

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

RODINNÉ A MIMORODINNÉ FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTI

Vedoucí práce: Mgr. Irena Bublíková

Autor práce: Jitka Kinclová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: 3.

2009

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

21. dubna 2009

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Ireně Bublíkové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Druhé poděkování patří RSDr. Jánů Mišovišovi, CSc., za rady k vedení dotazníkového šetření.

OBSAH

ÚVOD	6
1 ZÁVISLOST	8
1.1 Definice závislosti	8
1.1.1 Druhy závislosti dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.....	9
2. ZÁKLADNÍ ČLENĚNÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK	10
3. PRŮBĚH VZNIKU ZÁVISLOSTI	10
3.1 Závislost na alkoholu.....	10
3.2 Stadia závislosti na alkoholu.....	11
3.3 Užívání návykových látek.....	12
4. PRŮCHOZÍ DROGY	12
5. SOCIÁLNÍ CHARAKTERISTIKA ZÁVISLÝCH	13
6. SYSTÉM POJETÍ VZNIKU ZÁVISLOSTI	14
6.1 Závislost a dědičnost.....	15
6.2 Psychické faktory.....	16
6.3 Sociální faktory.....	16
7. MLADÍ LIDÉ A DROGY	17
8. RODINA JAKO NEGATIVNĚ PŮSOBÍCÍ FAKTOR	19
8.1 Vznik závislosti a výchova.....	19
8.1.1 Typické rysy rodin s výskytem závislosti.....	20
8.2 Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti.....	20
8.3 Rodičovský vzor.....	22
8.4 Vývoj směřující k nezávislosti.....	23
9. MLADÝ ČLOVĚK A VRSTEVNÍCI	24
10. VLIV ŠKOLY	26
11. SOCIÁLNÍ DOPADY ZÁVISLOSTI	27
12. SYSTÉM PÉČE O ZÁVISLÉ V ČR	29
12.1 Stručně z historie léčby závislosti.....	29
12.2 Formy pomoci pro závislé.....	30

13.	LÉČBA ZÁVISLOSTI V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ ČERVENÝ DVŮR.....	30
13.1	Podmínky k přijetí.....	31
13.2	Průběh léčby.....	31
13.3	Bodovací systém.....	32
13.4	Sociální práce v PL Červený Dvůr.....	33
Praktická část		
14.	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	34
14.1	Cíl a předmět výzkumu.....	34
14.2	Organizace šetření.....	34
14.3	Metodika dotazníkového šetření.....	35
14.3.1	Technika dotazníkového šetření.....	35
14.3.2	Distribuce a sběr dotazníků.....	35
14.3.3	Harmonogram výzkumu.....	35
14.3.4	Způsob zpracování dotazníků.....	36
14.3.5	Závěrečná zpráva.....	36
14.4	Hypotézy.....	37
15.	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	38
15.1	Podrobná analýza.....	38
15.2	Souhrn.....	42
15.3	Verifikace hypotéz.....	43
16.	DISKUZE.....	46
	ZÁVĚR.....	47
	Seznam literatury.....	49
	Seznam tabulek, grafů a obrázků.....	51
	Seznam zkratk.....	52
	Seznam příloh.....	52
	Příloha I.....	53
	Příloha II.....	56
	Příloha III.....	60
	Abstrakt v českém jazyce.....	65
	Abstrakt v anglickém jazyce.....	66

ÚVOD

Hlavním podnětem k výběru tématu této práce byla má praxe, absolvovaná v psychiatrické léčebně Červený Dvůr, kde jsem se poprvé setkala s lidmi, kteří se léčí ze závislosti. Práce s nimi mě velmi bavila a i téma závislosti jako takové mi přišlo zajímavé, takže jsem se rozhodla použít jej v rámci své bakalářské práce.

Práce se závislými je multioborová a zahrnuje i sociální práci. Celou práci jsem vedla právě s ohledem na to, že nepatřím mezi odborníky zabývající se zdravotní či psychickou stránkou závislých, nerozlišuji drogy podle účinku, ale naopak jsem chtěla vyzdvihnout vše, co se týká především sociálních faktorů zvyšujících pravděpodobnost rozvoje závislosti a dalších věcí, se kterými souvisí právě pohled sociálního pracovníka na pozvolný vznik závislosti.

Součástí práce je dotazníkové šetření, které jsem si chtěla vyzkoušet v praxi, provedené v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr (z toho důvodu v celé práci záměrně užívám označení pacient, ne klient, jak je tomu obvyklé v sociální práci, protože Červený Dvůr je zdravotnické zařízení). Z jeho výsledků jsem zjišťovala, které vnější příčiny ovlivnily vznik závislosti a jejich podobnost mezi různými pacienty. Zároveň mě zajímalo, nakolik budou mé výsledky souhlasit s výsledky výzkumů a teoriemi uváděnými v literatuře.

Mezi jeden z nejpodstatnějších sociálních faktorů ovlivňujících vznik závislosti patří rodina. Právě proto jsem dotazník zaměřila tímto směrem, za účelem udělat si určitý obrázek o tom, jak probíhalo dětství závislého, jací byli jeho rodiče, jaké byly podněty k prvnímu užití návykové látky, případně jaké jiné okolnosti se podepsaly na tom, že u něho závislost vznikla.

V první části je definován pojem závislost a obsaženo to, co podstatně souvisí s užíváním návykových látek. Další část je věnovaná faktorům, ovlivňujícím vznik závislosti, s důrazem na vlivy rodinné. Následuje kapitola zabývající se sociálními dopady závislosti a stručný popis systému péče o závislé v ČR.

Další kapitola pojednává konkrétně o Psychiatrické léčebně v Červeném Dvoře, kde jsem se snažila stručně obsáhnout charakteristiku zařízení a průběh

léčby. Tuto kapitolu považuji za podstatnou z toho důvodu, že mnoho lidí z laické veřejnosti má velmi zkreslené (mnohdy až hororové) představy o tom, jak to v takové léčebně vypadá a co tam pacienti prožívají. Tyto mýty mohou ve svém důsledku negativně ovlivnit rozhodnutí jednotlivce o tom, zda se jít v případě potřeby léčit či ne, popřípadě jak rychle toto rozhodnutí proběhne.

Popsala práci sociálního pracovníka, který má v léčebně poměrně náročnou roli spočívající v mnoha činnostech. Za touto částí následuje již samotné šetření obsahující šest hypotéz. Jeho cílem bylo zjistit, jaké společné znaky nalezneme v rodinném prostředí závislých, jak jejich rodina a zázemí, popř. jaké jiné mimorodinné faktory ovlivnily vznik jejich závislosti.

V přílohách je k dispozici dotazník, používaný k šetření, tabulka přehledu faktorů zvyšujících a snižujících riziko vzniku závislosti, formulář sociální anamnézy používaný v PL Červený Dvůr.

Pro svou práci jsem vybírala literaturu především od známých českých odborníků (Nešpor, Kalina, Hajný, Koukolík, Presl aj.), kteří se zabývají svou prací přímo v našem prostředí, které má jako každý národ svá určitá specifika. Nicméně tím samozřejmě nechci nikterak znevažovat díla zahraničních autorů a využila jsem i několik takovýchto pramenů.

1. ZÁVISLOST

Problematika závislostí je multioborovou záležitostí, věnuje se jí mnoho odborníků. Ani přesto dodnes není přesně objasněno, proč závislost vznikne. Respektive proč u někoho vznikne a u jiného ne. Všichni se shodují, že jde o souhrn několika faktorů, které různou měrou přispívají právě k onomu zlomu, kdy se experiment či návyk změní v závislost. Někdy může stačit i pouhá náhoda, souhra okolností kdy člověk okusí něco příjemného, a začne pomalu, aniž by s tím předem počítal, propadat něčemu, bez čehož si svůj budoucí život bude umět jen stěží představit.

Pojem závislost je ve společnosti spojován především s toxikomany, případně alkoholiky. Ovšem existují i závislosti zcela jiného druhu, které nejsou přímo spojeny s užíváním nějaké látky. Objevují se i závislosti nové, které přináší nová doba a její životní styl. Lidé jsou závislí na práci, na internetu či počítačových hrách, na sexu, nakupování. Mezi závislosti jsou řazeny i poruchy příjmu potravy jako mentální anorexie a bulimie. Závislost na určité činnosti a na návykové látce sice není přímo totožná, ale nalezneme u ní společné projevy. Jde především o nutkavé opakování jednání vedoucímu k uspokojení i přes zjevně neblahé dopady. Z tohoto pohledu se zdá zbytečné i dělení drog na legální a ilegální, tvrdé či měkké, protože výsledkem je - ať užíváme kteroukoliv z těchto látek, vždy stejná závislost.¹

Za určitých podmínek může postihnout kohokoliv z nás, právě tuto věc si však mnozí neuvědomují, když se opovrživě vyjadřují o kolegovi - alkoholikovi, nebo se s odporem dívají na „sjetého“ mladíka povalujícího se bez zábran na lavičce ve městě. V samém počátku totiž byli i oni „normální“. Jen se již nedokázali ovládnout a ustát nástrahy látek, které dokážou v prvopočátku pozvednout, pomoci, posílit.

1.1 Definice závislosti

Podle Světové zdravotnické organizace je syndrom závislosti „skupina

¹ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 10-11

fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:²

- silná touha nebo puzení užívat látku, označované též jako „bažení“
- potíže v sebeovládání v užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky
- tělesný odvykací stav s různými příznaky dle druhu užívané látky a následné užívání látky z důvodu jeho zmírnění
- rozvoj tolerance k účinku látky (je zapotřebí stále vyšších dávek k vyvolání stejného účinku)
- postupné zanedbávání jiných, dříve i vysoko ceněných, zájmů; veškeré aktivity pomalu splynou v neustálé shánění psychoaktivní látky, případně její aplikace a odeznívání jejího účinku
- pokračující užívání i přes zjevně škodlivé psychické, tělesné či sociální důsledky

Uvedené jevy mohou vznikat v souvislosti s užíváním jednoho druhu látky, jejich skupiny nebo širšího spektra různých látek. Není však jisté, že každý, kdo okusí či čas od času užívá návykové látky, se stane závislým. „Míra závislosti člověka na droze se dá vyjádřit podle frekvence, intenzity a následků užívání.“³

1.1.1 Druhy závislosti dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opioidech (heroin)

F12.2 Závislost na kanaboidech (marihuana, hašiš)

² NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 10

³ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 212

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnoticích (tlumivých lécích)

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulanciích včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech (LSD)

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

2. ZÁKLADNÍ ČLENĚNÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK⁴

Psychoaktivní látky, ať, již přirozené, nebo syntetické, vyvolávají závislost, jsou trojího druhu:

- 1) působí psychostimulačně - vyvolávají stavy euforie a zrychlují psychomotoriku
- 2) působí psychoinhibičně - potlačují úzkost a depresi a snižují motoriku
- 3) působí desintegračně - vyvolávají iluze a halucinace

Tyto látky se dostávají do organismu:

- 1) ústy, případně jinými tělesnými otvory
- 2) injekčně
- 3) kouřením, eventuelně čicháním
- 4) pokožkou

3. PRŮBĚH VZNIKU ZÁVISLOSTI

3.1 Závislost na alkoholu⁵

Podle očekávání účinků alkoholu se odlišují abstinenti, konzumenti, pijáci a závislí na alkoholu:

Abstinent - člověk, který nepil alkohol nejméně tři roky. Ve vztahu k alkoholu nemá žádná příznivá očekávání.

Konzument - pije příležitostně alkoholické nápoje pro zahnání žízně, případně pro chuťové vlastnosti, ne však pro účinky na nervový systém. Alkohol pije ve vhodnou dobu a ve vhodném množství, např. sklenice 10° piva po obědě.

⁴ MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišti a gambleři*, s. 57

⁵ Srov. ZÁŠKODNÁ, H. *Závislost na drogách*, s. 29

Zdravá játra dokážou alkohol rozložit ještě během vstřebávání. Alkohol se v krvi prakticky neobjeví a neovlivní činnost nervové soustavy

Pijáci - očekávají vedle tekutiny s určitou chutí i stavy euforie

- příležitostní - hladina alkoholu v krvi nepřesáhne častěji než 4x ročně 1 ‰
- pravidelní - alkohol v krvi přesáhne 1 ‰ častěji než 4x ročně

Závislí na alkoholu - od okamžiku, kdy člověk hledá v alkoholu zdroj příjemné nálady, obveselení, úlevu, odstranění potíží a duševního napětí, začíná postupná přeměna pijáka na alkoholika. Objevuje se zchátralost v tělesné i duševní oblasti.

3.2 Stadia závislosti na alkoholu⁶

1. stadium - pití za účelem potlačení nepříjemných psychických stavů, vyvolání dobré nálady apod.
 - časem stoupá frekvence zneužívání alkoholu i dávky (zvýšená tolerance)
2. stadium - tolerance dále stoupá, dochází k častějším stavům opilosti
 - pití probíhá rychleji, často od méně koncentrovaných ke koncentrovanějším nápojům
3. stadium - tolerance nadále roste, objevují se okénka (výpadky ve vzpomínkách)
 - alkohol se stěhuje do centra pozornosti zájmu, hromadí se problémy
 - snížená či ztracená kontrola v pití, pít s mírou je těžší než abstinovat
4. stadium - výrazný znak snížení tolerance na alkohol - závislý se opije rychleji než dříve, opilost trvá i několik dní (tahy), často pije již od rána
 - dostavují se příznaky alkoholických psychóz
 - bez alkoholu to nejde a s alkoholem také ne

⁶ Srov. SKÁLA, J. ...až na dno?!, s. 46

3.3 Užívání návykových látek

Během devadesátých let, symbolizovaných otevřením se naší společnosti západoevropské kultuře, se začal objevovat negativní dopad tohoto rozvoje v oblasti drogové problematiky. Rozšířily se nelegální drogy a různé typy jejich užívání, které s sebou přinesly mnoho problémů.⁷

Český vývoj od počátku devadesátých let lze zjednodušeně řečeno označit jako „akcelerovaný obraz toho, co západní Evropa prožila a prožívá od konce let šedesátých“.⁸

V průběhu tohoto období setrvale stoupá experimentální a rekreační užívání konopných látek, dostupnost heroinu, namísto drobných skupinek uživatelů pervitinu vzniká na jejich místě organizovaný pervitinový trh. Rychle narostla obliba různých tanečních akcí, neodmyslitelně spojených s užíváním „tanečních drog“ (extáze, halucinogeny, konopné drogy).⁹

Vývojové stupně užívání návykových látek v perspektivě věku jedince:¹⁰

Experimentování – jedná se o nepravdělné užívání různých návykových látek v nepravidelných časových intervalech.

