součástí emailu byla otázka, zda se v zařízení vyskytují klienti, kteří by odpovídali cílové skupině. Současně jsem žádala o případné zprostředkování setkání s klienty. Kontaktovala jsem šest terapeutických komunit, čtyři psychiatrické nemocnice a pět služeb následné péče.

Odpověď jsem obdržela od dvou terapeutických komunit. S pojmem syndrom CAN se podle informací získaných od pracovníků obou terapeutických komunit příliš neworkuje. Nicméně klienti, kteří zažili nějaké formy ubližování se zde nacházejí. Pracovník jedné terapeutické komunity navrhl, že klientům výzkum nabídne. Žádný zájemce se neobjevil. Pracovníci druhé terapeutické komunity mi umožnili představit klientům výzkum přímo

v zařízení. Domluvili jsme se na konkrétním termínu příjezdu do komunity. Klienti svolali mimořádnou situaci a umožnili mi výzkum nabídnout. Krátce jsem je informovala o tématu práce a o způsobu realizace. Při popisování výzkumu jsem nepoužila pojem syndrom CAN, ale ubližování v dětství, aby bylo zřejmé o co se jedná. Přihlásili se čtyři klienti, kteří byli ochotni účastnit se výzkumu. V prostorách terapeutické komunity jsem měla k dispozici klidnou místnost, kam za mnou klienti postupně přicházeli. Průběh rozhovoru popisuji níže.

Dále jsem obdržela tři zpětné vazby z psychiatrických nemocnic. Pracovníci ze dvou nemocnic uvedli, že klienti, kteří zažili syndrom CAN se v jejich zařízení nenachází. Třetí odpověď zahrnovala informaci, že mi aktuálně z časových důvodů nemohou vyhovět.

Z následné péče se mi ozvaly tři služby, přičemž v jednom případě pracovníci opět uvedli, že klienti se syndromem CAN se v jejich zařízení nenachází. Pracovníci z dalších dvou služeb následné péče mi odpověděli, že by bylo možné výzkum realizovat. S pracovníky jednoho typu zařízení jsem se sešla osobně. Uvedla jsem základní informace o výzkumu a domluvili jsme se, že by bylo možné vytvořit pozvánky, kde bych klienty o možnosti účasti ve výzkumu informovala.⁸ Vytvořené pozvánky jsem zaslala do zařízení, pracovníci je uložili na viditelné místo a klienty na pozvánky upozorňovali. Dvě klientky mě na základě pozvánek telefonicky kontaktovaly. Domluvily jsme se na osobním setkání, které bylo realizováno v prostorách následné péče, tedy v místě jejich léčby. Do druhého typu následné péče jsem pozvánky zaslala také, klienti mě však nekontaktovali.

Časový harmonogram výzkumu byl následující. Komunikace s uvedenými službami probíhala od počátku prosince 2018 do února 2019. Terapeutickou komunitu jsem navštívila na konci ledna a setkání s klientkami následné péče bylo realizováno během jednoho týdne v polovině února.

3.4 Metody sběru a analýzy dat

Na začátku setkání jsem klientům podala informace pro účastníky výzkumu⁹, informovaný souhlas proběhl ústní formou. Při rozhovoru s klienty jsem se řídila obecnou strukturou rozhovoru.¹⁰ Nejprve jsem každého nechala volně vyprávět svůj životní příběh. Posléze jsem se doptávala na určité aspekty, které klienti spontánně nezmínili.

Na závěr rozhovoru jsem položila otázku: „Proč si myslíte, že jste začal/a užívat drogy?“ Cílem bylo zjistit subjektivně vnímanou souvislost mezi syndromem CAN a rozvojem závislosti. Otázku jsem formulovala tímto způsobem, abych klientům vzájemnou souvislost nepodsouvala.

Sezení trvalo přibližně hodinu a půl. Začátek i konec jsem odlehčila neutrální otázkou „Jak se máte?“ a „Co máte dnes v plánu dělat?“ Všichni klienti byli při příchodu i odchodu bez známek rozrušení.

⁸ Viz příloha 6.4

⁹ Viz příloha 6.3

¹⁰ Viz příloha 6.5

Rozhovory jsem nahrávala na diktafon v mobilním telefonu (se souhlasem klientů). Následně jsem je přepsala do nestrukturované podoby. K nahrávce ani přepsaným rozhovorům nebyl umožněn přístup žádné další osobě. Přepsané rozhovory jsem dále anonymizovala a upravila do strukturované podoby. Text jsem rozdělila do následujících částí: úvod, anamnézy, výchozí bod, příčiny užívání návykových látek, doporučení a shrnutí. Neanonymizovaná data jsem po vytvoření kazuistiky smazala. Zdroj pro vytvoření kazuistiky tvořily pouze informace získané od klientů. Cíle bakalářské práce se zaměřovaly především na subjektivní pohled klientů, nebylo tedy nezbytné informace doplňovat jinými zdroji.

Při hodnocení výsledků jsem se soustředila na výzkumné otázky. Nejprve jsem se zaměřila na otázku: „*S jakými formami syndromu CAN se klienti setkali?*“ Negativní zkušenosti z dětství jsem na základě popisu klientů zařadila mezi jednotlivé formy syndromu CAN. Při určování konkrétního typu jsem se řídila rozdělením syndromu CAN dle Krejčířové (in Bechyňová et al., 2007), které uvádím v teoretické části.¹¹

Dále jsem se zaměřila na subjektivně vnímanou souvislost syndromu CAN a rozvoje závislosti. Hodnotila jsem ji na základě závěrečné otázky: „*Proč si myslíte, že jste začal užívat drogy?*“ V případě, že klienti příčinu užívání drog dávali do souvislosti s negativními událostmi z dětství, vnímala jsem souvislost za prokázanou. V další části jsem odpovídala na výzkumnou otázku: „*Jakou funkci zaujímal užívání návykových látek v souvislosti se syndromem CAN?*“ Hodnocení proběhlo na základě informací z rozhovoru, kdy klienti popisovali, co jim drogy přinášely.

Rozsah bakalářské práce mi neumožnil využít všech šest zpracovaných kazuistických studií, zvolila jsem tedy kazuistiky třech klientů terapeutické komunity, které problematiku nejlépe prezentují.

3.5 Etická hlediska

Následující kapitola popisuje etické aspekty ve vztahu k účastníkům výzkumu. Informovaný souhlas proběhl ústní formou po předložení informací pro účastníky výzkumu¹². Při realizaci výzkumu jsem dodržovala následující etické zásady.

Etická klauzule

V práci je zcela zajištěna anonymita klientů. Informace, podle kterých by bylo možné klienty identifikovat, byly změněny, nejsou zde uváděna pravá jména a žádné konkrétní názvy měst či institucí.

Materiál pro zpracování této práce jsem měla k dispozici se souhlasem respondenta. Žádala jsem o souhlas s nahráváním rozhovoru. Další nakládání s nahrávkou zahrnovalo uchování v elektronickém nosiči, přičemž nahrávka nebyla nikomu přístupná. Po zpracování

¹¹ Viz kapitola 2.2

¹² Viz příloha 6.3

informací jsem nahrávku i přepis rozhovoru smazala. V případě telefonické reakce na pozvánky k výzkumu, jsem telefonní číslo klienta po setkání smazala.

Při rozhovoru jsem se snažila postupovat tak, aby nedošlo k rozrušení či poškození klientů. Na začátku a na konci rozhovoru jsem položila neutrální otázku, uvedenou v předchozí kapitole. Rozhovor proběhl v prostředí, které bylo pro klienty bezpečné. Nabídla jsem klientům možnost doptávat se na informace ohledně realizovaného výzkumu.

3.6 Kazuistika klienta Radka

3.6.1 Úvod

Následující kazuistika nastiňuje příběh Radka, kterému je 30 let a léčí se ze závislosti na marihuaně a pervitinu. S Radkem jsem se setkala během jeho druhé léčby v terapeutické komunitě. K účasti ve výzkumu se přihlásil na základě zkušenosti s šikanou, kterou zažíval na základní škole. V průběhu rozhovoru působil jemně, jeho projev byl precizní a měl jasnou strukturu.

Cílem kazuistiky je poukázat na závažnost šikany, jejíž dopady mohou být v rámci problematiky syndromu CAN podceňovány. Dále bych ráda nastínila, jakou funkci může hrát užívání návykových látek v kontextu nepřijetí do kolektivu.

3.6.2 Rodinná anamnéza

Radek se narodil do úplné rodiny, matka pracovala jako zdravotní sestra a otec podnikal. Rodina byla vždy dobře materiálně zajištěna. Otec pracoval dlouho do noci a s Radkem trávil pouze víkendy. Když byl Radek v páté třídě, rodiče měli autonehodu, přičemž matka strávila osm měsíců v nemocničním zařízení a nějakou dobu po propuštění byla na invalidním vozíku. Významný časový úsek nebyla díky zdravotní indispozici dostupná. Rodiče jsou spíš abstinenčně založeni, matka občas pije víno, otec jednou užil konopí.

Mezi další rodinné příslušníky patří sestra, která je o čtyři roky starší. Radek si s ní v průběhu dětství příliš nerozuměl. Sestra měla svůj svět a v kolektivu byla oblíbená. Brzy si našla přítele a odstěhovala se z domu. Radek zůstal v pokoji sám a špatně to snášel. Sestra má zkušenost s užíváním pervitinu a extáze, našla si přítele, který prodával drogy a fyzicky ji napadal. Radek ji vnímá jako silnější osobnost, protože se závislosti dokázala zbavit sama.

3.6.3 Osobní anamnéza

Radek byl tiché a uzavřené dítě. Rád četl knihy a bavilo ho učení. Dle jeho slov měl tendenci všechny poučovat a uvádět věci na pravou míru. Na jednu stranu na sebe byl hrdý, že zná „všechny vlajky světa“, ale na druhou stranu se neustále snažil zařadit do kolektivu. V průběhu dětství se zdrhával v mluvení, což mu snižovalo sebevědomí. Po autonehodě rodičů se komunikační obtíže ještě prohloubily. Radek se začal uzavírat do sebe. Za několik týdnů se situace obrátila a Radek začal více zlobit, což mělo pozitivní dopad na jeho přijetí do kolektivu. Na střední škole začal šikanovat ostatní žáky, protože si dle jeho slov chtěl

vyzkoušet, jaké to je. Po prvních etapách užívání pervitinu byl údajně bláznivý, komunikativní a sebevědomý člověk, který měl kolem sebe mnoho přátel.

Aktuálně u sebe vnímá významný problém s agresivitou. Registruje potíže se sebeovládáním a ostatní lidé z něj údajně mají strach. V případě, že se dostane do konfliktu, nerad ustupuje. Vnímá to jako pozůstatek nepříjemných událostí z dětství, protože se již nechce cítit utlačovaný. Agresivní chování tvoří bariéru ve vztahu k ostatním.