Rekreační užívání – nejčastěji v souvislosti s taneční scénou a tamním užíváním stimulačních drog; motivací je především touha dobře se bavit, odreagovat se.

Škodlivé užívání – toto označení se užívá poté, co bylo prokázáno zdravotní či psychické poškození způsobené v souvislosti s užíváním návykové látky.

Problémové užívání – jako problémoví jsou označováni injekční uživatelé drog nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů nebo amfetaminů.

Závislostní užívání – jedinec je nucen ve stále rostoucí míře riskovat, aby si byl schopen zajistit drogu nebo peníze na její získání. Závislosti propadne jen část uživatelů. Důležitou roli v tomto směru hrají faktory zvyšující riziko vzniku závislosti.

⁷ Srov. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*, s. 63

⁸ Tamtéž, s. 63

⁹ Srov. Tamtéž, s. 64

¹⁰ Srov. BUBLÍKOVÁ, I. *Užívání návykových látek v ČR*

Udržovací faktory závislosti:

- přínos pro uživatele
- rychlost účinku
- spolehlivost
- rychlost s jakou se rozvíjí tolerance
- rychlost v souvislosti s odvykacím stavem

4. PRŮCHOZÍ DROGY

Průchozí drogy (termín je volným překladem anglického výrazu gateway drugs) je označení pro látky, které mohou, ale také nemusí, tvořit první stupeň ke zneužívání dalších, „tvrdších“ drog. Patří sem nejen všeobecně známá marihuana, ale také společností často podceňovaný a tolerovaný alkohol a tabák. Stoupající spotřeb alkoholu a tabáku u dospívajícího může být varovnou známkou přechodu ke zneužívání jiných (nelegálních) návykových látek.¹¹

Velkou roli v rozvoji závislosti hraje právě věk. Je známa spojitost, že opakování zneužívání návykových látek, popřípadě následné zneužívání jiných (nelegálních) drog, se rozvine tím rychleji, čím je nižší věk uživatele.¹²

Tuto skutečnost potvrdilo i šetření provedené v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, kde užívání návykových látek ve věku nižším než 15 let uvedla více než polovina dotazovaných.

S nízkým věkem užívání je spojena i úspěšnost léčby závislosti – “vyšší pravděpodobnost dosažení změny a udržení léčebného efektu existuje u těch klientů, kteří se stali závislími až v rané dospělosti.”¹³

5. SOCIÁLNÍ CHARAKTERISTIKA ZÁVISLÝCH

„Drogová kariéra se nemusí u každého jednotlivce vyvíjet stejně, některé fáze mohou chybět, v některé fázi se vývoj může zastavit a dále nepokračuje.“¹⁴

Stále jsme však u otázky, jak a proč toto všechno vzniká. Proč jeden

¹¹ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 45

¹² Srov. MEČÍŘ, J. *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*, s. 44

¹³ KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*, s. 98

¹⁴ DOČKAL, J. *Člověk a drogy*, s. 10

závislosti propadne a jiný ne? A proč někdo vydrží po léčbě abstinovat, a jiný, i když se snaží, propadá závislosti znovu a znovu, opakovaně podstupuje léčbu i doléčování, a pak se vše stejně znovu zvrhne ve prospěch zneužívané látky? Mají tito lidé něco společného?

Sociální charakteristika závislých se sice liší případ od případu a je ovlivněna mnoha okolnostmi, výzkumy však ukázaly, že některé rysy jsou zde společné.¹⁵

Velké množství uživatelů pochází z rodin, kde jsou problémové vztahy, nedůvěra k rodičům. Mají lepší vztah k partě, než k spolužákům ze školy. I ve škole mívají konflikty, horší prospěch, školu mnohdy nedokončí. Jsou často nezaměstnaní - díky nedokončenému vzdělání nebo proto, že jim již většinu času zabírá shánění a užívání drog. Někteří nemají stálé bydliště - s rodiči nevychází, mnoho jich žije bez stálého partnera, a bez finančního příjmu jen těžko naleznou zázemí.¹⁶

6. SYSTÉM POJETÍ VZNIKU ZÁVISLOSTI

V souvislosti se vznikem závislosti je zmiňována řada faktorů, které podněcují start drogové kariéry, a nelze je shrnout a označit právě onen jeden jev za viníka. Hraje zde roli celá bio-psycho-socio-spirituální jednota člověka.¹⁷

Jako hlavní příčiny ovlivňující základní motivaci ve vztahu ke drogám můžeme označit tyto faktory (Příloha I):¹⁸

- farmakologické (droga) - u živých organismů mohou vyvolat závislost různé chemické látky; jejich schopnost vyvolat návyk se nazývá *návykový potenciál*
- somatické a psychické (osobnost) - závislým se může stát v podstatě každý, rizikovější skupinou jsou lidé s poruchou osobnosti, neurotickými problémy, reagující na drogu stavem spojeným s očekáváním (euforie, uvolnění), trpící fyziologickou nerovnováhou, u nichž droga působí

¹⁵ Srov. DOČKAL, J. *Člověk a drogy*, s. 36

¹⁶ Srov. Tamtéž, s. 36

¹⁷ Srov. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I*, s. 91

¹⁸ Srov. ZÁŠKODNÁ, H. *Závislost na drogách*, s. 42

normalizujícím vlivem

- environmentální (prostředí, rodina) - svou roli hrají rodinné poměry, charakter skupin vrstevníků, riziková povolání (v restauraci, ve zdravotnictví)
- precipitující (podnět) - různé spouštěče či pohnutky vedoucí k užití drogy (problémy ve vztazích, v zaměstnání, s financemi, často i pouhá zvědavost, nuda atd.)

Poměrně obsáhlý souhrn příčin podle čtyřdimenzionálního pojetí modelu závislosti nabízí publikace *Člověk a drogy*:¹⁹

Tabulka 1. Přehled možných příčin užívání drog a vzniku závislosti

Oblast	Dispozice	Spouštěcí mechanismus
Biologická	dědičnost aktuální fyzický stav	nemoc, úraz, léky
Psychologická	osobnost - temperament charakter snížený intelekt poruchy komunikace nenaplnění základních potřeb	deprese citové zranění stres
Sociální	rodina, vrstevnická skupina vzdělání, životní styl společenské instituce celkový stav společnosti	krize nebo konflikt v rodině, ve skupině ztráta zaměstnání jiný neúspěch selhání institucí (škola, ústav, vězení)
Spirituální	nezakotvenost naivní víra fundamentalismus fanatismus	krize víry konflikt ideálů s realitou konflikt ve svědomí sekta

6.1 Závislost a dědičnost

Otázka vlivu dědičnosti na rozvoj závislosti je neustále předmětem zkoumání. Zatím se prokázala genetická souvislost pouze u dětí alkoholiků, které mají vrozenou vyšší toleranci vůči alkoholu.²⁰

Na uspořádání a vývoji osobnosti se podílí nejen dědičnost, ale také zevní prostředí. „Studie dvojčat ukazují, že vliv dědičnosti na vývoj jednotlivých znaků normální i patologické osobnosti široce kolísá - od vlivu žádného do výrazného.“²¹ V souvislosti s alkoholismem však výzkumy ukazují desetinásobnou pravděpodobnost vzniku alkoholismu u dítěte alkoholiků. „Jasný

¹⁹ Srov. DOČKAL, J. *Člověk a drogy*, s. 40

²⁰ Srov. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*, s. 95

²¹ KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Vzpoura deprivantů*, s. 141

průkaz genetického přenosu byl popsán pouze u mužů alkoholiků.²² V této souvislosti jsou tedy „mimořádně ohroženou skupinou mladí muži, jejichž otec je závislý na alkoholu.“²³

Zároveň jsou rizikem určité fyziologické reakce, díky kterým někteří jedinci mají po požití návykové látky velmi příjemné pocity a nemívají problémy s akutní intoxikací (kocovinou), což je podněcuje k opakovanému užívání.²⁴

6.2 Psychické faktory

S psychickými faktory zvyšujícími riziko rozvoje závislosti jsou nejčastěji spojovány především osobnostní rysy (sklon vyhledávat nové věci, riskovat, síla vůle). Dále může negativně působit také snížený intelekt, nízké sebehodnocení, přecitlivělost, neschopnost nebo neobratnost v komunikaci, citová deprivace a nenaplnění základních potřeb. „Vyšší míru tendence k závislostnímu chování mají jedinci s poruchami osobnosti a psychickým onemocněním.“²⁵ (Příloha č. I, Tabulka 2)

6.3 Sociální faktory

Předchozí zmíněné faktory působí vždy ve spojitosti s prostředím, ve kterém člověk žije, a které u něho ovlivňuje projevy a působení těchto faktorů. „Do této široké skupiny lze vlastně zařadit působení všeho, co nás obklopuje.“²⁶

K významným sociálním faktorům, které bývají označovány jako jedny z nejpodstatnějších, patří vliv:²⁷

- rodiny (dysfunkční rodina, anomalita rodičů, syndrom CAN apod.)
- sociální (party, subkultury)
- životního prostředí (prostředí měst, vybraných aglomerací - sídliště a průmyslové zóny, snížená společenská kontrola a anonymita, migrace obyvatel, vykořeněnost - chybějící kořeny a vztahy, např. problematika

²² NOVOTNÝ, M. a kol. *Adiktologie*, s. 297

²³ FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*, s. 96

²⁴ Srov. Tamtéž, s. 96

²⁵ Tamtéž, s. 97

²⁶ PRESL, J. *Drogová závislost*, s. 51

²⁷ Srov. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*, s. 98

odsunu německého obyvatelstva a vyvlastnění majetku)

- sociální konformita (uchování a tvorba sociálních kontaktů a vazeb, např. prostředí realizace podnikatelských aktivit)

Mimo jiné bývá zmiňováno i zařazení do společenské třídy, vrstevnické skupiny, dále sociální změny, výchovný styl, profesní skupina, společenské normy, legislativa aj. (Příloha I, Tabulky 4-8).

7. MLADÍ LIDÉ A DROGY

Závislost může zastihnout člověka víceméně kdykoliv během života. I v průběhu praxe v PL Červený Dvůr jsem se setkala s mnoha lidmi, kteří závislosti propadli až ve vyšším věku. Spouštěčem byla například ztráta zaměstnání, odchod do důchodu, smrt celoživotního partnera atd. Rozvoj závislosti u dospělých, i v pokročilém věku, není žádnou výjimkou, obecně však mezi nejvýrazněji ohroženou skupinu patří bezpochyby mládež. Pokud závislost vznikne až v dospělosti, jedná se v častějších případech o zneužívání léků, alkoholismus, patologické hráčství.

Kritickým obdobím pro vznik závislosti na návykových látkách je puberta a adolescence. A přestože většina mladých zůstane jen u experimentů nebo rekreačního užívání a s přicházejícím věkem postupně „dostane rozum“, změní svůj okruh zájmů a jakousi přirozenou cestou drogy opustí, vznikají v tomto období i závislosti na celý život.²⁸

Vstup do puberty a její průběh bývá pro mnoho jedinců složitým obdobím, plným konfliktů jak uvnitř měnící a vyvíjející se osobnosti, tak s rodiči a okolím. Velkou roli začíná hrát parta, do které mladý člověk náleží, stává se často autoritou nadřazenou rodičům. Právě její postoj k drogám je leckdy rozhodující, probíhají tu první experimenty a vznikají první závislosti.²⁹

Mění se postoj k vlastní osobě a utváří se sebehodnocení, jehož porucha hraje ve vzniku závislosti rovněž podstatnou roli. Mladí zažívají první zklamání v lásce, neúspěchy ve škole či zaměstnání. Někdo těžce nese přestěhování, rozvod

²⁸ Srov. DULCAN, M. K., MARTINI, D. R., *Detská a dorastová psychiatria*, s. 92-93

²⁹ Srov. GÖHLERT, F.-CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*, s. 26-27

rodičů, změnu školy, někoho zastihnou i dramatické situace v podobě onemocnění či smrti někoho blízkého. Krize spojené s těmito událostmi mohou v souvislosti s ostatními faktory značně ovlivnit souběh okolností, na jejichž konci je závislost.³⁰

K vývojovým úkolům, kterým nevyhnutelně čelí dospívající, patří zejména:³¹

- naučit se přijmout svoje tělo
- ztotožnit se se svou sexuální rolí
- dosáhnout emoční autonomie od svých rodičů
- získat akceptovanou pozici ve skupině vrstevníků
- připravit se na povolání a životní dráhu
- založit uspokojivý sexuální vztah

Rizikem v dospívání je také to, že rozvoj závislosti nastává podstatně rychleji, než je tomu u starších jedinců. S tím také souvisí vyšší nebezpečí předávkování, otrav nebo úrazů po užití návykové látky. Zároveň bývá patrné zaostávání v psychosociálním vývoji a problémy v různých oblastech života i při pouhém experimentování s drogou.³²

Dalším problémem u nezletilých či hodně mladých uživatelů to, že je obtížné dosáhnout terapeutických úspěchů v léčbě závislosti. Příznivá změna je často navozena až výraznější vyzrálostí osobnosti, což může v některých případech být až po 25. roce věku.³³

Přestože mezi uživateli návykových látek převládá vyšší počet mužů, výzkum z roku 2004 dokazuje, že ve věku 15 – 19 let se mezi všemi problémovými uživateli drog vyskytuje větší množství dívek.³⁴ Mimo jiné příslušnice ženského pohlaví častěji propadají mentální anorexii či bulimii, což jsou poruchy rovněž vykazující některé příznaky závislosti.³⁵

³⁰ Srov. GÖHLERT, F.-CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*, s. 26-27

³¹ Srov. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*, s. 97

³² Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 52

³³ Srov. MEČÍŘ, J. *Zneužívání alkoholu...*, s. 93

³⁴ Srov. BUBLÍKOVÁ, I. *Problémoví uživatelé drog*

³⁵ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 41-43

8. RODINA JAKO NEGATIVNĚ PŮSOBÍCÍ FAKTOR

8.1 Vznik závislosti a výchova

Veškeré sociální faktory působí na vznik postojů, které si během života postupně utváříme - tedy i na postoj k návykovým látkám jako celku. Vlastní postoje získáváme učením, tedy v počátku především přejímáním rodičovských vzorů a řešením modelových situací probíhajících v rodině. „Dominantním prvkem působícím na vznik drogového problému se zdá být v rodině matka. Otec často není vůbec přítomen, a pokud je, funguje spíše v pozadí. Ve vztahové rovině je tento rodič - a nemusí to být vždy jen otec, stejnou roli může sehrát i matka - pouze stínem. Jeho prostor je pak rychle vyplňován aktivnější polovinou.“³⁶

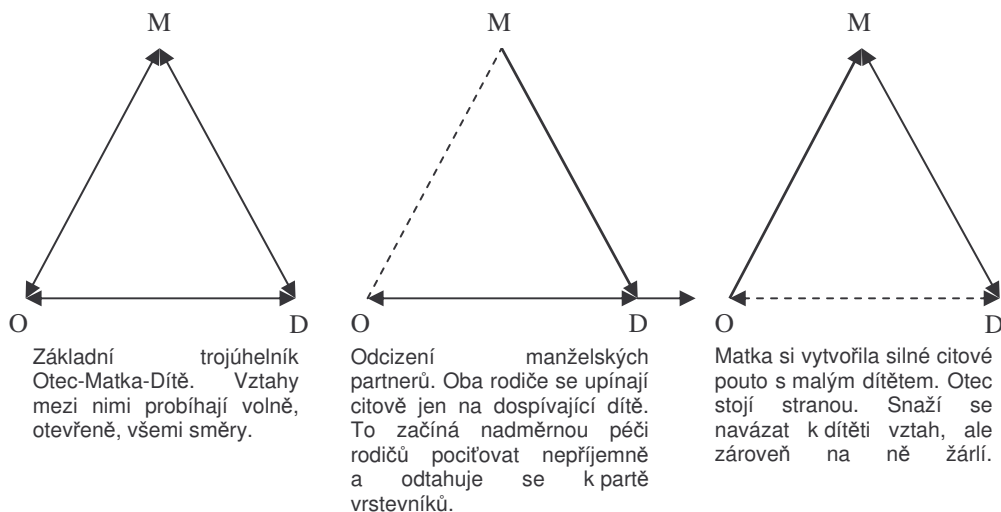
Velmi rizikový je z hlediska vzniku závislosti přehnaně ochranný výchovný styl matky. Ta během vývoje svého potomka ustrne na jednom bodě a nedokáže se přizpůsobit tomu, že dítě dospívá a mělo by se osamostatnit. Stále o ně pečuje jako by bylo malé. Častý výskyt závislostí nalezneme v rodinách dysfunkčních, k problémům může vést i chybějící rodič (Příloha I, tabulka 3).

Rodina nemusí být pouze nukleární jednotkou, do jejích komunikačních systémů jsou často zařazeni i prarodiče, čímž vzniká třígenerační systém. V jednotlivých systémech může vznikat patologická rovnováha (Obrázek 1), která je riziková jak vzhledem ke vzniku závislosti, tak k rozvoji některých psychických onemocnění. Pro takovéto rodiny je charakteristické:³⁷

- uzavřenost vůči světu a druhým, svět mimo rodinu představuje ohrožení a vzbuzuje úzkost
- ztráta autonomie jednotlivých členů; všichni se musí podřídit vnitřním pravidlům, individuální projevy jsou chápány jako destruktivní a jsou kontrolovány a potlačovány
- nedostatek individuální a rodinné perspektivy; je potlačován vývoj dětí k nezávislosti a tím je pozastavena perspektiva vývoje; svět mimo rodinu ztrácí smysluplnou realitu

³⁶ PRESL, J. *Drogová závislost*, s. 52

³⁷ ZVOLSKÝ, P. a kol., *Obecná psychiatrie*, s. 42

Obrázek 1. Systémy vztahů v rodině³⁸

Vysvětlivky: O – otec, M – matka, D – dítě

8.1.1 Typické rysy rodin s výskytem závislosti³⁹

Pseudoindividuace - dospívající s návykovým problémem odmítá autoritu rodičů, zároveň není schopný postarat se sám o sebe

Triangulace - vytváření trojúhelníku; dospívající si stěžuje matce na otce, otcí na matku, terapeutovi na rodiče a rodičům na terapeuta; dochází ke zhoršování komunikace a spolupráce, a on tím získá prostor pro pokračování v užívání

Rozmělnění meziosobních a mezigeneračních hranic - utváření spojenectví mezi jednotlivými členy rodiny a následná opozice proti členům zbývajícím

Patologická rovnováha - vztahy typu „něco za něco“

Umožňování - usnadňování návykového chování „umožňovačem“ - členem rodiny, který např. za mladistvého platí dluhy, píše mu omluvenky, řeší problémy apod.; touto pomocí ale jen oddaluje skutečné vyřešení situace

Kodependence - partner, který se zaměřuje na uspokojování potřeb ostatních, na úkor svých potřeb vlastních

8.2 Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti

Mnoho rodičů si myslí, že jejich dobře vychovaného, slušného potomka by ani

³⁸ ZVOLSKÝ, P. a kol., *Obecná psychiatrie*, s. 42

³⁹ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 82

nenapadlo ve třinácti letech kouřit, v patnácti se opít, neřku-li zkoušet ještě něco horšího. Často je ale pravdou pravý opak. I přesto ale může výchova a rodičovský vzor sehrát ve vzniku závislosti podstatnou roli. Nespočívá však v zákazech, přednáškách a poučování poté, co rodiče objeví „papírky“, tabletky či „nádobíčko“ ukryté v dětském pokoji. Základy dobrého postoje vůči drogám je nutné pokládat již v poměrně raném věku, podstatné je i období před narozením dítěte.

Přestože je dítě vychováváno v úplné rodině vlastními rodiči a není tedy vystaveno krizím spojeným např. s rozvodem rodičů, psychickým onemocněním, opuštěním či smrtí jednoho z nich, existuje řada mechanismů a faktorů, které je ohrožují a jsou rizikové ve spojitosti s užíváním návykových látek. Mezi ty, které se nejčastěji objevují v rodinách závislých, patří následující:⁴⁰

- Nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte. Důležitá je zpětná vazba rodičů, jistota a sebejistota dítěte, věkově adekvátní dostatek pozornosti směřující k dítěti.
- Narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem. Patří sem již zmiňovaná ochranná výchova matky a chladný přístup otce, negativní, konfliktní vztahy otec – syn či matka – dcera aj.
- Chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi – není jasné stanoveno, kdo zastává v rodině jakou roli. Tato porucha může přerůst až v incest či sexuální zneužívání.
- Skryté, nedostatečné či naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině, čímž vzniká napětí, obava ze zneužití otevřené komunikace, pocit ohrožení.
- Závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu – objevuje se například v souvislosti, kdy je dítě vzhledem ke svému užívání stále více závislé na rodičích a rodiče to tolerují kvůli obavě ze skutečné separace dítěte a jejich osamocení.
- Jeden či více závislých členů rodiny, který narušuje rodinnou rovnováhu a zároveň je nevhodným modelem pro dítě.

⁴⁰ Srov. KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 141-142

- Kodependence, což je porucha ze ztráty sebehodnoty. Jde o trápení nebo dysfunkci spojenou se zaměřením nebo výsledně vzniklou ze zaměření se na potřeby a chování druhých.

Dalšími ohrožujícími faktory v rodině jsou situace, kdy se např. dítě stává důvěrníkem jednoho z rodičů, musí předčasně “dozrát”, být příliš hodné a dokonalé, jsou na ně kladeny příliš vysoké nároky a je neustále kontrolováno, oproti tomu není zrovna optimální ani příliš liberální výchova, manipulativní jednání a jiné.⁴¹

8.3 Rodičovský vzor

Děti by měly pochopit, že v průběhu života je potká leccos nepříjemného, budou to muset nějak přežít, ale až to přejde, bude zase lépe. I když jsou však pocity vzteku, strachu, smutku apod. negativního rázu, neznamená to, že musí ustát okamžitě. Existuje řada způsobů, které mohou pomoci nepříjemné pocity zmírnit. Některé však mohou fungovat jen dočasně – jako například opít se a tím na problémy zapomenout.⁴²

V takových situacích musí být základním příkladem pro dítě rodiče. Pokud mu hodinu vysvětlují, jak si má léčit bolest hlavy odpočinkem, obkládkem a ne analgetiky, a vzápětí si jdou “zobnout” ibuprofenu s lákavě růžovou barvou, protože je hlava mezitím rozbolela také, nebude to celé mít žádný smysl. A když zanedlouho poté bude dítě svědkem toho, jak se maminka vrátí z práce tak unavená, že si nutně musí dát kávu a k tomu si zapálit, a že tatínek si musí dát panáka z domácího baru po hádce se sousedem a následně se jde ještě projet autem, aby se dostatečně uklidnil, jistě to u něho nepovede k příliš odmítavému přístupu k povzbuzujícím či uklidňujícím látkám. Naopak, budou mu připadat jako samozřejmé nebo alespoň běžné. Tím nechci říct, že pokud se jednou někdo rozhodne mít dítě, nesmí už nikdy vzít do úst alkohol ani prášek, ale měl by v té souvislosti uplatnit rčení „všeho s mírou“.⁴³

⁴¹ Srov. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*, s. 27-38

⁴² Srov. Tamtéž, s. 27-38

⁴³ Srov. GOODYER, P. *Drogy + teenager*, s. 28

Na druhou stranu mám tu zkušenost, že rodiče mohou být v tomto směru i odstrašujícím příkladem. Zním několik rodin, kde jsou oba rodiče intenzivní kuřáci, trpící silným kuřáckým kašlem. Po vstupu k nim do bytu si připadáte jako v mlžném oparu, vše je skrz naskrz načichlé kouřem. A ani jedno z dětí, které vychovávají, by cigaretu, která bývá často tím prvním, na čem si lidé závislost vypěstují, nikdy nevzalo do úst. Všeobecně však platí to, že příklady táhnou a „děti kuřáků budou s větší pravděpodobností také kouřit a děti z rodin, kde se pije, budou s větší pravděpodobností také pít nebo užívat i jiné drogy v širším slova smyslu. Už v útlém věku se naučily, že užívání všeobecně konzumovaných i jiných drog je akceptováno.“⁴⁴

Zároveň by děti měly být vedeny k aktivnímu nekonzumnímu životnímu stylu, měly by si umět najít zábavu samy, nezávisle na ostatních, bez televize, počítače a dalších podbízivých možností, které vytváří dnešní právě na zábavu orientovaná doba.⁴⁵ Tento faktor je zdůrazňován i během léčby závislých, kde si lidé musí důsledně připravit plán kvalitního trávení volného času po opuštění léčebny a návratu do běžného života bez podpůrného vlivu návykové látky.

Problém vidím v tom, že výše uvedené informace a dobře míněné rady pro rodiče vedoucí k výchově zdárného potomka jsou šířeny v docela velkém množství, jsou k nalezení v mnoha příručkách a knihách o drogách, mládeži atd. Kámen úrazu je v tom, že po takovýchto materiálech rodiče sáhnou nejčastěji bohužel až právě ve chvíli, kdy objeví ony zmiňované známky užívání drog mezi věcmi svého teenagera. Pak už si však mohou jen trhat vlasy a říkat si, jak to všechno měli už od samého počátku dělat jinak.

8.4 Vývoj směřující k nezávislosti

Dá se říci, že se závislostí se vlastně každý člověk rovnou narodí. Je závislý na matce, na druhých. „Zjednodušeně lze vidět vývoj člověka jako cestu od naprosté závislosti k vyváženému poměru mezi samostatností a vzájemnému tvořivému využívání potenciálu dvou či více lidí. V adolescenci kdy vrcholí

⁴⁴ GOODYER, P. *Drogy + teenager*, s. 28

⁴⁵ Srov. HAJNÝ, M. a kol. *Akta Y*, s. 13

drama dospívání a kdy dominuje téma separace a individuace, je mladý člověk vystaven zatěžkávací zkoušce zralosti dosud vybudované osobnosti.⁴⁶ „Citová vazba se vyvíjí celý život nikoli od závislosti k oddělenosti, ale od „nezralé“ ke „zralé“ závislosti, kterou se rozumí citová autonomie Zároveň uchovávající citově významný vztah (projevem zralé závislosti bývají dobrovolné, radostné, spontánní, nevynucené návraty dospělých, popřípadě stárnoucích dětí již s vlastními dětmi, ke starým rodičům a sourozencům, třeba z kontinentu na kontinent).“⁴⁷

Znovu se tím vracíme k rodině. Je totiž právě na rodičích, aby odpoutání se zpod jejich ochranných křídel proběhlo tak, jak má, a aby výsledkem byla samostatná bytost. A právě dysfunkční či problematické vztahy v rodině mohou přirozený vývoj nepříznivě ovlivnit (Příloha I, Tabulka 3).