3.6.4 Sociální anamnéza

Mateřská a základní škola

Radek si vzpomíná, že již v mateřské škole si špatně hledal kamarády. Děti ho odstrkovaly, protože chtěl všechny poučovat. Na základní škole situace gradovala a Radek se stal obětí šikany. Spolužáci se Radkovi posmívali, dělali mu různé naschvály, schovávali mu věci, a nakonec docházelo i k fyzickému napadání. Díky špatné výslovnosti se stával terčem posměchu. Mezi spolužáky byl považován za „třídního šprta“ a paní učitelky ho dávaly za příklad. Doma se snažil nedávat najevo, že se něco děje. V sedmi letech začal hrát fotbal s cílem najít si kamarády, ale situace na kroužku probíhala podobně jako ve škole.

V páté třídě Radek přestoupil na jinou školu, protože vynikal v matematice a rodiče se domnívali, že tam bude lepší úroveň výuky. Radek doufal, že si najde kamarády, ale o prázdninách onemocněl a nastupoval až v říjnu, takže přišel do utvořeného kolektivu. Spolužáci ho nepřijali, bavili se s ním jenom „outsideri“, Radek však toužil po společnosti osob, které měly ve třídě nějaké postavení. Krátce po autonehodě rodičů se přestal učit a všimnul si, že k němu spolužáci změnilí přístup. V kolektivu vrstevníků si stále připadal nízko, ale vnímal, že změna postoje k učení ho společensky posunula.

Radek začal závodně běhat, ale v kolektivu sportovců mu ostatní také ubližovali. Stříleli do něj kuličkovými pistolkami a posmívali se mu. V té době se Radek poprvé odhodlal s problémem svěřit trenérovi, který řekl: „Je dobře, že to vím, ale musíš počítat s tím, že se situace ještě zhorší.“ Nepřišla tedy žádná pomoc. V té době dostal Radek poprvé záchvat vzteku. Začal být agresivní na jednoho spolužáka ze sportovního klubu, fyzicky ho napadl a způsobil mu zranění. Na základě tohoto incidentu Radka z klubu vyloučili, což vnímal jako velkou křivdu.

Situace ve škole se zlepšila, protože se obměnil kolektiv. Radek se nové spolužáky snažil zaujmout a nosil jim dárky. Vnímá však, že dárky jsou hlavní příčinnou, proč se o něj spolužáci zajímají. Negativní pocity ve třídě umocnila třídní učitelka, která na Radka slovně zaútočila, protože jí neřekl, že rodiče měli autonehodu. Bral to jako křivdu, protože se nerad svěřuje a ona mu to dávala za vinu. Zároveň ho nutila číst nahlas knížky, u kterých věděla, že bude mít problém s výslovností. Začaly se mu posmívat i děti, se kterými se mu dařilo prostřednictvím dárků navázat aspoň nějaký kontakt. Z jemnějších forem se šikana opět přesunula k fyzické agresi. Spolužáci na Radka čekali před školou, brali mu věci, házeli mu tašku na strom a bili ho.

V sedmé třídě potkal svoji první lásku. Když spolu byli venku, cítil se velmi dobře, ale ve třídě dívka předstírala, že Radka nezná, což ho utvrzovalo v tom, že je jiný. Následně

začal dělat problémy ve škole, aby na sebe upozornil. Rozbíjel okna, rozkopával dveře, několikrát se situace řešila s ředitelem. Na konci základní školy měl čtyřky a pětky, dokonce musel dělat reparát.

Střední škola

Radek nastoupil na střední školu, která ho nebavila, ale vyhovovalo mu, že se dostal do třídy, kde byly především dívky. Od počátku měl kázeňské problémy, nechtěl vyčnívat tím, že by se učil. Dělal potíže, terorizoval učitele i slabší spolužáky. Zapadl mezi prospěchově nejhorší studenty, což mu dělalo radost, protože patřil mezi oblíbené lidi. Každé pololetí propadal, na konci prvního ročníku měl trojku z chování a podmíněčné vyloučení. Začal chodit za školu, ve druhém ročníku do školy nepřišel téměř vůbec. Problémy vždy řešil otec, nějakou dobu s Radkem nemluvil a potom se vše vrátilo do normálu. Radek zdůrazňoval, že nikdy nepřišel žádný trest, takže mu nic nebránilo v podobném chování pokračovat. Dodnes je otázka trestu jeho velké téma.

V osmnácti letech si našel dívku, která neměla zkušenost s užíváním žádných drog. Radek v té době již užíval pervitin. Chodil s ní čtyři roky a cítil se šťastný. Po absolvování střední školy úspěšně složil maturitní zkoušku. Když to přišel s velkým nadšením oznámit domů, otec řekl že mu maturitu koupil, což Radkovi velmi srazilo sebevědomí.

Práci si dlouhou dobu nehledal a bydlel u rodičů. Po absolvování první léčby vystřídal různá zaměstnání, ale nikde nevydržel déle než dva měsíce. Do práce buď nepřišel, nebo se neshodl s nadřízenými. Měl obtíže s autoritami a udává, že byl drzý a agresivní na ostatní. Jeden ze zaměstnavatelů se Radkovi posmíval, což mu připomnělo šikanu v dětství, proto ho fyzicky napadl.

3.6.5 Drogová anamnéza

Rozvoj užívání návykových látek

Ve dvanácti letech Radek začal kouřit cigarety, protože si myslel, že se tím zařadí mezi oblíbené děti. Situace na základní škole se však nezměnila. Zanedlouho poté mu spolužáci nabídli marihuanu. Rozhodl se ji užít se stejným motivem jako u cigaret, chtěl se začlenit do kolektivu. I přes jeho snahu ho spolužáci nepřijali. Radek od té doby začal tabák i marihuanu užívat pravidelně.

V šestnácti letech mu spolužák nabídl pervitin s tím, že zapomene na všechno, co se stalo a bude z něj někdo jiný. Od té doby užíval pervitin každý den. Začal doma krást, o peníze dříve neměl nouzi, ale na drogy to nestačilo. Díky užívání pervitinu byl mnohem komunikativnější, dařilo se mu začlenit do kolektivu a měl kolem sebe partu kamarádů. Před svou dívkou užívání pervitinu čtyři roky tajil. Po maturitě dostal auto, které během prvních dní kousek od domu naboural, protože byl pod vlivem drog. Otec vzal řízení na sebe, takže Radek o řidičský průkaz nepřišel. Po tomto incidentu se jeho přítelkyně dozvěděla, že užívá drogy. Radek jí slíbil, že přestane, abstinovat však nedokázal a přítelkyně se s ním rozešla. Poté zvýšil frekvenci užívání a začal se vyhýbat kamarádům. V té době stále bydlel u rodičů a nemusel si hledat zaměstnání, protože doma měl dle jeho slov veškerý komfort. Dnes

vyčítá rodičům, že ho nenutili, aby si našel práci. Podobný životní styl vedl následujících několik let. Radek během drogové kariéry vyzkoušel kokain, extázi, LSD a hrál automaty, jednalo se však o příležitostné události. Problémy v souvislosti s užíváním alkoholu neudává.

Léčebné intervence a relaps

Před sedmi lety nastoupil na první léčbu do pobytového zdravotnického zařízení. Nevnímal, že by měl nějaký problém, léčbu se rozhodl podstoupit kvůli rodičům. Všichni ostatní klienti se ho báli, protože dle jeho slov budil hrůzu a vyvolával konflikty. Nejhorší zážitek v léčbě nastal v momentě, kdy přijela na pobyt matka. V rámci terapie jí musel říct celou svoji drogovou kariéru. Matka s ním zbytek pobytu nemluvila a když odjížděla, řekla mu, že k němu ztratila veškerou důvěru. Rodiče ho však podporovali stejnou měrou, posílali mu balíčky a navštěvovali ho.

Radek po absolvování léčby ve zdravotnickém zařízení nastoupil na popud rodičů do terapeutické komunity. Zaujímal agresivní postoj k ostatním a držela se v něm nenávist k lidem. Nechtěl přestat užívat marihuanu, tvrdil že mu nikdy nic špatného neudělala. Z terapeutické komunity odešel do doléčovacího zařízení na chráněné bydlení mimo místo svého bydliště. Našel si zaměstnání, které ho bavilo, ale o práci nakonec přišel, protože ho nahradil člověk, kterého Radek sám zaučoval, což vnímal jako významnou křivdu.

Radek začal ještě při pobytu na chráněném bydlení užívat marihuanu a hrát automaty, protože chtěl utéct z reality. Po odchodu z doléčovacího zařízení se zvýšila frekvence užívání marihuany, bydlel sám a trápily ho výčitky.

Po nějaké době se vrátil do místa svého bydliště, kde si našel přítelkyni a společně se nastěhovali k jeho rodičům do bytu, kde měli patro sami pro sebe. Přítelkyně užívala pervitin, nabídla mu a Radek do toho spadl znovu. Vztah s přítelkyní hodnotí na jednu stranu kladně, na druhou stranu se velmi hádali, někdy na sebe útočili i v půl třetí ráno a často k nim jezdila policie. Všechny hádky se týkaly drog a zahrnovaly dramatické situace. Radek se zpětně domnívá, že s ním přítelkyně chodila z vypočítavosti, protože pochází z dobré rodiny. Po roce se rozhodli, že si najdou společné bydlení. Radek odjel krátce potom na neočekávanou služební cestu do zahraničí a nepodařilo se mu odeslat zprávu přítelkyni. Když se vrátil domů, byt byl úplně prázdný, přítelkyně si vzala všechno vybavení včetně psa, což Radka nejvíce mrzelo.

Frekvence užívání se opět zvýšila. Matka poznala, že se něco děje a našla Radkovi práci mimo rodné město. Radek nějakou dobu bydlel na ubytovně, kde potkal drogového dealera, který ho naučil pervitin aplikovat intravenózně. Společně prodávali drogy, často se dostával do situace, kdy měl strach o život. Radek se zanedlouho octnul na ulici, spával na poliklinikách a v parcích. Provozoval trestnou činnost a měl problémy s policií. Po jednom nepříjemném zážitku po užití neznámé látky si řekl, že už to takhle dál nejde a odjel domů požádat o pomoc. Doma oznámil, že jde do terapeutické komunity, ale místo toho odjel užívat za kamarádem. Posléze mu sestra poslala zprávu s výzvou, že pokud se sebou chce

něco udělat, má za ní přijet. Nechala ho u sebe pár dní přespat a poté ho podpořila v nástupu do terapeutické komunity.

3.6.6 Zdravotní a psychologická anamnéza

Radek neudává závažnější onemocnění. Po autonehodě rodičů užíval léky na uklidnění, když se matka dostala z nepříznivého zdravotního stavu, léky mu vysadila. Při prvním pobytu v terapeutické komunitě začal poté, co fyzicky napadl jiného klienta, užívat Mirtazapin. Lék mu údajně pomohl, cítil se klidný, ale příliš utlumený. Po nějaké době léky vysadil, načež dostal záchvat vzteku. Nyní medikaci užívat nechce.

Zdravotní komplikace v souvislosti s užíváním pervitinu zahrnují třes celého těla. Dále poukazuje na poruchu soustředění a panickou hrůzu z většího množství lidí. V terapeutické komunitě špatně spí a objevují se noční můry.

3.6.7 Trestně právní a finanční anamnéza

Částka, kterou Radek odcizil z rodinného rozpočtu, se pohybuje kolem jednoho milionu korun. Když to otec Radkovi řekl, nemohl tomu uvěřit. V období střední školy se Radek dostal do konfliktu s policií kvůli sprejování, výtržnictví, vandalství a ničení cizího majetku. V období stráveném na ulici se často dopouštěl krádeží, ale situace byla vždy vyřešena pokutou. Všechny dluhy a pokuty chodily domů, rodiče je vždy zaplatili.

3.6.8 Příčiny užívání návykových látek

Radek začal kouřit, aby se lépe zařadil do kolektivu. Ze stejného důvodu začal užívat marihuanu, která navíc fungovala místo léků na uklidnění, které bral po autonehodě rodičů. Marihuana mu pomáhala zapomenout na nepříjemné pocity, a i když se mu to nepodařilo úplně, cítil se spokojenější. Pervitin začal užívat s tím, že na všechno zapomene a stane se z něj někdo jiný. Jeho očekávání bylo naplněno, navíc se po užití pervitinu zlepšily jeho komunikační dovednosti a zvýšilo se mu sebevědomí.

3.6.9 Situace výchozího bodu

Radek se v terapeutické komunitě léčí dva měsíce. V kolektivu se necítí dobře, má konflikty s některými klienty a terapeuty. Vadí mu nedodržování pravidel, ale nechce na to upozorňovat, aby se nedostal do pozice „toho co všechny poučuje“, protože s tím má spojené traumatické zážitky z dětství. Navíc dostal podmíněčné vyloučení za vztah, i proto se snaží na sebe příliš neupozorňovat. Momentálně má naplánovanou operaci a obává se, že se do terapeutické komunity nebude moct vrátit, protože by nezvládal pracovní terapii.

Rodina ho v terapeutické komunitě navštěvuje a sestra dochází na individuální terapii. Rodiče se terapií účastnit nechtějí, protože neradi hovoří o svých pocitech. Pro Radka už to údajně jednou podstoupili a nepomohlo to. Matka si jeho potíže dává za vinu, domnívá se, že selhala. Radek rozumí tomu, že rodiče nechtějí terapii podstupovat znovu, závislost vnímá jako svůj problém. Nynější vztah s rodinou hodnotí jako nejlepší, co kdy měl. Váží si toho, že komunikuje se sestrou, i když vztahy v dětství nebyly ideální.

Rodina dodnes neví o tom, že byl Radek šikanovaný. Matka v této souvislosti jednou zmínila, že je důležité, co se děje teď a ne, co se dělo v dětství, což naznačuje že o problémech něco tuší. Radek jim nikdy neřekl, že užíval intravenózně a obává se každé návštěvy, aby se to rodiče nedozvěděli. Rád by léčbu dokončil a dokázal jim, že není ztracený.

3.6.10 Doporučení

Považuji za vhodné dokončit léčbu v terapeutické komunitě i přes zdravotní indispozici, která po absolvování operace nastane. V rámci léčby by bylo vhodné s tématem šikany dále pracovat, protože Radka v různých aspektech života ovlivňuje. V ideálním případě by bylo vhodné s tématem pracovat společně s rodinnými příslušníky, protože matka o situaci zřejmě tuší, nicméně konkrétní události nebyly nikdy vysloveny. Po absolvování základní léčby doporučuji doléčování s chráněným bydlením v jiném městě, než Radek užíval. Zároveň bych zvažila konzultovat s klientem nasazení psychiatrické medikace.

3.6.11 Shrnutí

Radek se celou základní školu potýkal s šikanou, přičemž šikana se neodehrávala pouze ve škole, ale také ve sportovních kroužcích. I přesto, že se Radek odhodlal svěřit svému trenérovi, žádná pomoc nikdy nepřišla. Na šikaně se podle Radkova popisu podílela i třídní učitelka. Rodinní příslušníci nic nevěděli a vzájemné vztahy se jeví jako problematické. Rodiče měli hodně práce, matka byla poměrně dlouhou dobu fyzicky indisponovaná a sestra žila ve vlastním světě. Radek se všemožně snažil zapadnout do kolektivu, kupoval spolužákům dárky, zlobil a začal užívat návykové látky. Nejprve cigarety, později marihuanu a pervitin. Marihuana ho uklidňovala a pomáhala mu zapomenout na všechno negativní. Díky pervitinu přestal zadržovat v mluvení a zlepšila se komunikace s ostatními. Zároveň si mezi uživateli drog našel přátele, které celé dětství a dospívání postrádal.

Prostřednictvím užívání návykových látek se mu dle jeho slov podařilo vymanit z pozice „outsidera“. Začal být agresivní a dokázal si vybudovat respekt. Místo chytrého žáka, který všechny poučuje, si zvolil cestu záškoláctví a výtržnictví, protože to byl jediný způsob, jak se zařadit. Dnes agresivní chování vnímá spíše negativně, protože se dostal do pozice, kdy není žádané. Léčbu se snaží brát vážně a vnímá ji jako poslední šanci urovnat vztahy v rodině.

3.7 Kazuistika klientky Beáty

3.7.1 Úvod

Beátě je 24 let a setkaly jsme se během její léčby v terapeutické komunitě. Beáta je závislá na pervitinu a v minulosti zneužívala benzodiazepiny. Aktuálně se potýká s toxickou psychózou a má diagnostikovanou hraniční poruchu osobnosti. V dětství byla svědkem domácího násilí mezi rodiči. Po rozvodu se nastěhovala k otci, protože ji prostřednictvím

dárků zmanipuloval. Soužití s otcem definuje jako citově chladné. Na základní i střední škole zažívala šikanu.

Svůj příběh vyprávěla velmi stručně a odosobně. Uvedla, že si na některé části svého života nevzpomíná a že si není jistá uvedenými daty. Rozhovor probíhal formou otázek a odpovědí, nikoliv volného vyprávění příběhu jako u ostatních klientů.

Cílem kazuistiky je nastínit příběh klientky, která užívání návykových látek vnímá jako formu sebedestruktivního chování. Dalším cílem je poukázat na fenomén přihlížení domácímu násilí a psychického zneužívání.

3.7.2 Rodinná anamnéza

Beáta se narodila do úplné rodiny a nemá žádné sourozence. V jedenácti letech se rodiče rozvedli a Beáta se rozhodla, že bude bydlet se svým otcem. Otec si našel přítelkyni, se kterou měl další dvě dcery. První dceři je aktuálně dvanáct let a Beáta o ní říká, že je tichá a uzavřená. Druhé dceři je pět let a má diagnostikovaný autismus. Otec trpí panickou poruchou a matka je zdravá. Ani jeden z nich nikdy neužíval nelegální návykové látky, alkohol konzumují na běžné úrovni. Matčini bratři však měli zkušenosti s užíváním nelegálních návykových látek. Matka pracovala jako zdravotní sestra, otec podnikal a nevlastní matka byla nezaměstnaná. V dětství fungovala jako opora Beátina babička.

Beáta si na dobu před rozvodem rodičů příliš nepamatuje. Později, během vyprávění svého příběhu, si vzpomněla na některé dramatické události, které se před rozvodem rodičů odehrály. Pravidelně docházelo k fyzickému násilí, jednou byla svědkem toho, jak otec praštil matku pánvičkou po hlavě.

Když bylo Beátě jedenáct let, vyrazili s otcem na výlet a po příjezdu domů zjistili, že jim doma zůstala jenom mikrovlnka a sušenky, což si dodnes jasně vybavuje. Při rozvodu ji otec prostřednictvím dárků zmanipuloval, aby se nastěhovala k němu. Řekl jí, že u něj dostane všechno, co si přeje, protože má dost peněz. Beáta se k němu nastěhovala. Otec velmi pracoval a neměl na ni dostatek času. Snažila se získat pozornost prostřednictvím zlobení a špatných známek ve škole, ale dosáhla jí pouze ve smyslu kázeňských postihů. Otec se podle Beáty nikdy neuměl vcítit do pocitů ostatních a potřebu pozornosti nezaregistroval. Vyčítá mu, že byl stále pryč a nechával jí příliš volnosti. Na druhou stranu podotýká, že pro ni otec hodně udělal a finančně byl pro ni významnou oporou.

S matkou se Beáta pravidelně vídala, trpěla však tím, že o ni neprojevovala dostatečný zájem. Matka si později našla přítele, se kterým Beáta nevycházela příliš dobře a dodnes má do bytu zakázaný vstup. Dnes velmi lituje, že si při rozvodu nezvolila bydlet s matkou, protože by ji údajně dokázala lépe vychovat.

Otec si našel přítelkyni, se kterou si Beáta vůbec nerozuměla. Navíc se domnívala, že si otce vzala z vypočítavosti, protože za ni zaplatil všechny dluhy. Několikrát se spolu velmi pohádaly. Nevlastní matka vyžadovala autoritu, kterou Beáta nechtěla respektovat.

Ve 22 letech se jí narodila dcera, o kterou se Beáta nějakou dobu starala, ale jednou se nevrátila domů a malé dítě nechala samotné. Toho podle Beáty využila její matka a požádala o svěření dítěte do péče. Ve 23 letech jí byla dcera odebrána. Dceři jsou aktuálně

dva roky a vídají se minimálně, protože přítel matky nechce Beátu pouštět do bytu. Mrzí ji, že neví, v jakém prostředí dcera vyrůstá a že nikdy nebyla přítomna na její narozeniny. Matka dítě občas přiveze do terapeutické komunity, ale návštěvy neprobíhají pravidelně. Beáta by ráda měla dceru u sebe, ale momentálně se necítí natolik v pořádku, aby o ni mohla pečovat.

3.7.3 Osobní anamnéza

Beáta uvádí, že v dětství byla spíš tichá a samotářská. Vybavuje si události kolem rozvodu rodičů, kdy cítila velký zmatek, protože nerozuměla tomu, proč matka odešla. Dodnes vnímá jako velmi zraňující, že o ni matka při rozvodu údajně neprojevovala dostatečný zájem. Beáta tvrdí, že se jí matka vzdala, což dodnes považuje za své velké téma a v rozhovoru na to často odkazovala. Cítí se provinile za to, že se podobně zachovala ke své dceři a opakuje tak chybu své matky. V dětství si připadala na všechno sama a necítila ve své rodině oporu. Neustále se snažila upoutat pozornost zlobením doma nebo ve škole, ale ani jeden z rodičů se jí dostatečně nevěnoval. Dodnes si vyčítá, že se otcem nechala zmanipulovat a po rozvodu se k němu nastěhovala.