Rodiče bývají prvními projevy vzpoury svých dospívajících dětí zaskočení, ovšem vznikající konflikty jsou pro další vývoj nesmírně důležité - pokud by totiž nevznikly, dítě by vlastně nemělo žádnou potřebu se oddělit, což je naprosto přirozená součást vývoje. Podstatné tedy není konfliktům zabránit, ale dokázat na ně optimálně reagovat.⁴⁸ V takovém okamžiku se „dospělý může nabízet jako zdroj informací, zároveň by ale měl povzbuzovat k samostatnosti a sebedůvěře. Měl by počítat s tím, že mladí lidé tohoto věku se nespokojí s přijetím informace, ale budou chtít diskutovat.“⁴⁹

V této souvislosti nemá již nejpodstatnější vliv sama rodina, mladý člověk je formován i známými, školou, médií - konkrétně například „analýza zábavných pořadů prezentovaných v televizních programech, jasně indikuje příznivý obsah návykovým látkám, v časopisech a v televizi je běžná alkoholová reklama.“⁵⁰

9. MLADÝ ČLOVĚK A VRSTEVNÍCI

Zcela normální je pro mnohé rodiče překvapivý fakt, že najednou jsou na prvním

⁴⁶ VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*, s. 427

⁴⁷ KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Život s deprivanty*, s. 114-115

⁴⁸ Srov. HAJNÝ, M. a kol. *Akta Y*, s. 22

⁴⁹ HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*, s. 21

⁵⁰ ZÁŠKODNÁ, H. *Závislost na drogách*, s. 53

místě vrstevníci mladého člověka a jejich názory. „Cílem by mělo být nalezení stabilnější role mezi vrstevníky, prožití intimity partnerského vztahu. Nezbytné jsou i okamžiky rozchodů a zklamání, které vystavují mladého člověka dalším zkouškám. Zde představují drogy „pomocný“ prostředek - ať již pomáhají překonat rozpaky, nespělost, pocit odlišnosti, anebo přinášejí introvertní slastný stav, kdy člověk vlastně nikoho nepotřebuje.“⁵¹

Braní drog také zařadí své uživatele do určité skupiny lidí, kteří mají svůj vlastní styl, dá se říci i samostatnou kulturu, charakterizovanou oblékáním, hudbou, rituály, slangem. „Sounáležitost s takto vymezenou skupinou má významný vliv na vývoj a hledání vlastní identity, a to zvláště u lidí, kteří mohou na základě předchozích zkušeností mít zvýšenou potřebu či obtíže při utváření individuálního a hodnotného vědomí sebe sama.“⁵²

Pokud tedy začne mladý člověk experimentovat s drogami, může to být považováno za určitý pokus hledání sebe sama. O tom, že užije drogu, rozhoduje jen on sám a rovněž zážitky, které mu látka přinese, jsou určitým oddělením se od reálného světa. Droga přináší pocit dospělosti, po jejímž statutu adolescenti často netrpělivě touží.⁵³

„První zkušenosti se zneužíváním drog se získávají téměř pravidelně v partách.“⁵⁴ Nálezení k určité skupině ale může užívání drog podpořit, nebo naopak toto riziko snížit. Jsou skupiny, se kterými jsou drogy spojovány (anarchisté, různé sekty, účastníci techno či house parties, na druhou stranu nalezneme i takové, které užívání drog programově vylučují (skinheads). Nevím však, jestli je pro rodiče dostatečným zadostiučiněním, že dítě sice nefetuje, zato však patří právě k hnutí skinheads. Na téma touhy mladých lidí náležet do podobných skupin by se dala napsat celá další práce, nebudu jej zde dále rozvádět. Nemusí to však být jen skupina nějak organizovaná, která ovlivní postoj k drogám. Záleží i na spolužácích, kamarádech, sousedech a na tom, nakolik se

⁵¹ KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 138

⁵² Tamtéž, s. 137

⁵³ Srov. ZÁŠKODNÁ, *Závislost na drogách*, s. 53

⁵⁴ JANÍK, A., DUŠEK, K. *Drogy a společnost*, s. 166

s nimi chce mladý člověk ztotožnit, prožívat stejné zážitky atd.⁵⁵

Ve skupině lidí vždy vládne určitá hierarchie, někteří členové jsou vůdčími typy, jiní spíše pasivnější. Nebezpečím je pak ovlivňování nově příchozích či mladších členů právě již zkušenými jedinci.⁵⁶

Užívání alkoholu nebo jiných nealkoholových návykových látek bývá v partě spojováno s různými oslavami, či spíše vytvářením příležitostí k oslavování s alkoholem. Důvod se dá najít vždycky.⁵⁷

Pro to, jak velkou roli sehrají v okamžiku rozhodnutí, zda užít či neužít návykovou látku kamarádi, je podstatné dobré sebevědomí (k jehož vzniku rovněž přispívají rodiče a jejich výchova), které dovolí drogu odmítnout a netrpět následně pocitem méněcennosti mezi vrstevníky, kteří už leccos zkusili. Každý by měl před tímto krokem pečlivě zvážit pouze sám se svým vlastním svědomím, jestli mu stojí za to podstoupit rizika spojená s drogami.⁵⁸

10. VLIV ŠKOLY

Nejen rodina, ale i škola může svým dílem přispět ke vzniku závislosti nebo mu naopak - v tom lepším případě, zabránit. Děti a mladí tráví ve škole a s ní spojenými aktivitami mnoho času. Je tedy nepochybné, že právě ona má na ně a jejich rodiny velký vliv.

Ve škole mohou být rodičům poskytnuty informace, související s vedením svých dětí, na které jinak mohou narazit právě až v příručkách o drogách poté, co se jejich děti staly experimentátory či uživateli. V tomto ohledu se dá říci, že vše je v lidech - konkrétně zaměstnancích školy, a v jejich přístupu k drogovému problému, v tom kolik mu věnují času, jak k němu obecně přistupují a jakou formou poskytují informace dětem, nakolik se jim věnují.⁵⁹

Především je potřeba kontakt s rodinami žáků, řešení problémů týkajících se nejen prospěchu. Škola také může s rodiči spolupracovat na zřizování

⁵⁵ KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 136-137

⁵⁶ Srov. MEČÍŘ, J. *Zneužívání alkoholu...*, s. 55

⁵⁷ Srov. Tamtéž, s. 55

⁵⁸ Srov. GOODYER, P. *Drogy + teenager*, s. 34

⁵⁹ Srov. HAJNÝ, M. a kol. *Akta Y*, s. 96-97

a organizaci volnočasových, kulturních a sportovních akcí, nebo kroužků pro děti. Cílem všech těchto činností by mělo být zúžení kontaktu škola – rodina a zlepšení mezi nimi probíhající komunikace. Pokud toto dobře funguje, může škola působit jako protektivní faktor snižující riziko vzniku závislosti (Příloha I, Tabulka 4 – Faktory snižující riziko).⁶⁰

Zdá se, že se školství vcelku příznivě mění - nebo se alespoň snaží, v oblasti výukových metod a postupů, skladby předmětů, přecházení ke slovnímu hodnocení žáků apod. Lze tedy čekat, že určitou změnou k lepšímu prošel v průběhu let i způsob přístupu ke kontaktu s rodinami žáků a k otázce protidrogové prevence (samozřejmě konkrétně otázka prevence není v kompetenci samotné školy a závisí i na nabídce, která je jí poskytnuta, na možnostech financování apod.).

Neúspěchy, náročnost, nuda, pocit nepochopení a jiné mohou působit dítěti problém – je tedy potřeba, aby se rodiče dítěti v tomto ohledu věnovali a snažili se jej, nejlépe opět ve spolupráci s učiteli, vyřešit. Dítě by mělo především vidět kladný postoj rodičů ke škole a jejich zájem, snahu hledat řešení problémů místo toho, aby se cítili ublíženě a špatné známky spolu s žákem sváděli na nemožné učitele. Pokud dítě vidí u rodičů pozitivní přístup, následně jej přejímá.⁶¹

Bohužel, při řešení již vzniklých problémů s drogami někdy dochází k tomu, že se škola začne bát o svou image (co kdyby proboha někde vyšlo najevo, že k nám chodí feťáci...), tak pro jistotu problematického jedince odvrhne, vyloučí a zdánlivě je tím vše vyřešeno. Pravdou je však opak, postiženému žákovi a ve výsledku vlastně ani sobě tím rozhodně neprospějí (Příloha I, Tabulka 4).⁶²

11. SOCIÁLNÍ DOPADY ZÁVISLOSTI

Závislost se sice může jevit jako aktuální problém současnosti, užívání návykových látek však sahá velmi hluboko do historie. Dá se říci, že je jím

⁶⁰ Srov. HAJNÝ, M. a kol. *Akta Y*, s. 97

⁶¹ Srov. Tamtéž, s. 97

⁶² Srov. PRESL, J. *Drogová závislost*, s. 57

společnost celkově poznamenána. Návykové látky jsou vlastně svým způsobem do určité míry tolerovány - jsou ale rozdíly veřejnosti v přístupu k alkoholismu a k závislosti na nealkoholových látkách. Tím je dána rozdílnost v dopadech, které uživatele postihnou.⁶³

Oba dva typy závislosti mají ve výsledku velmi podobné sociální důsledky, jako je rozpad rodiny, ztráta pracovních dovedností, návyků nakonec i samotného zaměstnání a s ním spojených sociálních vztahů. Tyto situace mnohou dostat nakonec závislé do sociální izolace, později nejčastěji ke spojení s kriminální subkulturou a následnému páchání trestné činnosti. Ta je obvykle spojena s krádežemi a prodejem kradených věcí za účelem získat peníze na drogy, s prostitucí, vloupáními do míst, kde jsou k dispozici léky.⁶⁴

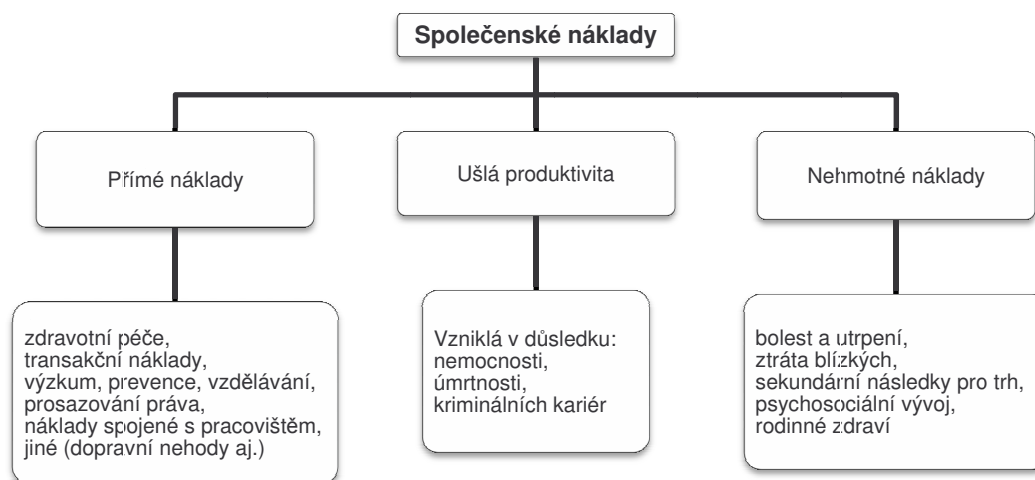
Rozdíl mezi alkoholismem a závislostí na nealkoholových drogách spočívá především v pohledu okolí. Alkoholismus má pomalejší vývoj, budí pohoršení a následnou stigmatizaci jedince a všechny její důsledky až po překročení vysoké míry tolerance naší sociokulturní normy. Na druhou stranu užívání ostatních drog není společností tolerováno téměř vůbec. „Nálepka feťáka je silnějším stigmatem než alkoholik, identifikace se subkulturou jedinců závislých na drogách je mnohem pravděpodobnější. Kromě přijetí vzorců chování typických pro tuto subkulturu je nebezpečím ztotožnění se s jejich hierarchií hodnot, jejich zvnitřnění jedincem ve skutečnosti znamená snížení šancí na změnu tohoto asociálního životního způsobu na minimum.“⁶⁵

Zneužívání drog však nemá dopad jen na jedince, ale i na společnost jako celek. Jasným ukazatelem zátěže jsou vznikající ekonomické škody (Obrázek 1).

⁶³ Srov. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*, s. 116

⁶⁴ Srov. DOČKAL, J. *Člověk a drogy*, s. 36-37

⁶⁵ FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*, s. 120

Obrázek 2. Členění společenských nákladů (škod) na zneužívání návykových látek⁶⁶

12. SYSTÉM PÉČE O ZÁVISLÉ V ČR

12.1 Stručně z historie léčby závislosti⁶⁷

V České republice je poměrně rozsáhlý systém péče o závislé. První zdravotnické zařízení specializované na studium a léčbu závislostí - konkrétně alkoholových, bylo založeno již v roce 1948 Jaroslavem Skálou v Praze při psychiatrické klinice lékařské fakulty Karlovy univerzity u Apolináře. V průběhu svého fungování se vyvinulo v zařízení typu terapeutické komunity a stalo se modelem pro další léčebny vznikající na našem území. V tomtéž roce byl založen také socioterapeutický klub KLUS (Klub usilujících o střízlivost).

V roce 1951 bylo schváleno zřízení protialkoholní záchytné stanice v Praze, která se zanedlouho stala vzorem pro zakládání podobných zařízení na východě. Přínosem bylo její napojení na AT poradny, které se začaly starat o evidenci pacientů.

Středisko nealkoholových drogových závislostí bylo založeno rovněž u Apolináře, doktorem Rubešem v roce 1978. Tato dvě zařízení vytvořila základ pro další rozvoj systému péče o závislé.

Léčebny fungovaly jako součást systému zdravotnictví, až po roce 1989

⁶⁶ ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*, s. 24

⁶⁷ Srov. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*, s. 91-94

nastal významnější rozvoj v oblasti nestátního neziskového sektoru. Od tohoto okamžiku k nám začaly pronikat s větší razancí zkušenosti a teorie zahraničních odborníků a postupně vzniklo mnoho nejrůznějších organizací zabývajících se závislostmi.

12.2 Formy pomoci pro závislé

V práci se závislými je kladen důraz především na mezioborový přístup, komplexnost a provázanost systému péče přizpůsobenému klientovým potřebám. Dalšími podstatnými kritérii je dostatečný rozsah a především dostupnost služeb a účinnost postupů.⁶⁸

Nízký práh

- Streetwork
- Kontaktní centra

Střední práh

- Ambulantní služby a AT poradny
- Denní stacionáře
- Detoxifikační jednotky

Vysoký práh

- Střednědobá ústavní léčba
- Terapeutické komunity
- Doléčovací centra
- Substituční programy

Další velmi důležitou součástí systému pomoci pro závislé jsou svépomocné skupiny vedené dobrovolníky a socioterapeutické kluby.

13. LÉČBA ZÁVISLOSTI V PL ČERVENÝ DVŮR⁶⁹

Léčebna se nachází nedaleko Českého Krumlova v areálu zámku a parku v Červeném Dvoře u Chvalšín. Založení léčebny v roce 1966 uchránilo toto místo před plánovanou demolicí.