Beáta u sebe popisuje nízké sebehodnocení. Nevěří, že se jí podaří dokončit léčbu. Pociťuje zlost vůči rodičům a ve svém životě identifikuje různé křivdy. Největší zlost však směřuje vůči své osobě a obviňuje se za životní nezdary.

3.7.4 Sociální anamnéza

Spolužáci Beátu od první třídy využívali. Jako jedna z prvních měla doma internet, takže k ní spolužačky chodily s tím, že jsou její kamarádky, ale údajně jim šlo pouze o to dostat se na internet. Situace postupně přešla v šikanu, která gradovala tím způsobem, že Beáta stěží dokončila základní školu. Beáta říká, že jí ostatní děti ubližovaly, protože měla jiné názory a starší holky si na ni „vylévaly komplexy“. Šikana nabývala různých forem, spolužáci po Beátě házeli vajíčka a několikrát dostala facku. Docházelo i ke kyberšikaně, kdy ji ostatní natáčeli na „youtube“ a zveřejňovali zesměšňující videa. Doma nikdo nic nepoznal a Beáta se nesvěřila, bála se, že by jí nikdo nevěřil.

Šikana pokračovala i na střední škole. Spolužáci se Beátě posmívali, uráželi ji a na sociální síti zveřejňovali zesměšňující příspěvky. Během studia nastali chvíle, kdy se situace zmírnila. Beáta však svoji pozici v kolektivu vnímala velmi nízko. Střední školu nakonec nedokončila, zbýval jí poslední rok studia. Trvalé zaměstnání neměla a stále bydlela u otce.

Ve 22 letech se jí narodila dcera, otec dítěte však neplnil svoji roli. Beáta si našla přítele a navázala první „opravdový“ vztah. Po krátké době se k němu nastěhovala a jejich soužití trvalo tři měsíce. Beáta ho finančně podporovala a užívali spolu pervitin. Kvůli neplacení nájmu je z bytu vyloučili a přítel se s ní rozešel. Beáta skončila na ulici, protože se kvůli užívání drog nemohla vrátit domů. Pobývala u různých známých a později na squatu s dalšími uživateli. Živila se trestnou činností, konkrétně krádežemi a podvody s kreditními kartami. Provozovala prostituci, což pro ni znamenalo rychlý přísun finančních prostředků. Díky tomu si mohla někdy zaplatit hotel a nemusela spát na ulici.

3.7.5 Drogová anamnéza

V šestnácti letech Beáta poprvé užila konopí, intoxikace zahrnovala úzkostné a depresivní stavy a ke konopí se již v průběhu života nevrátila. V podobném časovém horizontu začala kouřit cigarety. Ve 20 letech jí lékař předepsal benzodiazepiny, ale Beáta nedodržovala dávkování, rok a půl léky užívala velmi intenzivně. Nejprve jí pomáhaly na úzkosti, ale později je potřebovala k normálnímu fungování. Po nějaké době začala po vysazení pociťovat abstinenční příznaky, například bolesti hlavy a nevolnost. Po vysazení se k benzodiazepinům nevrátila. Dále zkoušela užívat opiáty, nejdříve kodein a před nástupem do léčby také heroin. Jednalo se však o krátký časový úsek.

Ve 22 letech se poprvé setkala s pervitinem, který si sama vyhledala s tím, že ho chce vyzkoušet. Nejprve užívala jednou týdně intranazálně. Když ve 23 letech přišla o dceru, začala si pervitin aplikovat intravenózně. Poté co se Beáta dostala na ulici, užívání pervitinu se výrazně zvýšilo. Aplikovala si až šestkrát za den velké dávky. Údajně užívala intravenózně, protože si chtěla připadat jiná než ostatní a možná na sebe chtěla upozornit. Dnes říká, že toho lituje. Užívání vyústilo v toxickou psychózu, kvůli které byla několikrát krátkodobě hospitalizovaná. Později se po užití propadala do větších depresí, stále se však hnala za pocity, které měla při „prvních nájezdech“.

Zároveň byla několikrát přijata do nemocnice kvůli sebevražedným sklonům. Beáta také podstoupila několik dlouhodobějších hospitalizací ve zdravotnickém zařízení pro léčbu závislosti na pervitinu. Z první absolvované léčby po krátké době utekla, z dalších třech zařízení byla vyloučena. Během poslední léčby po dvou měsících zrelapsovala. Nechtěli ji však vyhodit na ulici a pomohli jí zařídit dřívější nástup do terapeutické komunity.

3.7.6 Zdravotní a psychologická anamnéza

Beátě byla ve 20 letech diagnostikovaná hraniční porucha osobnosti. Několikrát se pokusila o sebevraždu. Od 12 let se s různou frekvencí sebepoškozuje, tento typ chování považuje za demonstrativní a přináší jí úlevu.

Aktuálně pociťuje úzkosti a užívá Olanzapin a Chlorochlypson. Léky jí ulevují od nepříjemných stavů, ale zvýšila se jí hmotnost, takže by medikaci ráda změnila. I po dvou měsíční abstinenci má toxickou psychózu, dělá jí problém rozeznat, co je realita a co nikoliv. Udává agresivní hlasy, které ji navádí k sebevraždě.

3.7.7 Trestněprávní a finanční anamnéza

Beáta se během drogové kariéry zadlužila u různých společností. Aktuálně pobírá dávky hmotné nouze. Beáta je trestně stíhaná a čekají ji dva soudy za podvody, krádeže a neplacení alimentů. Z předchozího řízení má uložené tři podmíněčné tresty a obecně prospěšné práce. Velmi se obává, že bude muset nastoupit do vězení.

3.7.8 Příčiny užívání drog

Užívání drog považuje za formu sebeustrukce.

3.7.9 Situace výchozího bodu

Beáta se nachází v první fázi léčby v terapeutické komunitě. Léčbu vnímá jako náročnou, ale důležitou. Ráda by ji dokončila, příliš si ale nevěří, protože se jí to nikdy předtím nepodařilo. S ostatními klienty vychází dobře. Během pobytu v terapeutické komunitě byla krátkodobě hospitalizovaná na psychiatrii kvůli přetrvávající toxické psychóze a úzkostným a autoagresivním stavům.

Vztah s matkou Beáta vnímá jako chladný, dvakrát týdně si telefonují a matka nepravidelně jezdí na návštěvy. Na rodičovské skupiny nechodí. Matka s ní údajně komunikuje jenom protože musí, ale ve skutečnosti ji Beátina situace nezajímá. Otec jí nevěří a při poslední komunikaci navrhl, ať se mu ozve po půl roce léčby. Matka s otcem se prostřednictvím Beátiny dcery sblížili, protože spolu občas jedou na výlet. S nevlastní matkou Beáta naposledy krátce hovořila před nástupem do komunity, jejich vztah definuje jako „nijaký“. Se sestrami se nevidá a ostatní příbuzní, jako babička, tety a strýcové s ní nekomunikují.

Mrzí ji, že nemá pevné rodinné vztahy. Ráda by to změnila, ale domnívá se, že je příliš pozdě. Stála by o to alespoň upevnit vztah s otcem a matkou, ale je přesvědčená, že ze sebe bude muset ještě hodně investovat.

3.7.10 Doporučení

Doporučuji řádné ukončení léčby a zajištění pravidelného kontaktu s psychiatrem. Případně by mohlo být vhodné upravit medikaci, pokud Beátě nevyhovuje. Vzhledem k relativně nízkému věku klientky považuji za důležité navázat spolupráci s rodinou. Dále doporučuji pravidelnější setkávání Beáty s její dcerou, protože separovat dítě od matky v momentě, kdy je matka ve stabilizovaném stavu, nepovažuji za vhodné. Samozřejmě je nutné uzpůsobit četnost návštěv tak, aby na Beátu ani na dítě nepůsobila negativně. Vzhledem k probíhajícímu trestnímu stíhání bych klientce doporučila bezplatné právní poradenství. Dále by bylo vhodné s pomocí sociálního pracovníka zjišťovat výši dluhů a snažit se nepříznivou finanční situaci řešit. Po absolvování základní léčby doporučuji doléčování s chráněným bydlením.

3.7.11 Shrnutí

Beáta do svých jedenácti let žila v rodině, kde se mezi rodiči vyskytovalo domácí násilí, což považujeme za formu psychického týrání. Beátiny vzpomínky na dané období jsou minimální. Následoval náročný rozvod rodičů, kdy matka odešla z domu, aniž by to Beáta tušila. Po rozvodu rodičů se Beáta nastěhovala k otci, protože jí slíbil dostatečný přísun finančních prostředků, což podle popisu naplňuje kritéria psychické manipulace. Soužití s otcem definuje jako chladné a s nevlastní matkou měla konflikty. S matkou se pravidelně vídala, ale jejich vztah je problematický. Beáta trpí tím, že o ni neprojevovala dostatečný zájem. Na základní i střední škole zažívala šikanu. Ve dvanácti letech se objevilo sebedestruktivní chování a následně pokusy o sebevraždu. Mezi sebedestruktivní chování řadí i užívání návykových látek.

Ve dvaceti letech ji byla diagnostikována hraniční porucha osobnosti a zažila epizodu užívání benzodiazepinů, na kterých popisovala fyzickou závislost. Dva roky poté začala užívat pervitin a zanedlouho skončila na ulici. I přes relativně krátkou drogovou kariéru absolvovala velké množství hospitalizací. Aktuálně se léčí v terapeutické komunitě a má doznívající toxickou psychózu. Ráda by zlepšila rodinné vztahy a začala se vídat se svojí dvouletou dcerou.

3.8 Kazuistika klienta Kamila

3.8.1 Úvod

Kamilovi je 23 let a setkali jsme se během jeho léčby v terapeutické komunitě. V průběhu dětství a dospívání zažíval fyzické a psychické týrání ze strany nevlastního otce. Od šestnácti let užíval marihuanu a od osmnácti pervitin.

Během rozhovoru působil velmi jemně až dětsky. V průběhu sezení se ujišťoval, které pasáže z jeho života má zmínit a projevil obavu, že se nedokáže přesně vyjádřit. Navzdory projevené nejistotě hovořil srozumitelně a strukturovaně.

Cílem kazuistiky je poukázat na možné snížení strachu prostřednictvím užívání marihuany a pervitinu. Dále popsat nepřiměřené srovnávání se sourozencem jako jednu z forem psychického týrání.

3.8.2 Rodinná anamnéza

Kamil se narodil do úplné rodiny, ale v jeho třech letech se rodiče rozvedli a kontakt s biologickým otcem byl výrazně narušen. Do Kamilových dvanácti let se ho otec snažil navštěvovat. Poté co se rodina přestěhovala, přestal svého otce vídat. Když bylo Kamilovi sedmáct let, jeho biologický otec zemřel. Dodnes ho mrzí, že nešel na pohřeb. Matka si nikdy nepřála, aby se Kamil s otcem stýkal. Z předchozích negativních zkušeností se obávala, že by ho otec ohrozil. Z otcovy strany má Kamil tři sourozence a rád by se s nimi po dokončení léčby seznámil.

Od tří let Kamila vychovával nevlastní otec. Z jeho strany má Kamil o dva roky mladší sestru. Otčím měl dobré postavení v místní firmě. Matka pracovala manuálně, ale později si dodělala vzdělání a nyní je zaměstnaná v mateřské školce. Matka a otčím nekouří, alkohol konzumují společensky.

Kamil měl vždy velkou oporu v babičce a dědovi, u kterých nějakou dobu bydlel. Babička ho podporovala a snažila se urovnávat složité vztahy v rodině. Později, v období užívání pervitinu, s ním udržovala kontakt a pomáhala mu s nástupem do léčby.

Do Kamilových dvanácti let spolu všichni členové rodiny standardně vycházeli. Po přestěhování si rodiče vzali hypotéku a začaly starosti o finance. Otčím se vracel pozdě domů, býval unavený a agresivní. Kamil zastával teorii, že na vlastní dceři by si zlost nevybil, ale na něm snadno. Kamilovi moc nešlo učení ve škole. I když se snažil, dostával špatné známky. Následkem neúspěchů ve škole ho začal otčím trestat, dostával zákazy a objevovalo se i fyzické napadání. Když přinesl špatnou známku, nejdříve otčímovi musel

uvést důvod, jestliže vysvětlení nebylo uspokojivé, následovalo bití. Když otčím viděl, že má Kamil dobrou náladu, snažil se mu ji něčím zkazit. Zatímco matka měla v práci dvě směny, otčím měl pouze ranní. Kamil s ním tedy trávil odpoledne doma, takže byl pro takové jednání vytvořený prostor. Sestra měla samé jedničky a rodiče sourozence často srovnávali. Kamil vnímal neustálé srovnávání jako velmi nespravedlivé a bylo pro něj těžké přijmout, že sestra měla o tolik snazší cestu. Kamil musel doma za trest pomáhat výrazně častěji než sestra a za neuspokojivé plnění povinností dostával facky. Občas došlo i k vážnějšímu napadení, kdy ho otčím například hodil na zeď.

Kamil se jednou odhodlal říct matce co se děje, ona tomu ale odmítala uvěřit. Babička a děda se snažili matku přesvědčit o neúnosnosti situace, ona si však stála za tím, že jsou dlouholetí partneři a nechce nic měnit. Navíc dodala, že si za případné tresty Kamil může sám. V Kamilových čtrnácti letech se situace změnila a matka chtěla požádat o rozvod. Syn jí to nakonec rozmluvil s tím, že se může odstěhovat k babičce, což ale nakonec neudělal. Z domů odešel až v sedmnácti letech a nastěhoval se k přítelkyni. Matka za ním jezdila na návštěvy a projevovala zájem, nevlastní otec nikoliv. Domů jezdil výjimečně, protože vždy když dorazil, necítil se dobře. V období užívání návykových látek se rodinná situace ještě více narušila. Otčím se s Kamilem odmítal kontaktovat, avšak matka a babička se ho snažily přesvědčit, aby nastoupil do léčby.

3.8.3 Osobní anamnéza

Kamil byl v dětství spíše tichý a měl problémy v komunikaci, údajně nedokázal utvořit souvislou větu. Ve škole zažíval potíže se soustředěním. Později začal zlobit, protože mu to pomáhalo mít alespoň někde převahu, když doma zažíval násilí. Kázeňské postihy a špatné známky znamenaly nárůst fyzických trestů. Po cestě ze školy se cítil špatně a přemýšlel co řekne otčímovi, aby nepřišel trest. Začal se bát chodit domů, takže cestu prodlužoval a pravidelně se toulal po lese, kde přemýšlel o životě.

Aktuálně uvádí problém s agresí, všechny rady a připomínky vnímá jako útok na svoji osobu a má tendenci se hájit nepřiměřeným způsobem. Agresivní tendence vnímá jako komplikaci v procesu léčby. Trápí ho nízké sebevědomí a strach z života mimo chráněné prostředí.

3.8.4 Sociální anamnéza

Kamilovi se ve škole nedařilo dosáhnout výborného prospěchu. Nedával pozor, dostával špatné známky a měl kázeňské problémy. V kolektivu vrstevníků se cítil lépe než doma. Zapadl mezi žáky, kteří ve škole zaujímalí podobnou roli, měli tedy kázeňské problémy a horší prospěch. Žádného opravdového kamaráda neuvedl, vystupoval spíš jako samotář.

Nastoupil na střední školu, kde s kamarády začal falšovat omluvenky. První dva roky se mu podařilo ustát, ale kvůli četným absencím nedodělal třetí ročník. V té době navázal vztah se svojí první přítelkyní, ke které se v sedmnácti letech odstěhoval. Její rodina mu v obtížné životní situaci velmi pomohla. Nechala ho bydlet v jejich domě, aniž by musel

platit nájem. S přítelkyní se však po roce vztahu rozešel a nastěhoval se k babičce. Přestoupil na učiliště, kde si našel druhou přítelkyni, na kterou byl velmi fixovaný. Popisoval, že mu vadilo, když trávil čas s někým jiným. Společně nechodili do školy a volné chvíle trávili užíváním drog, takže první ročník ani jeden z nich nedokončil. Přítelkyně se rozhodla ročník opakovat, ale Kamil raději nastoupil do práce. Nějakou dobu se mu dařilo zaměstnání udržet, ale většinu příjmu utratil za drogy. V žádném zaměstnání však nezůstal dlouho a vzhledem k negativním zkušenostem zaměstnavatelů se mu později nedařilo práci vůbec nalézt. Když prarodiče zjistili, že Kamil užívá drogy a nechodí do práce, řekli mu, že u nich nemůže dál bydlet. Po nějaké době života na ulici přestal hledat i krátkodobé přivýdělky a začal se živit krádežemi.

3.8.5 Drogová anamnéza

Rozvoj užívání návykových látek

Kamil v šestnácti letech začal užívat marihuanu. Pod vlivem marihuany začal otčímovi říkat, že mezi sourozenci dělá velké rozdíly a ať ho raději nevychovává on, ale matka. Zároveň se tolik nebál chodit domů. Když dorazil, zavřel se v pokoji a dokázal otčímovy narážky ignorovat.

V osmnácti letech společně s jeho druhou přítelkyní poprvé vyzkoušel pervitin. Nejprve užívali jenom spolu, ale později začala přítelkyně užívat i se svými kamarády, což vedlo k častým sporům. Přítelkyně se následkem častého kontrolování s Kamilem rozešla. Rozchod byl pro něj velmi zraňující a díky tomu přešel k intravenóznímu užívání. V té době začal hrát automaty a vnímal to jako zábavu, která ho finančně obohatila.

Ve dvaceti letech ho prarodiče vyhodili z domu a Kamil se dostal na ulici. Přespával u kamarádů a na ubytovnách, později se odstěhoval na squat. Živil se trestnou činností, zejména drobnými krádežemi. Babička mu občas přinesla jídlo a kávu, což pro něj znamenalo jediný kontakt s rodinou. Když užil pervitin, chodil na procházky do přírody a spával v posedu. Tvrdí, že se za tu dobu velmi přiblížil přírodě.

Kamil od dětství kouří cigarety, alkohol mu příliš nechutná, ale na „rodinném obědě si dá jedno pivo“. Hraní automatů jako závislost nevnímá. S jinými návykovými látkami zkušenost neudává.

Léčebné intervence

Kamil se ve 22 letech rozhodl, že by svoji situaci rád řešil a odjel za matkou, která mu pomohla zařídit detoxifikaci. Čekací doba byla měsíc, během této doby žil u rodičů, ale spíše se jich stranil. V den, kdy měl nastoupit do léčby, utekl za kamarádem na squat. Později se nastěhoval k prarodičům, protože jim slíbil, že přestane užívat drogy a začne chodit do práce. První měsíc opravdu neužíval a pravidelně docházel do zaměstnání, ale další měsíc začal znovu brát pervitin a o práci přišel. Když to prarodiče zjistili, nemohl u nich dál bydlet. Odešel ke kamarádce užívat pervitin, kde bydlel další dva měsíce. Následně si uvědomil, že jeho životní styl rodině ubližuje a začal docházet na konzultace do nízkoprahového zařízení. Zde si uvědomil, že na něj okolí nahlíží negativně a jeho rodina tím velmi trpí. Matka

a babička se s ním snažily udržet kontakt. Nevlastní otec nevěřil, že se situace může změnit a nechtěl mít s Kamilem nic společného.

Po nějaké době života na ulici Kamil opět kontaktoval rodinu s prosbou o pomoc. Matka mu zařídila detoxifikaci, kam tentokrát nastoupil. Z detoxifikačního oddělení přešel do terapeutické komunity.

3.8.6 Zdravotně psychologická anamnéza

Kamil je od dětství alergický na mrkev, jinak žádná onemocnění neudává. Popisuje psychologické problémy, které souvisely s nepříznivou situací v dětství. Zažíval strach a nechut' vratet se domů. Nikdy se však nedostal do fáze, kdy by přemýšlel nad sebevraždou.

V době užívání byl kachektický, bolely ho nohy i klouby a cítil se unavený. Žádné závažnější onemocnění v souvislosti s užíváním neměl. Medikaci neudává. V době užívání se začal stranit lidí, odsuzoval je a nechtěl se nikomu dívat do očí. Popisuje, že na tom byl psychicky velmi špatně a občas na několik dní zůstal v lese, kde přemýšlel o životě. Trápily ho špatné sny a po probuzení se cítil unavený.

3.8.7 Trestněprávní a finanční anamnéza

Kamil má velké množství dluhů, ale rodina slíbila, že mu se splácením pomůže. Aktuálně se snaží zjišťovat, kde dluhy má a jakou částku tvoří. Zároveň si hledá brigády, aby mohl začít splácet. Rád by si ještě našetřil peníze, aby mohl vzít rodinu na dovolenou. Chtěl by dokončit střední školu, kterou původně studoval a najít si zaměstnání v zahraničí. V období užívání se živil krádežemi, ale problémy se zákonem neudává.

3.8.8 Příčina užívání drog

Marihuana Kamilovi přinášela úlevu od nepříjemných pocitů. Když užil marihuanu, nebál se jít domů a dařilo se mu nepříznivou situaci ignorovat. Dokázal otčímovi říct něco tvrdého do očí, což mu zřejmě zvyšovalo sebevědomí, protože se dokázal bránit. Pervitin začal užívat ze strachu z života venku. Nevěřil sám v sebe, musel hospodařit s penězi a zodpovědnost, kterou představoval život mimo rodinu, ho děsila. Pervitin se stal jeho primární drogou, protože mu přinášel lepší pocity než marihuana.