⁶⁸ Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 211

⁶⁹ DVOŘÁČEK, J. a kol. *Léčebný řád – vnitřní předpis PL Červený Dvůr*

Z roku založení je patrné, že léčebna zde má poměrně dlouhou tradici. Již od počátku je zaměřena na léčbu závislostí s udržení naprosté abstinence a návrat pacienta do jeho běžného života. Léčí se zde muži i ženy z celé republiky, původně pohromadě, po získání finanční dotace a proběhnutí renovace ženského pavilonu jsou ženy léčeny a ubytovány odděleně.

Zařízení se specializuje na léčbu závislosti na návykových látkách a patologického hráčství. Současná kapacita je 103 lůžek s tím, že během roku zde absolvuje léčbu 550 - 750 pacientů. Nachází se zde příjmové detoxifikační oddělení a tři oddělení psychoterapeuticko - režimová, kde probíhá léčba v počtu zhruba 30 - 35 lidí. Jedna skupina je pouze pro ženy, zbylé dvě tvoří muži.

Léčebna je zaměřena na:

- střednědobou ústavní léčbu závislostí na nealkoholových drogách
- dlouhodobou léčbu závislosti na alkoholu a patologickém hráčství
- detoxikaci a detoxifikaci
- rodinnou a partnerskou terapii při střednědobých a dlouhodobých léčbách zmíněných výše
- krátkodobé stabilizační pobyty
- krátkodobé motivační (tzv. opakovací) pobyty v rámci následné péče

13.1 Podmínky k přijetí

K přijetí do léčebny je zapotřebí získat doporučení psychiatra, nejlépe se specializací na léčbu závislostí. Dále je stanovena věková hranice - pacient musí dosáhnout minimálně 18 let. Jeho hlavní diagnózou musí být syndrom závislosti a je nutná motivace k léčbě. Podmínkou je rovněž psychický a somatický stav nevyžadující jinou speciální léčbu a umožňující zapojení do všech aktivit.

13.2 Průběh léčby

Pacienti se zde léčí obvykle po dobu 3 - 6 měsíců, v odůvodněných případech i déle. Léčba i případné rozhodnutí ji předčasně opustit je dobrovolné, jsou však stanovena základní pravidla, bez jejichž dodržování může být pacient vyloučen.

Mezi ně patří:

- udržování bezdrogového prostředí
- spolupráce při všech terapeutických aktivitách
- zákaz fyzické agrese, psychického nátlaku, projevů rasismu
- zákaz sexuálních kontaktů v léčebně

Základním kamenem zdejšího programu jsou psychoterapeutické aktivity. Během nich jsou využívány různé přístupy a techniky. Hlavním nástrojem změny je terapeutická komunita a celý léčebný program se odehrává v komunitním prostředí. Všichni absolvují skupinové a komunitní psychoterapie, arteterapii, pracovní terapii, přednášky, volnočasové aktivity. Součástí léčby je rovněž zvládání některých rolí s větší zodpovědností za chod oddělení či léčebny - jedná se o služby v kuchyni, na detoxu, na vrátnici, spoluvedení komunity a skupiny. Pacienti zodpovídají za úklid veřejných prostor léčebny a svých pokojů.

Pacient je považován za experta na svůj život - je sám schopen činit rozhodnutí, učinit změnu, nalézt v sobě potenciál, který směřuje k uzdravení a uvolňuje se ve vztahu s druhým člověkem.

13.3 Bodovací systém

Po celý pobyt jsou veškeré aktivity a činnosti provázeny poměrně přísným bodovacím systémem, který utváří základní rámec léčebného programu a udržuje v léčebně spořádané prostředí a režim, posiluje žádoucí a měl by oslabovat nežádoucí chování či porušování pravidel, motivuje pacienty.

V léčebném řádu nalezneme celou škálu činností a jejich ohodnocení buď kladnými či zápornými body. Obecně lze říci, že kladné body jsou pro pacienta či jeho skupinu výhodné, záporné nevýhodné. Je rovněž potřeba říci, že nasbírání příliš vysokého počtu záporných bodů může vést až k vyloučení z léčby, nelze je tedy brát na lehkou váhu. Protože týdenní program má stálou strukturu, je vždy v pátek během hodnotící skupiny proveden součet a vyhodnocení bodů získaných v uplynulém týdnu - je stanovena stálá hodnota bodů, kterou je nutno v jeho průběhu získat. Pokud tento limit pacient nesplní, nejede o víkendu na vycházku.

Když jej nesplní dvakrát po sobě, je podmíněčně vyloučen z léčebny.

Toto opatření se může zdát přehnané, ovšem není tomu tak. Bodovací systém má svůj opodstatněný význam, ověřený léty praxe užívání přímo v Červeném Dvoře i dalších podobných zařízeních.

13.4 Sociální práce v PL Červený dvůr

V léčebně jsou zaměstnány dvě sociální pracovnice, s poměrně obsáhlou, a díky pasivnímu přístupu některých pacientů i vcelku náročnou, náplní práce. Do jejich kompetence spadá celý proces okolo přijetí pacienta do léčebny. Po nástupu s ním pracovnice sepíše data do přijímací knihy (jedná se převážně o osobní údaje - jméno, rodné číslo, bydliště, zaměstnání, kolikátou léčbu nastupuje apod.). Následně je sepsána sociální anamnéza pacienta (formulář viz. Příloha III), která se týká situace klienta ohledně bydliště, rodiny, zaměstnání (popř. studia), otázky, zda je trestně stíhán, jaké má dluhy atd. Součástí anamnézy je i plán řešení těchto problémů.

Většina pacientů přichází do léčebny zadlužena, takže si za pomoci sociální pracovnice sestaví splátkový kalendář. Pokud jsou bez příjmu, mohou zde využít poradenských služeb týkajících se sociálních dávek apod. Zároveň jsou jim poskytnuta telefonní čísla a možnost zavolat si na příslušné instituce přímo z kanceláře sociálních pracovnic. Tyto služby jsou poskytovány všem pacientům v průběhu celé léčby, včetně toho, že je příslušná pracovnice čas od času dojde upozornit během vhodného terapeutického sezení, že něco zapomněli, že se blíží důležitý termín atd.

Sociální pracovnice s pacienty řeší ubytování po léčbě (často se zde nacházejí lidé z ulice), případně nástup do terapeutické komunity nebo doléčovací program po ukončení léčby v Červeném Dvoře, na který je zde kladen obzvláště velký důraz. Na tato místa rovněž poskytuje kontakty a možnost telefonického spojení.

14. DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

14.1 Cíl a předmět šetření

Cílem šetření bylo zjistit podíl rodiny na vzniku závislosti u pacientů z PL Červený Dvůr, popř. jaké jiné mimorodinné faktory jim mohly být motivem pro zneužívání návykových látek.

Cílová skupina:

- závislí na alkoholu
- toxikomani
- patologičtí hráči

Předmět výzkumu:

Šetření se zabývalo vyjádřeními pacientů PL Červený Dvůr, zaměřenými především na:

- první zkušenost s drogou
- důvody užívání drog
- rodinnou situaci předcházející vzniku závislosti

14.2 Organizace šetření

Dotazníkové šetření proběhlo v PL Červený Dvůr. Sběr dat byl proveden formou nestandardizovaných strukturovaných dotazníků, předložených pacientům k vyplnění.

Cílovou populaci šetření tvořilo celkem 95 pacientů ze třech psychoterapeuticko - režimových oddělení léčebny. Klientela je zde zastoupena lidmi z celého území republiky.

14.3 Metodika dotazníkového šetření

14.3.1. Technika dotazníkového šetření

Pro získání informací je zvolena technika dotazníkového šetření. Dotazník byl vyplňován dobrovolně a anonymně.

Struktura dotazníku:

- žádost o vyplnění

- krátké informační sdělení o účelu dotazníkového šetření
- návod jak označit vybranou odpověď a opravit mylně označenou
- stručné anonymní osobní údaje
- jednotlivé otázky, z většiny s možnostmi výběru z několika odpovědí
- poděkování za vyplnění dotazníku

14.3.2 Distribuce a sběr dotazníků

Dotazníky byly pacientům rozdány personálem během ranní komunity, která je svou náplní vhodná pro takovou akci, a byli požádáni o jejich vyplnění. Zároveň jim byl stručně vysvětlen záměr šetření a byli informováni, do jakého termínu mají dotazník odevzdat.

Sběr dotazníků proběhl přímo v psychiatrické léčebně Červený Dvůr u Českého Krumlova. Vyplněné dotazníky pacienti předali vždy podle příslušnosti na určité oddělení jeho hlavnímu terapeutovi.

14.3.3 Harmonogram výzkumu

Výzkum se uskutečnil v březnu – dubnu 2009

- | | |
|-----------------------|---|
| 9. – 13. března | <ul style="list-style-type: none"> - dohoda s psychiatrickou léčebnou o provedení výzkumu, žádost o spolupráci při distribuci a sběru dotazníků - sestavení dotazníku, konzultace s odborníkem o jeho formální správnosti |
| 16. - 20. března | <ul style="list-style-type: none"> - technická příprava akce (tisk a kopírování dotazníků, telefonická žádost o uskutečnění výzkumu v následujícím týdnu a dohoda na vhodném dnu a čase rozdání dotazníků) |
| 24. března | <ul style="list-style-type: none"> - osobní odvoz dotazníků do léčebny, zodpovězení otázek - distribuce dotazníků |
| 27. března – 3. dubna | <ul style="list-style-type: none"> - sběr dotazníků |

- zjištění počtu a jejich roztřídění na relevantní a pro výzkum nepoužitelné z důvodu špatného vyplnění

14.3.4 Způsob zpracování dotazníků

Nejprve proběhlo již zmíněné třídění dle použitelnosti dotazníků a výpočet návratnosti. Byly vyřazeny špatně vyplněné a porovnána velikost získaného souboru se základním.

Dotazníky použitelné pro šetření byly roztříděny nejprve podle pohlaví klientů, následně podle předmětu zkoumání. Výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů v programu Excel a získané výstupy porovnány s hypotézami.

14.3.5. Závěrečná zpráva

Zpracování závěrečné zprávy bylo vytvořeno ve dvou formách:

- stručná – shrnující míru podobnosti rodinného prostředí klientů a jeho vliv na vznik jejich závislosti, vyskytující se mimorodinné rizikové faktory
- podrobná - analýza získaných informací (první zkušenost s drogou, její motivace, druhy užívaných drog, vztah pacienta k rodičům, rodinné prostředí atd.); porovnání těchto výsledků v souvislosti s pohlavím, věkem, vzděláním a zaměstnáním klientů

14.5 Hypotézy

Obsah hypotéz jsem čerpala z odborné literatury, především z publikací primáře Nešpora a doktora Hajného, a ze své vlastní zkušenosti se závislými, pramenící z mé praxe v PL Červený Dvůr.

H1 Očekávám, že závislí budou pocházet z větší části z rodin, kde jsou vlastní rodiče rozvedeni. Nepředpokládám, že by se u většiny vyskytovaly velmi problematické rodinné vztahy, spíše očekávám nevhodný výchovný přístup rodičů (ochranitelský nebo naopak chladný vztah rodičů k pacientům).

- H2 Co se týče materiální situace, myslím, že se bude často objevovat spíše průměrná nebo horší.
- H3 Očekávám, že přestože venkov a menší města jsou veřejností obecně považována za zdravější, „bezdrogovější“ prostředí, bude poměrně velké množství závislých právě odsud.
- H4 Předpokládám, že téměř všichni respondenti budou kuřáci, s tím, že jejich první zkušenost s cigaretou sahá do období 13 – 15 let věku. Rovněž první zkušenost s alkoholem se bude vykytovat v tomto či ještě dřívějším období.
- H5 Předpokládám častý výskyt nezaměstnanosti, jak u rodičů, tak u dotazovaných.
- H6 Očekávám, že poměrně dost závislých bude i přes svůj dospělý věk žít i nadále se svými rodiči.

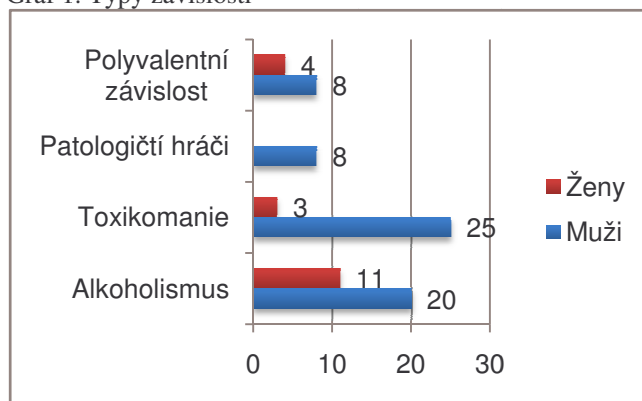
15. VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

15.1 Podrobná analýza

V psychiatrické léčebně Červený Dvůr bylo rozdáno celkem 95 dotazníků, s poměrně vysokou návratností 80 dotazníků s tím, že jeden nebyl použitelný pro vyhodnocení. Zpracovala jsem 79 dotazníků, ve složení 61 mužů a 18 žen.