3.8.9 Situace výchozího bodu

Kamil se nachází v první fázi léčby v terapeutické komunitě. Léčbu vnímá kladně, rozumí si se svojí terapeutkou i s ostatními klienty. Aktuálně je odhodlaný k dlouhodobé abstinenci a vnímá jedinečnou šanci začít nový život.

Rodinná situace se jeví velmi příznivě. Všichni členové rodiny jsou nadšení, že Kamil nastoupil do léčby a v terapeutické komunitě ho pravidelně navštěvují. Otčím se s ním snaží navázat vztah, omluvil se za své chování a dochází na individuální terapie. Vyptává se ostatních klientů na jejich zkušenosti s pervitinem a snaží se pochopit jeho účinky na lidskou psychiku. Slíbil, že Kamila zaměstná u něj ve firmě a pomůže mu se splácením dluhů.

3.8.10 Doporučení

Vzhledem k aktivní spolupráci rodiny a přístupu Kamila se jeho situace jeví příznivě. Velké nadšení rodiny však vnímám jako rizikové, protože by je mohl případný relaps velmi zklamat. Práce s rodinou by se mimo jiné mohla zaměřovat i na přijetí případného relapsu. Dále bych Kamila podporovala v aktivním řešení situace s dluhy. Kamilovi bych doporučila řádné dokončení léčby včetně psychiatrického vyšetření a následné absolvování doléčování ambulantního či pobytového charakteru.

3.8.11 Shrnutí

Kamil se od svých dvanácti let v rodině necítil dobře, protože docházelo k psychickému a fyzickému týrání ze strany jeho nevlastního otce. Situaci se snažil konzultovat s matkou, která si dlouho nepřipouštěla, že by mohlo docházet k ubližování. V těžkých chvílích mu byli oporou prarodiče, kteří se navíc snažili přesvědčit matku, aby s otčímem promluvila. K výrazné změně rodinného prostředí však nedošlo. V šestnácti letech začal užívat marihuanu, která snižovala strach chodit domů. Dále se díky účinkům marihuany dokázal nad nepříznivou situací povznést a v případě potřeby pro něj bylo snazší se bránit. Pervitin začal užívat v osmnácti letech a jeho účinky mu umožňovaly snížit strach z života mimo domov. Díky užívání pervitinu se dostal na ulici, kde strávil tři roky. Kamil s podporou matky a babičky nastoupil na detoxifikaci a do terapeutické komunity. Vztahy v rodině se během léčby velmi zlepšily a nevlastní otec s Kamilem znovu navázal kontakt. Dále dochází na individuální konzultace a slíbil, že mu po absolvování léčby pomůže začít nový život bez drog.

3.9 Výsledky

Výsledky strukturuji do dvou kapitol na základě výzkumných otázek. Nejdříve definuji, jaké formy syndromu CAN klienti uvedli, posléze popisují funkci užívání návykových látek v souvislosti s prožitým ubližováním v dětství.

3.9.1 Formy syndromu CAN podle popisu klientů

Kapitola se zabývá výzkumnou otázkou: „*S jakými formami syndromu CAN se klienti setkali?*“ Klienti uvedli týrání fyzického a psychického charakteru, šikanu, psychické zneužívání a psychické zanedbávání. V uvedených kazuistikách se nevyskytuje sexuální zneužívání a fyzické zanedbávání. Radek se v dětství a dospívání setkal s šikanou, kterou řadíme mezi týrání. Dále nastiňuje částečnou nedostupnost rodičů, kterou však kvůli nedostatečnému popisu nemohu definovat jako zanedbávání. Beáta popisuje šikanu, která probíhala na základní i střední škole. Dále udává psychické zneužívání formou finanční manipulace a psychické zanedbávání. Zároveň popisuje, že byla svědkem násilí mezi rodiči, což považujeme za formu psychického týrání. Kamil uvádí fyzické a psychické týrání ze strany svého nevlastního otce. Pro lepší přehlednost jsem jevy znázornila v následující tabulce.

Tabulka 1: Formy syndromu CAN podle popisu jednotlivých klientů

Klienti	Formy syndromu CAN				
	Psychické týrání	Fyzické týrání	Šikana	Psychické zneužívání	Psychické zanedbávání
Radek			X		
Beáta	X		X	X	X
Kamil	X	X			

3.9.2 Funkce užívání návykových látek v souvislosti se syndromem CAN

Každý z klientů identifikoval příčinu, která úzce souvisela s probíhajícím ubližováním. Klienti tedy subjektivně vnímali souvislost mezi syndromem CAN a rozvojem užívání.

Následující kapitola odpovídá na výzkumnou otázku: „*Jakou funkci zaujímal užívání návykových látek v souvislosti se syndromem CAN?*“

Začlenění do kolektivu vrstevníků

Touhu začlenit se do kolektivu prostřednictvím užívání návykových látek registrujeme u Radka. Ve dvanácti letech začal kouřit cigarety a doufal, že se mu podaří získat kamarády. S podobným motivem začal užívat marihuanu. Radek se snažil nalézt přátele prostřednictvím dárků, zlobení ve škole a špatných známek. Užívání návykových látek bylo dalším mechanismem snahy zavděčit se vrstevníkům. Pokoušel se najít sociální skupinu, do které by mohl patřit. Mezi uživateli pervitinu ji později opravdu našel.

Prostředek umožňující nevnímat nepříjemnou situaci

U Kamila se setkáváme s týráním, které znamenalo velkou psychickou zátěž. Užívání marihuany mu pomohlo ignorovat nepříjemnou domácí atmosféru. Kamil popisuje, že mu bylo jedno, co nevlastní otec říká. Zavřel se v pokoji a veškeré nářky ignoroval.

Zvýšení sebevědomí

Radek spojuje zvýšení sebevědomí s užíváním pervitinu a charakterizuje ho jako pocit síly. Pervitin mu zřejmě pomohl vymanit se z pozice oběti šikany. Užívání doprovázelo změnu Radkova chování, které se vyznačovalo agresivitou a nekázní. Jako chytré a tiché dítě nebyl přijímán, vytvořil si tedy nový obraz osobnosti, který mu v životě přinášel více úspěchů. Podařilo se mu zapadnout do kolektivu a našel si přítelkyni. Účinky pervitinu podpořily zvýšení sebevědomí a nastavily nové vzorce chování.

Zmírnění strachu

Zmírnění strachu registrujeme u Kamila, který v dětství zažíval strach vracet se ze školy domů. Prostřednictvím užívání marihuany se jeho strach zmírnil a bylo pro něj snazší nepříznivou situaci vydržet. Podobným způsobem mu pomáhal snížit strach pervitin, který začal užívat poté, co odešel z domu. Situace doma byla neúnosná a odchod považoval za

jediný způsob řešení, zároveň se však obával života mimo rodinu. Pociťoval strach z odpovědnosti a užívání pervitinu se jevílo jako vhodné řešení.

Zlepšení komunikačních dovedností

Radka v dětství trápilo zadržávání v řeči a vnímal to jako příčinu rozvoje šikany. Díky užívání pervitinu se přestal zadržávat a začal být více komunikativní. Zlepšení komunikačních dovedností přispělo k tomu, že se mu podařilo lépe zapadnout do kolektivu.

Problémy v komunikaci uváděl i Kamil, ten však během rozhovoru asociaci nezmínil.

Prostředek usnadňující nepříznivé události zapomenout

Touha zapomenout se objevila u Radka, který k jejímu dosažení využíval marihuanu a později i pervitin. Marihuana mu pomáhala některé aspekty svého života nevidět a fungovala jako léky na uklidnění. Pervitin začal užívat v době, kdy se přestal potýkat s šikanou. Cílem jeho užití bylo zapomenout na všechno, co se v minulosti událo. Z Radkova popisu je zřejmé, že se mu podařilo stát se „někým jiným“ a pervitin mu umožnil nepříjemné vzpomínky na dětství potlačit.

Dodání odvahy k obraně

Kamil ve svém příběhu uvádí, že pod vlivem marihuany dokázal říct nevlastnímu otci něco hrubého do očí. Jednalo se například o větu: „Ty mě nemáš co vychovávat, když nejsi můj otec, ať mě raději vychovává máma.“ Nevlastní otec byl jeho odvahou překvapený, což Kamilovi zřejmě dodalo pocit převahy a kontroly nad situací.

Agresivní tendence po užití pervitinu vykazuje také Radek. Začal se chovat násilně k učitelům a spolužákům. Pokud se k němu ostatní například zachovali nespravedlivě, nepřiměřeně se bránil.

Forma sebeustrukce a trestu

U Beáty se v průběhu dětství začaly objevovat sebeustruktivní sklony a několikrát se pokusila o sebevraždu. Udává, že sebepoškozování jí poskytovalo úlevu od vnitřního napětí a považuje ho za demonstrativní chování, kdy poukazovala na náročnou životní situaci. Užívání návykových látek vnímá jako formu sebeustrukce. Cílem bylo podpořit sebeustruktivní tendence a díky tomu dosáhnout určité úlevy od nepříjemných pocitů.

3.10 Diskuze

V rámci navazování kontaktu s uvedenými zařízeními jsem zjistila, že pojem syndrom CAN se v adiktologických službách příliš nevyužívá. Odpovědi ze dvou komunit zahrnovaly informace, že se u klientů s ubližováním v dětství setkávají poměrně často a v terapii s ním pracují. V dokumentaci však nemají zaznamenáno, zda se jedná o syndrom CAN či nikoliv. Ze tří zařízení jsem získala odpověď, že se u nich klienti se syndromem CAN nevyskytují. Vzhledem k tomu, že se jednalo o zařízení s větší kapacitou, nepředpokládám, že by se zde příslušníci uvedené cílové skupiny nenacházeli. Jeden z důvodů této odpovědi může být i skutečnost, že pojem syndrom CAN se zde příliš

nevyužívá a pracovníci nemusí vždy vědět, které situace pod tento pojem zařadit. Nepovažuji za nezbytné dávat klientům další „nálepku“, nicméně vhodné přiřazení může podpořit kvalitnější práci s traumatem.

V kazuistické práci jsem definovala méně známé formy syndromu CAN, které se obtížněji řadí k uvedenému pojmu a na základě toho mohou být podceňovány. Jedná se o šikanu, se kterou se v prostředí základních i středních škol často setkáváme a její důsledky na budoucí vývoj jedince mohou být významné. Nejlépe je to patrné v kazuistice Radka, kde docházelo k výraznému přehlížení šikany pracovníky školského zařízení. Třídní učitelka se navíc šikany aktivně účastnila, což pro Radka mohlo znamenat další traumatizaci. Mezi opomíjené formy syndromu CAN patří také psychické zneužívání. Klientka Beáta popisuje zneužívání formou finanční manipulace během rozvodu rodičů. Situace není na první pohled snadno zařaditelná. Klientka se dodnes stydí, že manipulaci podlehla. U Beáty se také setkáváme s psychickým týráním formou přihlížení násilí mezi rodiči. Situace je opět obtížně zařaditelná, protože v případě, kdy dítěti není přímo ubližováno, nemusí být její závažnost zřejmá. U klienta Kamila je patrné psychické týráním, které mělo kromě nadávek a ponižování formu neustálého srovnávání s „úspěšnější“ sestrou. Poslední z uvedených forem psychického týráním působí nenápadně, protože určité srovnávání mezi sourozenci je běžné a těžko se odhaduje přijatelná míra. Neměli bychom zapomínat, že všechny situace uvedené v kazuistikách klientů spadají do kategorie syndromu CAN a je důležité věnovat jim v oblasti prevence i léčby dostatečnou pozornost.

Souvislost mezi prožitým syndromem CAN a rozvojem závislosti vnímali všichni uvedení klienti. Každý z nich udával příčinu užívání návykových látek, která se přímo vztahovala k negativním zážitkům z dětství. Užívání drog se tedy nejčastěji rozvinulo v období dospívání, kdy se klienti stále potýkali s ubližováním. Kazuistická studie podporuje platnost teorie preexistující potřeby, která dle West (2016) praví, že důležitým faktorem vzniku závislosti je naplňování psychologických potřeb. Uvedené potřeby jsou patrné v kazuistikách klientů. Touhu zapadnout do kolektivu považuji za jednu z potřeb, kterou jsem zaznamenala v případě šikany. Dosaženo jí mělo být společným užíváním ve skupině vrstevníků. Dále se jednalo o potřeby zvýšení sebevědomí a zlepšení komunikačních dovedností, které byly naplněny prostřednictvím intoxikace pervitinem. V případě týráním jsem zaznamenala potřebu zmírnění strachu, která byla uskutečněna užíváním marihuany a pervitinu. Stejným způsobem byla naplněna potřeba zapomenout, která souvisela s probíhající šikanou.

Uvedené potřeby korespondují s tím, že podle Matouška (2017) užívání návykových látek považujeme za formu obranné a vyrovnávací strategie. Klienti zároveň nastínili další formy těchto strategií, které byly prostřednictvím užívání drog umocňovány. Jednalo se o sebedestruktivní chování, přičemž užívání návykových látek tvořilo způsob jeho dosažení. Dále obranné jednání vůči agresorovi, které bylo s užitím drogy snazší. Mezi další formu obranné a vyrovnávací strategie patřily útky z domova, případně snaha zmizet z dohledu

v rámci pobývání ve společné domácnosti. Užívání marihuany umožňovalo nevnímat slovní ataky a přispělo tím k vytvoření bezpečnějšího místa i v nepříznivém prostředí.

Některé následky syndromu CAN, uvedené v publikaci Petersen et al. (1993), nalézáme v kazuistické práci. Jeden z možných následků je agresivní chování, které pozorujeme u Kamila a Radka. Oba udávají, že jim sklony k násilí komplikují proces léčby a díky tomu ho vnímají jako nežádoucí. Radek k prvotní motivaci rozvoje násilného chování uvádí, že si chtěl vyzkoušet, jaké to je v pozici agresora. Svě aktuální chování popisuje tím způsobem, že pokud se ho něco dotkne, okamžitě se brání, aby se znovu nedostal do pozice oběti. Kamil udává, že všechno vnímá příliš osobně a snaží se nepřiměřeně bránit. V souvislosti se syndromem CAN se hovoří o externalizujícím způsobu chování, které se vyznačuje násilným a společensky nepřijatelným jednáním. Studie dle Proctor et al. (2017) v souvislosti s tímto typem chování prokázaly dřívější rozvoj užívání marihuany. U klienta Radka naopak pozorujeme, že užívání marihuany externalizující model podpořilo.

Podle Petersen et al. (1993) mezi další negativní důsledky patří sebedestruktivní chování a pokusy o sebevraždu, které pozorujeme u klientky Beáty. Zde je skutečnost podpořena hraniční poruchou osobnosti, která se podle Svobody, Českové, & Kučerové (2015) projevuje sebedestruktivním jednáním. Zároveň vzniká na základě traumatické zkušenosti z dětství, patří tedy mezi další důsledek syndromu CAN. K užívání návykových látek predisponuje také hraniční porucha osobnosti, přičemž sebedestruktivní chování u Beáty můžeme chápat jako most mezi syndromem CAN, hraniční poruchou osobnosti a užíváním návykových látek, protože ho Beáta považuje za formu sebedestrukce.

V následující části bych ráda nastínila rezervy práce a možnosti dalšího rozvoje. Kazuistické zpracování syndromu CAN v souvislosti s rozvojem závislosti považuji za úvod do problematiky a bylo by vhodné zaměřit se na další skutečnosti. Rozsah práce mi neumožnil rozlišit závažnost a specifické projevy jednotlivých typů syndromu CAN. Zároveň mi neumožnil věnovat se konkrétním návykovým látkám a jejich vlivu na psychiku člověka. Jediným zdrojem byly informace získané od klientů, mohlo tedy dojít ke zkreslení či neuvedení některých důležitých skutečností. Doporučovala bych zaměřit se v další analýze na jednotlivé formy syndromu CAN a na konkrétní psychoaktivní látky. Dalším zajímavým aspektem by mohla být genderová specifika v souvislosti s ubližováním v dětství a rozvojem závislosti. Výzkumným záměrem by také mohla být práce se syndromem CAN v adiktologických službách s cílem zjistit postoje pracovníků k uvedené problematice.

4. Závěr

S traumaty z dětství se v adiktologických službách běžně pracuje, pojem syndrom CAN se však příliš nevyužívá. Doporučovala bych zaměřit se na to, že i některé „méně závažné“ formy ubližování řadíme mezi syndrom CAN a může být přínosné pojem více využívat. Mezi specifické a opomíjené formy syndromu CAN, kterým se v kazuistické studii věnuji, patří šikana, psychické zneužívání a psychické týrání, při kterém je dítě svědkem násilí mezi rodiči nebo je nepřiměřeně srovnáváno se sourozencem.

Všichni uvedení klienti vnímali souvislost mezi syndromem CAN a rozvojem závislosti. Zároveň dokázali popsat, co jim užívání návykových látek ve vztahu k ubližování v dětství přinášelo. Z analýzy získaných informací jsem zjistila, že se jednalo o naplnění specifických potřeb, což přispívá k potvrzení platnosti teorie preexistující potřeby. Zároveň prostřednictvím užívání návykových látek docházelo k umocnění obranných a vyrovnávacích strategií. Další studie problematiky by mohly přispět k rozvoji služeb zabývajících se problematikou syndromu CAN.

Kazuistická práce podporuje tvrzení, že syndrom CAN považujeme za rizikový faktor rozvoje závislosti. Ráda bych poukázala především na šikanu, jejíž důsledky mohou být v rámci syndromu CAN podceňovány. Kazuistická práce však ukazuje, že v rozvoji závislosti může hrát významnou roli. V případě realizace primárně preventivních programů se zvláště zaměřujeme na téma užívání návykových látek, šikany a syndromu CAN. Ráda bych poukázala na vzájemnou propojenost uvedených témat. Pokud realizujeme prevenci šikany či ostatních forem syndromu CAN, probíhá zároveň prevence užívání návykových látek, protože tím ovlivňujeme jeden z faktorů rozvoje závislosti. Zjištění tedy potvrzuje, že současné pojetí primární prevence zahrnující komplexní a dlouhodobé programy, má největší účinnost.

K prevenci užívání návykových látek může také přispět včasný záchyt problematiky syndromu CAN a odkázání obětí do vhodných služeb. Z kazuistik je patrné, že probíhající ubližování nebylo zachyceno. V případě Radka se pracovníci školského zařízení na šikaně aktivně podíleli. Včasné rozpoznání problematiky neznamená pouze zastavení aktuálního utrpení, ale pozitivně ovlivňuje budoucnost jedince a v konečném důsledku snižuje pravděpodobnost vzniku závislosti.

5. Seznam použité literatury

- Alexander, B. K. (2010). *Addiction: The View from Rat Park* (2010). Retrieved March 13, 2019 from <http://www.brucealexander.com/articles-speeches/rat-park/148-addiction-the-view-from-rat-park>
- Anima terapie. (2015, October 30). *Závislí na závislých*. Retrieved April 2, 2019 from <http://anima-terapie.cz/index.php/nase-programy/17-zavisli-na-zavislych>
- Baštecká, B., et al. (2005). *Terénní krizová práce*. Praha: Grada Publishing.
- Bechyňová, V., Bubleová, V., Dušková, Z., Dydňanská, R., Gjuričová, Š., Konvičková, M., ... Vávrová, A. (2007). *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Retrieved November 5, 2018 from <https://docplayer.cz/112630-Kolektiv-autoru-syndrom-can-a-zpusob-pece-o-rodinny-system.html>
- Bělíková, B. (2018, February 26). *Týrání a zneužívání dětí – adresář organizací*. Retrieved April 2, 2019 from <http://www.nicm.cz/syndrom-can-adresar-organizaci>
- Binggeli, N. J., Hart, S. N., & Brassard, M. R. (2001). *Psychological maltreatment of children*. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Bouvier, P., Halpérin, D., Rey, H., Jaffé, P. D., Laederach, J., Mounoud, R. L., & Pawlak, C. (1999). Child Abuse & Neglect. *Typology and correlates of sexual abuse in children and youth: multivariate analyses in a prevalence study in Geneva*, 23(8), 779-790. Retrieved January 22, 2019 from [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00050-2)
- Bowlby, J. (2010). *Vazba*. Praha: Portál.
- Centrum Élektra. (2019). *Služby*. Retrieved April 2, 2019 from http://centrumelektra.cz/?page_id=31
- Centrum sociálních služeb Praha. (n.d.). *Triangl – centrum pro rodinu*. Retrieved April 2, 2019 from <https://www.csspraha.cz/24841-triangl-centrum-pro-rodinu>
- Češková, E., Svoboda, M., & Kučerová, H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy* (3rd ed.). Praha: Portál.
- Darke, S., & Torok, M. (2013). The association of childhood physical abuse with the onset and extent of drug among regular injecting drug users. *Addiction*, 104(9), 610-616. Retrieved January 22, 2019 from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/add.12428>
- Dětské krizové centrum. (2015). *Informace o dětském krizovém centru*. Retrieved April 2, 2019 from <http://www.ditekrize.cz/o-nas>

Dětské krizové centrum. (2018). *Výroční zpráva 2017*. Retrieved from February 13, 2019 http://ditekrize.cz/files/ditekrize/VZ/vyrocní_zprava_7-el.pdf