Účelem bylo zaměřit se především na sociální faktory vzniku závislosti, dotazník byl tedy směřován do této oblasti. Z konečných výsledků vyplývá, že:

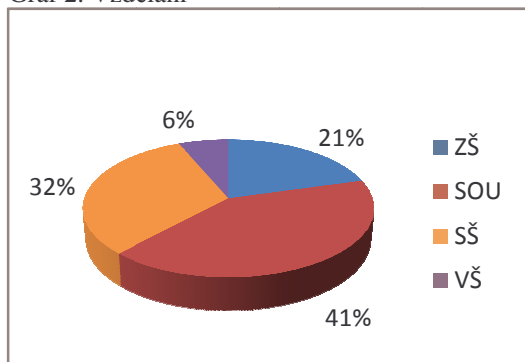
Graf 1. Typy závislostí



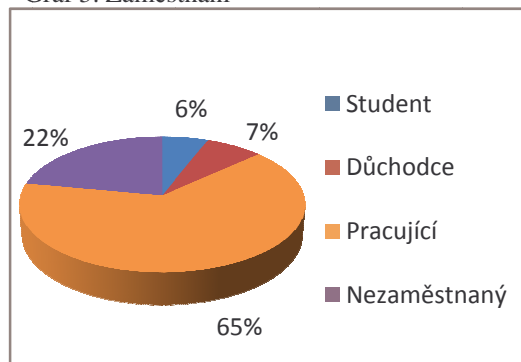
Porovnání dle výsledků z dotazníkového šetření – typy závislosti. 39 % dotázaných se léčí ze závislosti na alkoholu, 36 % ze závislosti na nealkoholových drogách (převažuje pervitin a heroin či jiné opiáty), 15% z polyvalentní závislosti a 10 % z patologického hráčství (Graf 1)

Věkové rozmezí závislých. Největší část závislých je ve věku 21 - 30 let, následuje 31 - 40 let, 41 - 50 let, v menším zastoupení nalezneme mladé v rozmezí 18 - 20 let a pacienty vyššího věku.

Graf 2. Vzdělání



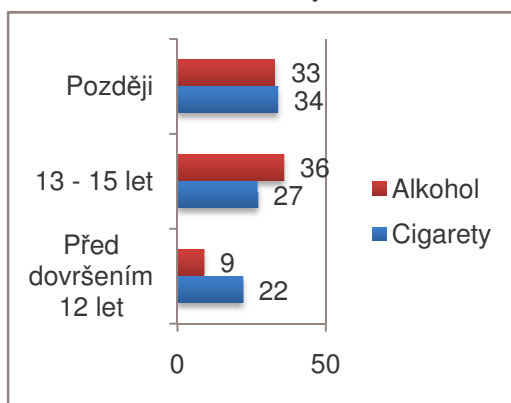
Graf 3. Zaměstnání



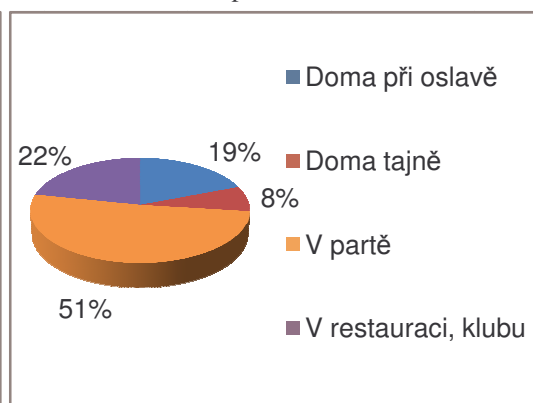
Vzdělání převažuje střední odborné a úplné střední, v menší části je zastoupena skupina, která má uzavřené pouze vzdělání základní, nejmenší skupinu tvoří vysokoškoláci (Graf 2).

Zaměstnání. Velká část (65 %) uvedla, že jsou zaměstnaní, 22 % je nezaměstnaných, zbylou část tvoří studenti a důchodci (Graf 3). Zaměstnání jsou poměrně různorodá, velmi často se objevuje povolání kuchař - číšník (ze 44 osob, které uvedly, že jsou zaměstnány, jich 14 pracuje v pohostinství), přičemž tento druh zaměstnání je v souvislosti se vznikem závislosti považován za rizikový. Jinak až na několik výjimek převažují dělnické profese.

Graf 4. První zkušenost s návykovou látkou



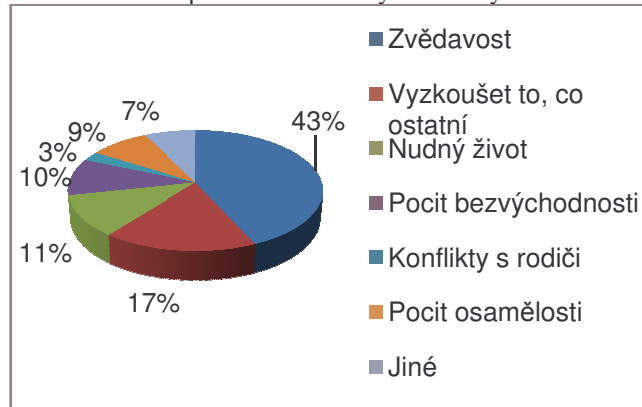
Graf 5. Příležitost prvního užití alkoholu



První zkušenost s návykovou látkou – porovnání dle výsledků šetření. Převážná většina závislých kouří, z toho 26 % začalo před dovršením 12 let, 33 % v období od 13 do 15 let, 41 % později. Podobná je situace i u prvního požití alkoholu, jen 12 % jej okusilo před dovršením 12 let, 46 % mezi 13 - 15 lety, 42 % později (Graf 3). Jeden respondent (patologický hráč) uvedl, že alkohol neokusil nikdy. Příležitosti, kdy došlo k prvnímu požití, jsou různé, převažuje možnost v partě s kamarády – 51 %, poměrně vyrovnané jsou odpovědi doma při oslavě a v restauraci či klubu (Graf 5).

Jako první podnět k užití drogy převládá zvědavost, další je možnost zkusit, co ostatní z party. Následuje nudný život, pocit bezvýchodnosti, osamělosti. 7 % spadajících do možnosti „jiné“ začalo užívat s partnerem. Pouze dva respondenti uvedli jako důvod konflikty s rodiči (Graf 6).

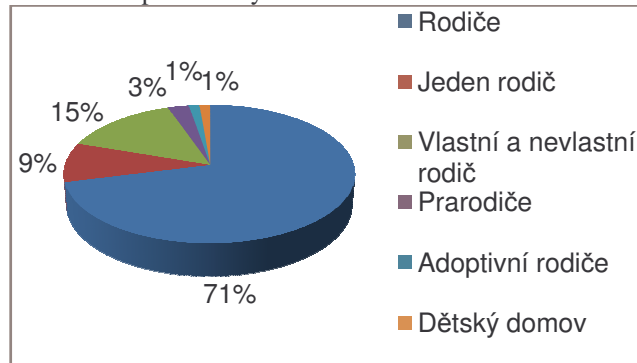
Graf 6. Podnět k prvnímu užití návykové látky



Udávání bydliště; 29 % dotazovaných vyrůstalo v malém městě, 25 % ve městě do 100 000 obyvatel, 19 % na samotě či vesnici, 10 % ve větším městě (nad 100 000 obyvatel), 17 % v Praze.

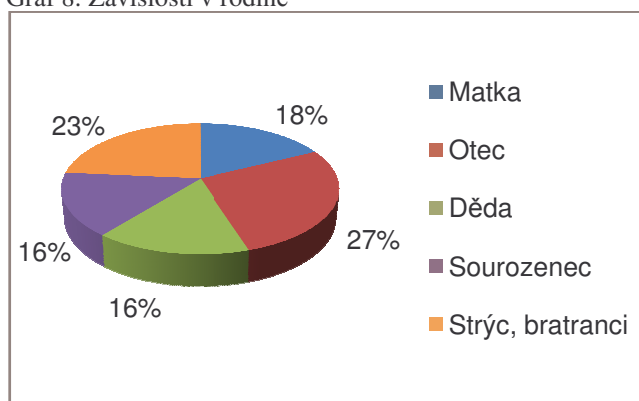
Zájmy v dětství - většina dotázaných uvádí poměrně široké spektrum koníčků, jen 3 % uvedla odpověď „víceméně žádné, často jsem se nudil“. Převažuje sport (34 %), což je logické vzhledem k tomu, že větší část osazenstva léčebny tvoří muži. 24 % uvedlo partu kamarádů, 22 % zájmové kroužky různého typu a 17 % domácí hobby.

Graf 7. Kdo pacienta vychovával



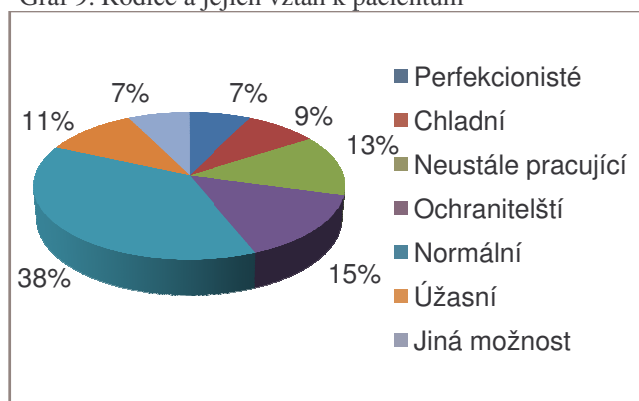
Výchova a vztahy v rodině. Zhruba dvě třetiny dotázaných vychovávali rodiče (přitom z celkového počtu párů je 71 % rodičů manželé či partneři, 29 % párů je rozvedeno), 15 % matka a nevlastní otec, 9 % jeden z rodičů. Jen nepatrnou část tvoří pacienti vychovávaní prarodiči, adoptivními rodiči či žijící v dětském domově (Graf 7). Přitom 49 % považuje své vztahy s rodiči za normální, 18 % za výborné a harmonické. 13 % vztahy v rodině vidí jako problematické, 8 % jako uspokojivé, 6 % spíše špatné, 6 % velmi špatné.

Graf 8. Závislosti v rodině



Závislosti v rodině se vyskytují v 25 případech (17 mužů a 8 žen). Převažující je alkoholismus (74 % z celkového počtu závislých příbuzných), následují nealkoholové drogy – 18 % a patologické hráčství 8 %. Nejčastěji se vyskytuje závislý otec (u 27 % závislých) nebo matka (18 %). Následuje závislost u strýce a bratranců 16 %, na stejném místě skončili závislí sourozenci i dědečkové 16 % (Graf 8).

Graf 9. Rodiče a jejich vztah k pacientům

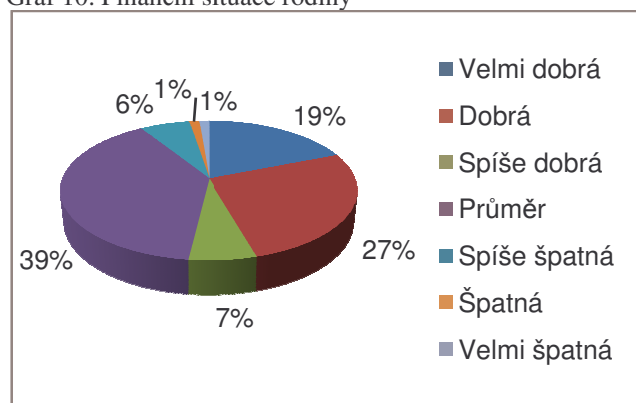


Vztah rodičů k pacientům. V otázce, jak by respondenti označili své rodiče, je 38 % vidí jako „normální“, 13 % uvádí rodiče pracující s nedostatkem času, 11 % mělo rodiče úžasné, 7 % perfekcionista. 15 % uvedlo rodiče ochranné, 9 % chladné.

K těmto dvěma možnostem byla uváděna i kombinace, zařazená do kategorie „jiná možnost“ - 7 % značí své rodiče jako jeden ochranný, druhý chladný (Graf 9). Větší část je spokojena s průběhem svého dětství, 47 % jej označilo jako normální, 36 % jako šťastné. 14 % jako špatné, jen v jednom případě bylo uvedeno dětství nešťastné.

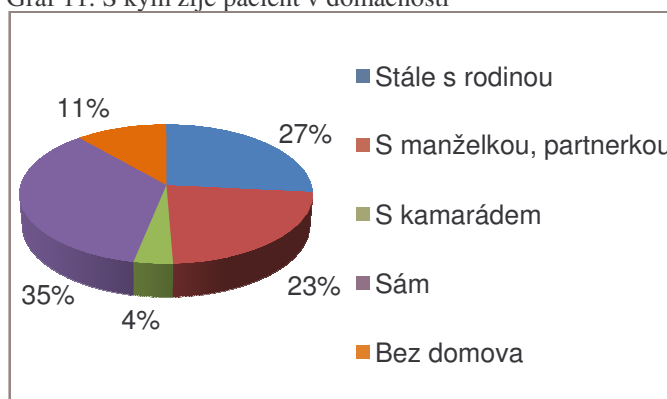
Zaměstnanost rodičů a finanční situace rodiny. Převážná většina rodičů závislých (91 %) byla zaměstnána, v 9 % pracoval jen jeden rodič. Ani v jednom případě nebyli rodiče nezaměstnaní. S tím související finanční situace v rodinách převažuje průměrná – 39 %, následuje dobrá 27 % a velmi dobrá 19 %. 7 % uvedlo situaci spíše dobrou. 6 % situaci spíše špatnou, jen jeden dotázaný situaci špatnou a jeden velmi špatnou (Graf 10).

Graf 10. Finanční situace rodiny



V současnosti žije 35 % dotázaných samo, 27 % stále s rodinou, 23 % s manželem/manželkou či partnerem/partnerkou. 11 % nemá kde bydlet, 4 % žijí se spolubydlícím (Graf 11).

Graf 11. S kým žije pacient v domácnosti



15.2 Souhrn

V rodinách závislých z PL Červený Dvůr se vyskytují podobné znaky – byli vychováni oběma rodiči, kteří nebyli rozvedeni, byli zaměstnaní a rodiny neměly špatnou finanční situaci. Většina s rodiči měla normální vztahy. Tyto faktory však nenáleží k těm, které zvyšují riziko vzniku závislosti

(Příloha I, Tabulka 3).

Z rizikových faktorů převládá vliv party vrstevníků, užívání návykových látek ve věku nižším než 15 let, zčásti výchovný styl rodičů a závislost v rodině.

15.3 Verifikace hypotéz

Hypotéza H1 – „Očekávám, že závislí budou pocházet z větší části rodin, kde jsou vlastní rodiče rozvedeni. Nepředpokládám, že by se u většiny vyskytovaly velmi problematické rodinné vztahy, spíše očekávám nevhodný výchovný přístup rodičů (ochranitelský nebo naopak chladný vztah rodičů k pacientům),“ se potvrdila pouze částečně. Rozvodovost rodičů a následná výchova náhradním rodičem se vyskytuje v podstatně menší míře, než výchova oběma vlastními rodiči (Graf 7).