Dům tří přání. (2017). *Naše služby*. Retrieved April 2, 2019 from <http://www.dumtriprani.cz/o-nas/nase-sluzby/>

Dunovský, J., Dytrych, Z., & Matějček, Z., et al. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Retrieved November 16, 2018 from https://is.jabok.cz/el/JA10/zima2013/S2041/um/1041561/Tyrane_-zneuzivane-a-zanedbavane-dite---Dunovsky.pdf

Elliot, J. C., Stohl, M., Wall, M. M., Keyes, K. M., Goodwin, R. D., Skodol, A. E., ... Hasin, D. S. (2014). The risk for persistent adult alcohol and nicotine dependence: the role of childhood maltreatment. *Addiction, 109*(5), 842-850. Retrieved January 22, 2019 from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12477>

FOD. (2012). *Naše činnost*. Retrieved April 2, 2019 from <http://www.fod.cz/nase-cinnost>

Kalina, K., et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Khantzian, E. J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry, 4*(5), 231-244. Retrieved February 14, 2019 from https://www.researchgate.net/publication/13845038_The_Self-Medication_Hypothesis_of_Substance_Use_Disorders_A_Reconsideration_and_Recent_Applications

Linka bezpečí. (n.d.). *O nás*. Retrieved April 2, 2019 from <http://spolek.linkabezpeci.cz/o-nas/sluzby/>

Linka bezpečí. (2016). *Výroční zpráva 2015*. Retrieved February 13, 2019 from http://spolek.linkabezpeci.cz/getattachment/O-nas/Ke-stazeni/Vyrocní-zpravy/linka_bezpeci_vyrocní-zprava_2015_final.pdf.aspx

Lovasová, L. (2006). *Šikana*. Retrieved January 18, 2019 from http://www.viod.cz/editor/assets/download/pub_sikana.pdf

Matoušek, O. (2017). *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny*. Praha: Portál.

MŠMT (2013). *Metodický pokyn Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k řešení šikanování ve školách a školských zařízeních*. Retrieved February 13, 2019 from https://www.sikana.org/clanky_soubory/metpokyn2013.html

Niemela, S., Brunstein-Klomek, A., Sillanmäki, L., Helenius, H., Piha, J., Kumpulainen, K., ... Sourander, A. (2011). Childhood bullying behaviors at age eight and substance use at age 18 among males. A nationwide prospective study. *Addictive Behaviors, 48*

36(3), 256-260. Retrieved January 22, 2019 from <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.10.012>

Otten, R., Mun, C. J., Shaw, D. S., Wilson, M. N., & Dishion, T. J. (2018). A developmental cascade model for early adolescent onset substance use: The role of early childhood stress. *Addiction*, *114*(2), 326-334. Retrieved January 22, 2019 from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.14452>

Petersen, A. C., Aber, J. L., Billingsley, A., Brooks-Gunn, J., Cohen, D. J., Cohen, M. I., ... MacGuffie, D. (1993). *Understanding Child Abuse and Neglect*. Retrieved December, 3, 2018 from <http://www.shyamliindia.co.in/Doc/2117.pdf>

Proctor, L. J., Lewis, T., Roesch, S., Thompson, R., Litrownik, A. J., English, D., ... Dubowitz, H. (2017). Child maltreatment and age of alcohol and marijuana initiation in high-risk youth. *Addictive behaviors*, *75*(8), 64-69. Retrieved December 7, 2018 from <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.06.021>

Purvis, K. B., Cross, D. R., & Sunshine, W. L. (2013). *Dítě v nové rodině*. Praha: Grada Publishing.

Říčan, P., & Janošová, P. (2010). *Jak na šikanu*. Praha: Grada Publishing.

Spravedlnost dětem. (n.d.). *Definice týrání*. Retrieved from April 2, 2019 http://www.iustin.cz/Ruzne/DEF_TYR.asp

ÚZIS ČR. (2018, July 3). *Poruchy duševní a poruchy chování (F00.F99)*. Retrieved February 13, 2019 from <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Velemínský, M. S., Velemínský, M. J., Rost, M., Samková, J., Samek, J., & Sethi, D. (2017). Studie negativních zážitků z dětství (ACE) v České republice. *Česko-Slovenská pediatrie*, *72*(7), 409-420.

West, R. (2016). *Modely závislosti*. Retrieved from March 11, 2019 https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32237/750/2016_09_modely-zavislosti.pdf

Wilkins, N., Tsao, B., Hertz, M., Davis, R., & Klevens, J. (2014). Connecting the Dots: An Overview of the Links Among Multiple Forms of Violence. Retrieved March 11, 2019 from https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/connecting_the_dots-a.p

6. Přílohy

6.1 Seznam použitých zkratk

- Syndrom CAN – child abuse and neglect (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte);
- syndrom CAS – child sexual abuse (syndrom sexuálně zneužívaného dítěte);
- DKC – dětské krizové centrum;
- MKN – 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize;
- MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy;
- FOD – Fond ohrožených dětí;
- ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky.

6.2 Seznam tabulek

Tabulka 1: Formy syndromu CAN podle popisu jednotlivých klientů..... 42

6.3 Informace pro účastníky výzkumu

Informace o bakalářské práci.

- Jméno autorky a kontakt (emailová adresa).
- Studovaný obor a fakulta.
- Vedoucí práce.
- Téma bakalářské práce jsem uvedla následovně: *„Zajímá mě životní příběh člověka, který v dětství zažil ubližování a později se stal závislým.“*
- Hlavní cíl bakalářské práce: *„Cílem je popsat situaci v dětství a příčiny vzniku závislosti.“*
- Možné využití výsledků bakalářské práce: *„Zkvalitnění terapeutické práce s klienty s podobným příběhem a rozvoj služeb pro děti, kterým je ubližováno.“*
- Možnost dohledání bakalářské práce v digitálním repozitáři závěrečných prací.

Informace o průběhu výzkumu.

- Srozumitelný popis metodologie výzkumu: *„Nechám Vás vyprávět životní příběh od okamžiku, který si pamatujete po současnou situaci. Na některé informace se budu doptávat.“*
- Uvedení předpokládané délky rozhovoru (1 hodina a půl).
- Informace o plánovaném nahrávání rozhovoru a žádost o souhlas.
- Nakládání se získanými daty před a po zpracování kazuistiky (neumožnění přístupu jiné osobě k nahrávce a následné smazání nahrávky).
- Zaručení anonymity (neuvedení pravého jména, místa léčby, měst, a to i když ho klient během rozhovoru zmíní).

- Možnost od výzkumu bez udání důvodu odstoupit a možnost neodpovídat na některé otázky.

6.4 Pozvánka účasti k výzkumu

Dobrý den,

jmenuji si Karolína a píši bakalářskou práci, kde se snažím nastínit souvislosti mezi negativními zážitky z dětství a rozvojem závislosti. Nejcennějším zdrojem informací jsou pro mě příběhy osob, kteří nějakou formu ubližování či zanedbávání zažily. Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci při vytváření obsahu práce. Pokud můžete přispět svými zkušenostmi, budu vděčná, když mě kontaktujete.

Konkrétní náplň spolupráce by se podobala životopisné skupině, hovořili bychom o Vašem životním příběhu. Rozhovor by trval hodinu, možná déle a probíhal by v prostorech _____ . Konal by se v lednu a v únoru, na konkrétním termínu bychom se dohodli podle Vašich časových možností. Zaručuji anonymitu, takže ve výsledné práci se neobjeví jméno, bydliště, místo léčby a nic dalšího, podle čeho by bylo možné někoho poznat.

Jedná se o citlivé téma, z toho důvodu si velmi vážím všech, kteří by byli ochotni se mnou spolupracovat. Věřím, že bychom společně vytvořili hodnotnou práci, která by mohla alespoň malým dílem přispět k rozvoji preventivních programů a služeb pro děti s podobnými negativními zkušenostmi. Zároveň by mohla pomoci lepšímu pochopení života osob s obdobným příběhem, což by se mohlo projevit v terapeutické práci.

V případě zájmu o spolupráci mě prosím kontaktujte na tel. *** ***, nebo na email: *****

Děkuji.

6.5 Obecná struktura kazuistického rozhovoru s klienty

- Rodinná anamnéza a popis aktuální rodinné dynamiky;
- sociální anamnéza – popis situace na základní a střední škole, pracovní anamnéza, popis významných vztahů;
- drogová anamnéza – rozvoj užívání návykových látek, léčba a případný relaps;
- zdravotní a psychologická anamnéza – významné zdravotní problémy se zaměřením na psychiatrické diagnózy a psychologické rozpoložení;
- trestněprávní anamnéza;
- finanční anamnéza zaměřená na dluhy;
- osobní anamnéza – osobní charakteristiky v dětství a dospělosti;
- aktuální situace v léčbě.

6.6 Experiment Bruse Alexandera

V šedesátých letech dvacátého století probíhaly experimentální studie s cílem objevit mechanismus drogové závislosti. Studie byly prováděny na krysách, které realizátoři studie jednotlivě uzavřeli do malých klecí. Krysy zde měly k dispozici páku, kterou když stiskly, dostaly do krevního řečiště dávku látky různého charakteru (pokusy se prováděly především s morfinem, heroinem, ale také s kokainem a amfetaminem). Krysy na páku tlačily velmi často a spotřebovávaly velké množství látek, což pro ně znamenalo fatální následky. Nelegální návykové látky symbolizovaly neodolatelné substance, na kterých se každý, kdo je užije, stane závislý (Alexander, 2010).

Bruse Alexander (2010) věnoval pozornost umístění krys do malých izolovaných klecí. Uvědomil si, že krysy se možná podobně jako lidé snaží otupit svoji mysl, když se nachází v nepříznivém prostředí. Společně se svým týmem z kanadské univerzity vytvořil „krysí park“. Do velké krabice umístil řadu překážek, úkrytů a pomůcek umožňujících běhání a lezení. Do krabic bylo vpuštěno několik krys, zastoupeni byli příslušníci obou pohlaví. I zde měly krysy neomezený přístup k návykovým látkám. Experiment byl prováděn opakovaně a porovnával spotřebu látek u krys umístěných v kleci a v parku. Prokázalo se, že spotřeba látek u izolovaných krys je velmi vysoká, zatímco v krysím parku téměř žádná. Užívání návykových látek pro krysy neznameno neodolatelné pokušení, ale spíše odpovídalo na izolaci.

Prostřednictvím výzkumu bylo prokázáno, že příčina závislosti není způsobena samotnou návykovou látkou, ale hrají zde roli další faktory, které je v léčbě nezbytné zohlednit. Studie „krysí park“ nastínila revoluční pohled na závislost, kdy mezi příčiny vzniku řadíme nepříznivou životní situaci. Návykové látky umožňují utlumení pocitu izolace a únik z nepříjemných stavů, přičemž závislostní chování chápeme jako náhradu plnohodnotného života (Alexander, 2010).