Vyšší rozvodovost jsem očekávala z toho důvodu, že jde co, se týče rodinných vztahů, o obtížnou situaci, často provázenou nepříjemnostmi, tahanicemi a hádkami. To vše samozřejmě může mít na dítě a i na jeho vztah ke drogám negativní vliv. Jak uvádí ve svém díle i Hajný, problematické důsledky nedořešeného rozvodu se mohou projevit v několika směrech - dítě na sebe může chtít upozornit právě experimentováním s drogami, čímž si říká o zvýšenou pozornost, může užíváním vyjadřovat zlost na rodiče, mírnit negativní emoce; problematickým chováním se také může snažit o vytvoření situací, které rodiče opět spojí. A samozřejmě může v takového pro něho kritické situaci obracet svou pozornost k vrstevníkům, aby mu pomohli překonat nepříjemnou atmosféru vládoucí doma - a pokud právě oni berou drogy, zákonitě se k nim připojí.⁷⁰

O problémech tohoto typu mluví i Záškodná – „za rizikovou se všeobecně považuje mj. strukturně a funkčně narušená rodina. U závislých se popisuje zhruba 30 % rodin rozpadlých v důsledku rozvodu rodičů, dalších 10 % v důsledku úmrtí rodiče, v rodinách je nalézán trvalý nesoulad mezi rodiči, spolu

⁷⁰ Srov. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*, s. 49-50

s nedostatkem vřelosti a disciplíny.”⁷¹

Potvrdilo se však, že v rodinách nepřevažují problematické vztahy, větší část dotazovaných označila vztahy ve své rodině v rozmezí možností „harmonické, výborné – normální – uspokojivé“.

Rovněž očekávání nevhodného výchovného přístupu se potvrdilo jen zčásti, ochranný i chladný přístup rodičů se vyskytují, ale ne v převažující míře (Graf 9). Jistě ovšem svůj určitý vliv sehrály, jako rizikové zmiňuje tyto modely výchovy i Presl (viz. kapitola Rodina jako rizikový faktor).

Hypotéza H2 – „*Co se týče materiální situace, myslím, že se bude často objevovat spíše průměrná nebo horší,*“ se také nepotvrdila, vyskytuje se sice možnost průměrná, ale převyšují ji varianty „spíše dobrá – dobrá – velmi dobrá“, tedy spíše vzestupný směr, oproti očekávanému sestupnému (Graf 10). Horší materiální situace, často spojená s nezaměstnaností rodičů, je rovněž často zmiňovaným rizikovým faktorem. Může mít mnoho důsledků, které představují potenciální drogové nebezpečí. V souvislosti s ní se mohou vyskytnout pocity bezmoci, deprese, pocity méněcennosti před finančně zabezpečenými vrstevníky, snaha o únik z frustrující reality, z neutěšených podmínek sociálního prostředí apod. Všechny tyto stavy mohou ovlivnit citlivost vůči návykovým látkám.⁷² Proto je výsledkem, s převažující průměrnou až velmi dobrou finanční situací, poměrně překvapivý.

Hypotéza H3 – „*Očekávám, že přestože venkov a menší města jsou veřejností obecně považována za zdravější, „bezdrogovější“ prostředí, bude poměrně velké množství závislých právě odsud,*“ se potvrdila, téměř polovina dotázaných pochází z venkova a menších měst.

Mnozí z veřejnosti i odborníků považují venkov a malá města za „drogově“ bezpečná a jejich prostředí za faktor snižující riziko alkoholu a drog (Příloha I, Tabulka 9). Já mám však z běžného života v posledních letech dojem opačný. Mnoho mladých lidí, kteří zde žijí, se ve volném čase potlouká bez valných zájmů, společně popíjejí, kouří, v polích a lukách pěstují marihuanu,

⁷¹ ZÁŠKODNÁ, H. *Závislost na drogách*, s. 48

⁷² Srov. Tamtéž, s. 49

kteřou pak samozřejmě společně kouří a porovnávají, kdo vypěstoval „lepší model“. A není pochyb o tom, že právě alkohol, tabák a marihuana jsou startovacími drogami, takže pokud náhodou někdo sežene něco „tvrdšího“, nikdo se příliš nebrání to vyzkoušet, aby se neztrapnil před ostatními.

Myslím, že vztahy a poměry panující v maloměstech a vesnicích by vydaly na samotnou knihu, každopádně z výzkumu a výsledku, že 48 % dotazovaných pochází právě z tohoto prostředí, mou domněnku jen potvrzuje.

Hypotéza H4 – *„Téměř všichni budou kuřáci, s tím, že jejich první zkušenost s cigaretou sahá do období 13 – 15 let věku. Rovněž první zkušenost s alkoholem se bude vykytovat v tomto či ještě dřívějším období,“* také souhlasí se získanými výsledky, kouří 92 % pacientů a více než polovina začala s kouřením i alkoholovou zkušeností před dosažením 15 let (Graf 4).

Užívání návykových látek v raném věku je dalším z rizikových faktorů, který zmiňují snad všichni autoři, od kterých jsem čerpala údaje do této práce (nalezneme jej u Nešpora, Presla, Hajného, Záškodné, Kaliny aj.). Také ve výsledcích šetření vyšel jako jeden z nejvýznamnějších. To, že kouří téměř všichni dotazovaní, ovšem neznamená jen to, že tabák může být startovací drogou. Kouření je také kompenzací ostatních závislostí, kterých se pacienti v léčbě musí zbavit, a právě ta na cigaretách je jediná, kterou jim v průběhu léčby nikdo důrazně nezakazuje (kouření je pouze omezeno časem a místy k tomu určeným).

Hypotéza H5 – *„Často se bude v rodinách vyskytovat nezaměstnanost, jak u rodičů, tak u dotazovaných,“* se nepotvrdila vůbec, u rodičů se nezaměstnanost nevyskytuje ani v jednom případě a rovněž nezaměstnanost u závislých je poměrně nízká.

Tento výsledek je vcelku zajímavý, protože závislí mívají problémy si zaměstnání udržet či do něj vůbec docházet, protože veškerá jejich náplň času bývá spojena se sháněním a užíváním návykové látky.⁷³

⁷³ Srov. DOČKAL, J. *Člověk a drogy*, s. 36

Nezaměstnanost rodičů související se zhoršenou finanční situací, špatným rodičovským vzorem a dalšími rizikovými faktory, zmiňovanými již u hypotézy H2 (viz. výše) se dokonce nevyskytla vůbec.

Hypotéza H6 – „*Poměrně dost závislých bude i přes svůj dospělý věk žít i nadále se svými rodiči,*“ se potvrdila částečně, se svou rodinou stále žije 27 % závislých (Graf 11).

Tuto hypotézu jsem uvedla v souvislosti s pseudoindividuací - typickým rysem rodiny, kde se vyskytuje závislost (viz. kapitola 8.1.1 Typické rysy rodin s výskytem závislosti). Ve zkratce jde o jakýsi bludný kruh, kdy na sebe užívání drog, které má mladého člověka zdánlivě uvést mezi dospělé a samostatně jednající, nabalí takové množství dalších problémů, že uživatel naopak není schopen se o sebe postarat, a to ještě zvyšuje jeho závislost na rodině a snižuje jeho naději na skutečné osamostatnění v budoucnu.⁷⁴

Nejedná se sice konkrétně o rizikový faktor, ovšem rodina a její vliv zde hraje roli v průběhu léčení závislosti.

16. DISKUZE

Vezmeme-li v úvahu získané výsledky šetření provedeného mezi pacienty PL Červený Dvůr, nejčastějšími ohrožujícími faktory, korespondujícími s údaji v odborné literatuře, jsou především setkání s alkoholem, tabákem nebo drogou v mladém věku, vliv party vrstevníků, a zneužívání alkoholu, tabáku nebo jiných drog rodiči či příbuznými. Částečně se vyskytuje nedostatek času rodičů, ochranný styl výchovy.

Zajímavé je, že téměř polovina dotázaných uvedla život na vesnici či malém městě, což je považováno za faktor snižující riziko závislosti. V této souvislosti se také vůbec nevyskytuje nezaměstnanost rodičů, minimální je výskyt špatné či velmi špatné finanční situace rodiny. Nízký je i počet uvádějící informace, z nichž by vyplývala nedostatečná citová vazba vůči rodičům v dětství.

K mému překvapení považuje větší část dotazovaných svou rodinu

⁷⁴ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové látky a závislost*, s. 80

za normální, víceméně bezproblémovou, s dobrým zázemím. Nijak výrazně se neprojevila ani dědičná vazba uvedená v kapitole 6.1 Závislost a dědičnost, tedy závislý otec na alkoholu - závislý syn.

Jelikož se ve větší míře neprojevily výše zmiňované problémy a většina uživatelů pochází z úplných a podle svého tvrzení „normálních“ rodin, bez špatných vztahů s rodiči, lze předpokládat vzhledem k informacím z odborné literatury, že se v rodinách mohly objevit některé z ohrožujících faktorů uvedených v kapitole 8.2 Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti.

Díky zjištěním vyplývajícím z dotazníkového šetření je možné utvořit si určitý obrázek o rodinné situaci dotazovaných pacientů, zjistit podobnost v jejich rodinách a dozvědět se, které z faktorů se u nich projevily jako nejvíce ohrožující ve vztahu ke vzniku závislosti.

ZÁVĚR

Ohrožující faktory se neustále mění s dobou, což je patrné obzvláště po změně poměrů v počátku devadesátých let. Některé uváděné ve starších publikacích se již dnes mohou jevit jako úsměvné – např. v knize ...až na dno?! doktora Skály z roku 1988, byl například obviňován z častého výskytu alkoholismu (mimo jiné) nedostatek minerálky a jiných osvěžujících nápojů, díky čemuž se snáze vytvoří chuťový návyk na pivo, kterého je dost, je cenově dostupné a je propagováno.⁷⁵ Ve své době však měla i tato okolnost své opodstatnění a na její místo dnes nastupují faktory, a vlastně i samotné druhy závislosti, nové, dané změnou životního stylu, druhu zábavy apod.

Myslím si, že právě proto je potřeba se právě tímto tématem zabývat i nadále - i přes množství publikací, teorií a názorů, které již vznikly. Jako velmi zajímavý podnět k výzkumu bych považovala faktor bydliště - nejen z provedeného šetření, ale i z běžného života mám dojem, že se drogy u mladých lidí poslední dobou velmi rychle šíří na venkov a do malých měst, kde se ještě v době mého „tanagerského“ života (což není zase tak dávno), vyskytovaly oproti městu v naprosté menšině. Přitom zde funguje jen minimální drogová prevence

⁷⁵ Srov. SKÁLA, J. ...až na dno?!, s. 6

a obecní úřady v tomto směru neprojevují žádné významné aktivity.

Co se týče podnětů k užití drogy, považuji dle získaných výsledků za velmi rizikovou partu vrstevníků. Velké množství respondentů uvedlo jako prvotní podnět zvědavost, která nepochybně souvisí s porovnáváním svých zkušeností s okolím, rovněž přímo podnět „vyzkoušet to, co ostatní z party“ se vyskytuje ve větší míře. I první alkoholová zkušenost byla nejčastěji absolvována v partě kamarádů.

Celkově vzato se dá říci, že se potvrdila určitá podobnost v rodinách závislých, ovšem ne právě v tom směru jaký jsem předpokládala. Je pro mě překvapivý fakt, že většina byla vychovávána vlastními rodiči, jak málo respondentů uvedlo jako první podnět k užití konflikty v rodině. Na toto téma by bylo vhodné provést další šetření, týkající se rizikových faktorů uvnitř rodiny (viz. kapitola 8).

Zajímavé je i to, že poměrně velká část uvedla také první zkušenost s tabákem či alkoholem až po dovršení 15 let. I přesto bych jako nejrizikovější faktor v adolescenci, z pohledu mého šetření, označila především zmiňovanou partu vrstevníků a v souvislosti s ní proběhlou časnou první zkušenost s návykovou látkou.

V problematice závislostí je stále dost nezodpovězených otázek a objevujících se nových skutečností, je to tedy podle mého názoru téma stále otevřené pro ty, kteří chtějí hledat nové souvislosti, aby se jim následně mohli snažit lépe předejít.

Seznam literatury

1. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3. aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
2. NEŠPOR, K., MARHOUNOVÁ, J. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Praha : Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9-8.
3. DOČKAL, J. *Člověk a drogy*. Praha : Éthum, 2000. ISBN neuvedeno.
4. PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. rozšíř. vyd. Praha : Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-25-X.
5. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-07094
6. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
7. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
8. ZÁŠKODNÁ, H. *Závislost na drogách*. Ostrava : Ostravská univerzita - Filozofická fakulta, 2004. ISBN 80-7042-689-6.
9. HAJNÝ, M., KLOUČEK, E., STUHLÍK R. Akta Y. Praha : Votobia, 1999. ISBN 80-7220-022-4.
10. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0135-9
11. JANÍK, A., DUŠEK, K. *Drogy a společnost*. Praha : Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0087-3.
12. SKÁLA, J. *...až na dno!?* 4. přeprac. vyd. Praha : Avicenum, 1988. ISBN neuvedeno.
13. KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Život s deprivanty I*. Praha : Galén, 2001. ISBN 80-7262-088-6.
14. KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Vzpouza deprivantů*. Praha : Makropulos, 1996. Kapitola Duševní poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek, s. 134 - 163. ISBN 80-901776-8-9.
15. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*. Praha : Grada Publishing, 2009. Kapitola 6. Zneužívání psychoaktivních látek, s. 87 - 123. ISBN 978-80-247-2781-3.
16. MÜLLEROVÁ, P. a kol. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2005, s. 211 - 225. ISBN 80-7367-002-X.
17. HAJNÝ, M. Drogová závislost a krize. In VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha : Portál, 2002, s. 426 - 447. ISBN 80-7178-696-9.
18. GOODYER, P. *Drogy + teenager*. Přel. R. Kuncová. Praha : Slovanský dům, 2001. ISBN 80-86421-44-9.
19. GÖHLERT, F. -CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. Přel. D. Lieblová. Praha : Euromedia group - Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.

20. DULCAN, M., K., MARTINI, D. R. *Detská a dorastová psychiatria*. Přel. L. Kvasnička. Trenčín : F, 2004. Kapitola 5.2 Poruchy súvisiace so substanciami, s. 90 - 95. ISBN 80-88952-12-3.
21. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha : Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-955-1
22. MEČÍŘ, J. *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog mládeže*. Praha : Avicenum, 1990. ISBN neuvedeno

Časopisy:

23. NOVOTNÝ, M. a kol. Genetika závislosti na alkoholu. *Adiktologie*, 2005, roč. 5, č. 2, s. 297. ISSN 1213-3841

Nepublikované zdroje:

24. DVOŘÁČEK, J. a kol. *Léčebný řád – vnitřní předpis PL Červený Dvůr*. Červený Dvůr, 2005.
25. BUBLÍKOVÁ, I. *Užívání návykových látek v ČR*. Přednášky sociální patologie. Volně zpracováno dle K. Grohmannové.
26. BUBLÍKOVÁ, I. *Okolnosti zvyšující riziko zneužívání alkoholu a drog u dětí a okolnosti toto riziko snižující*. Přednášky sociální patologie. Volně zpracováno dle M. Hajného.
27. BUBLÍKOVÁ I. *Problémoví uživatelé drog, incidence za 2. čtvrtletí a prevalence za 1. pol. 2004*. Přednášky sociální patologie, Volně zpracováno dle časopisu Závislost a my.

Seznam tabulek:

Tabulka 1. Přehled možných příčin užívání drog a vzniku závislosti.....	15
Tabulka 2. Faktory týkající se dítěte.....	53
Tabulka 3. Faktory týkající se rodiny.....	53
Tabulka 4. Faktory týkající se školy.....	54
Tabulka 5. Faktory týkající se zaměstnání.....	54
Tabulka 6. Vrstevníci, se kterými se dítě stýká.....	54
Tabulka 7. Faktory týkající se společnosti.....	55
Tabulka 8. Faktory týkající se životního prostředí.....	55

Seznam grafů:

Graf 1. Typy závislostí.....	38
Graf 2. Vzdělání.....	38
Graf 3. Zaměstnání.....	38
Graf 4. První zkušenost s návykovou látkou.....	39
Graf 5. Příležitost prvního užití alkoholu.....	39
Graf 6. Podnět k prvnímu užití návykové látky.....	40
Graf 7. Kdo pacienta vychovával.....	40
Graf 8. Závislosti v rodině.....	41
Graf 9. Rodiče a jejich vztah k pacientům.....	41
Graf 10. Finanční situace rodiny.....	42
Graf 11. S kým žije pacient v domácnosti	42

Seznam obrázků:

Obrázek 1. Systémy vztahů v rodině.....	20
Obrázek 2. Členění společenských nákladů (škod) na zneužívání návykových látek.....	29

Seznam zkratk:

PL – psychiatrická léčebna

CAN - Child abuse and neglect (týrané, zanedbávané a zneužívané dítě)

Seznam příloh:

Příloha č. I – Faktory zvyšující riziko zneužívání alkoholu a drog u dětí a faktory
toto riziko snižující

Příloha č. II – Dotazník používaný k šetření

Příloha č. III - Sociální anamnéza používaná v PL Červený Dvůr

Příloha č. I ⁷⁶**Faktory zvyšující riziko zneužívání alkoholu a drog u dětí a faktory toto riziko snižující**Tabulka 2. **Faktory týkající se dítěte**

Zvyšují riziko alkoholu a drog	Snižují riziko
Duševní poruchy a poruchy chování	Vysoká míra duševního zdraví
Setkání s alkoholem, tabákem nebo drogou v mladém věku	Dobré tělesné zdraví
Poškození mozku při porodu, úrazy hlavy	Pozdní nebo žádné setkání s drogou
Dlouhé bolestivé onemocnění	Dostatek dovedností týkajících se mezilidských vztahů, schopnost vytvářet citové vazby
Nedostatek dobrých způsobů, jak zvládat stresové situace	Dobré sebevědomí
Nedostatek dovedností v mezilidských vztazích	Dobré způsoby, jak zvládat obtížné situace a řešit problémy
Nízké sebevědomí	Alkohol a drogy špatně snášeny
Po alkoholu a drogách výrazně převažují příjemné pocity	Dobrá schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí
Nízká schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí	Vnitřní přijetí hodnot, které jsou v rozporu s alkoholem a drogami
Agresivita, špatné sebeovládání	Veselost, vytrvalost, pilnost, přizpůsobivost
Nízká inteligence	Odolnost vůči neúspěchu
	Schopnost plánovat a řešit problémy
	Dobrá inteligence
	Učinné způsoby jak mírnit nepříjemné duševní stavy (úzkost, smutek apod.), jako jsou relaxace, jóga, tělesné cvičení apod.
	Schopnost navodit si příjemné stavy nějakým zdravým způsobem

Tabulka 3. **Faktory týkající se rodiny**

Zvyšující riziko alkoholu a drog	Snižující riziko
Nejasná pravidla týkající se chování dítěte	Jasná pravidla týkající se chování dítěte
Nedostatek času na dítě zvláště v časném dětství	Přiměřená péče, dostatek času na dítě, zejména v časném dětství
Malá péče	
Nedostatečný dohled	Přiměřený dohled
Nesoustavná a přehnaná přísnost	Pevné citové vazby dítěte
Nedostatečné citové vazby dítěte	Positivní hodnoty (např. vzdělání)
Manželský konflikt	Rodiče na výchově spolupracují
Schvalování alkoholu a drog u dětí	Styl výchovy vřelý a málo kritizující (tedy ani autoritativní, ani zcela volný)
Zneužívání alkoholu, tabáku nebo jiných drog rodiči nebo příbuznými	Rodiče alkohol, tabák a jiné drogy nezneužívají
Malé očekávání od dítěte a podceňování ho	Přiměřená a jasná očekávání od dítěte, respekt vůči němu
Spatné duševní a společenské fungování rodičů	Dobré způsoby, jak v rodině zvládat stres
Rodiče osamělí, vůči společnosti lhostejní nebo nepřátelští	Zajištěna ochrana, bezpečí a přiměřené uspokojování potřeb dítěte
Duševní choroba rodičů	Rodiče duševně zdraví
Chudoba, nezaměstnanost rodičů	Dobré přizpůsobení rodičů ve společnosti, snaha pomáhat druhým
Sexuální zneužití dítěte v rodině	Výchova pomáhá vytvářet kvalitní vztahy s dospělými mimo rodinu
Rodina ve zmatku, špatně funguje, nezaměstnanost rodičů	Sdílená odpovědnost v rodině
Výchova pouze jedním rodičem bez pomoci dalších příbuzných	Rodiče vytvářejí prostor pro kvalitní zájmy a záliby
Dítě žije bez rodiny a bez domova	Dobré, fungující mezigenerační vztahy a spolupráce
Časté stěhování rodiny	

⁷⁶ BUBLÍKOVÁ, I. *Okolnosti zvyšující riziko zneužívání alkoholu a drog u dětí a okolnosti toto riziko snižující.*

Tabulka 4. Faktory týkající se školy

Zvyšující riziko alkoholu a drog	Snižující riziko
Nepříznivá nebo neprosazovaná pravidla týkající se alkoholu a drog	Jasná a důsledně dodržovaná pravidla
Dostupnost tabáku, alkoholu a drog ve škole a okolí	Alkohol, tabák a drogy nedostupné ve škole a okolí
Střídání škol	Učitelé vnímání jako dávající a pečující
Selhávání ve škole	Chránit sebevědomí selhávajících, hledat pro ně pozitivní možnosti
Nezájem o školu	Škola vede k prosociálnímu chování, pomoci druhým
Žák označen jako problémový – „černá ovce“	Škola poskytuje příležitost k rozhodování a vedení druhých
Záškoláctví, přerušení školy	Učitelé pomáhají vývoji žáků a při výuce s nimi spolupracují
	Spolupráce školy s rodiči
	Návaznost na kvalitní možnosti mimoškolního zapojení

Tabulka 5. Faktory týkající se zaměstnání

Zvyšující riziko alkoholu a drog	Snižující riziko
V práci hodně stresu	Přiměřeně stresu, možnost zotavení se
Trojsměnný provoz	Možnost práci si organizovat a spolurozhodovat
Existenční nejistota, bezperspektivnost	Dobrá perspektiva, pocit smysluplnosti
Nezaměstnanost	Možnost domluvit se s kolegy znalými problémů pracoviště
Nárazovost, termínovaná práce	Preventivní programy a dobrá sociální politika zaměstnavatele
Odpovědnost bez kompetence	Odpovědnost odpovídá kompetenci
Napjaté pracovní vztahy	Dobré vztahy a dobrá komunikace na pracovišti
Snadná dostupnost alkoholu a drog na pracovišti, nejasná nebo nedodržovaná pravidla týkající se jejich zákazu	Alkohol a drogy na pracovišti nedostupné, jejich zákaz jasný a respektovaný
Spolupracovníci nebo nadřízení zneužívají alkohol či drogy	Spolupracovníci a nadřízení nezneužívají drogy, sociální tlak se alkoholem a drogám vyhnout
Neostrá hranice mezi náročnou profesí a soukromým životem	Jasná hranice mezi soukromím a prací, kvalitní zájmy s prací nesouvisející
Zaměstnání spojená s cestováním, výrobou nebo prodejem alkoholu a drog	U nejnáročnějších profesí možnost dočasného nebo dlouhodobého zástupu

Tabulka 6. Vrstevníci, se kterými se dítě stýká

Zvyšující riziko alkoholu a drog	Snižující riziko
Kamarádi mají problémy s autoritami, rebelují	Respektují dobré dospělé autority
Protispolečenské chování kamarádů	Kamarádi s vazbou na nějakou dětskou organizaci s dobrým programem
Odcizení, cyničtí vrstevníci	Mají zájmy a záliby neslučitelné nebo nesouvisející s alkoholem a drogami
Ke zneužívání alkoholu a drog se staví pozitivně	Alkohol a drogy odmítají
Začínají brzy alkohol a drogy zneužívat	Alkohol a drogy nezneužívají
Jsou více ovlivňováni svými kamarády než rodiči	Kamarádi schopni přijímat dobré hodnoty dospělých
Kamarádi mají sklon dítě zesměšňovat a snižovat jeho sebevědomí	Respekt k jednotlivým členům dětského kolektivu a jejich přínosu pro ostatní
Mají další přátele, kteří zneužívají alkohol, tabák nebo drogy	Mají přátele, kteří žijí zdravým způsobem života
	Vrstevníci aktivně od alkoholu, tabáku a drog odrazují (ať sami nebo v důsledku cílené prevence)

Tabulka 7. Faktory týkající se společnosti

Zvyšující riziko alkoholu a drog	Snižující riziko
Chudoba, nedostatek příležitostí	Přijatelné ekonomické a sociální poměry
Náhlé sociální a politické změny, nestabilita	Společnost stabilizovaná, předvídatelné sociální prostředí
Nedostatek příležitostí k uplatnění i v práci	Dostatek příležitostí k uplatnění ve škole a v práci
Společnost nenabízí dobré možnosti jak trávit volný čas	Nabídka dobrých možností jak trávit volný čas
Alkohol, tabák a drogy dostupné a aktivně nabízené (reklama)	Omezená dostupnost alkoholu, tabáku a drog, zákaz reklamy
Nedostatečná zdravotní péče, sociální péče, vzdělávání	Kvalitní zdravotní a sociální péče, dobré školy, psychoterapie, poradenství
Společenské normy a zákony se ke zneužívání drog staví kladně	Společenské normy a zákony jsou pro zneužívání alkoholu, tabáku a drog nepříznivé
Cynický postoj ke zdraví ve společnosti	Společnost respektuje zdraví jako životní hodnotu a podporuje ho
Neinformovaní nebo lhostejní političtí vůdci	Informovaní a angažovaní političtí vůdci
Nespolupracující sdělovací prostředky orientované na senzaci a reklamu	Spolupracující sdělovací prostředky nabízející pozitivní příklady a poskytující prostor pro skutečnou prevenci
Velký pohyb obyvatel vedoucí k nestabilitě vztahů	Společnost vnímána jako přátelská a podporující, což pomáhá vytvářet společenské vazby
Nedostatečné sociální zajištění, chudoba	Zájem soukromého sektoru na prevenci
Špatné bytové podmínky	Nevládní (např. rodičovské) organizace aktivní v prevenci
Rasová nebo jiná diskriminace, jazyková bariéra	
V okolí vysoká kriminalita nebo drogové gangy	

Tabulka 8. Faktory týkající se životního prostředí

Zvyšující riziko alkoholu a drog	Snižující riziko
Přelidněnost, velká města, nedostatek prostoru a soukromí	Menší města, přiměřený osobní prostor a soukromí
Hluk (zejména nepředvídatelný)	Klidné prostředí
Znečištění ovzduší, prostředí smysl pro krásu otupuje	Čisté prostředí napomáhající rozvoji smyslu pro krásu
Nestabilita životního prostředí (stavební práce apod.)	Stabilita životního prostředí
Dobré klimatické nebo zeměpisné podmínky k výrobě drog nebo k jejich převážení do dalších zemí	Nevhodné klimatické nebo zeměpisné podmínky pro výrobu drog nebo jejich převážení do dalších zemí

5) Které z uvedených drog jste vyzkoušel nebo pravidelně užíval? (zakroužkujte všechny vyhovující možnosti)

- a. Nevyzkoušel jsem žádné drogy
- b. Marihuana
- c. Hašiš
- d. Čichal jsem těkavé látky
- e. Extáze
- f. LSD
- g. Lysohlávky
- h. Pervitin
- i. Heroin
- j. Kokain
- k. Léky (Rohypnol aj.)
- l. Jiné
(jaké):.....

6) Jaký u Vás byl první podnět k užití drogy?

- a. Zvědavost (co to se mnou udělá)
- b. Vyzkoušet to, co ostatní z party již zkusili
- c. Nudný život, hledal jsem zpestření
- d. Pocit bezvýchodnosti z určité situace
- e. Konflikty s rodiči
- f. Pocit osamělosti
- g. Jiný (uveďte prosím
jaký):.....
.....

7) V jakém místě jste vyrůstal? (Pokud jste se často stěhovali, zaškrtněte možnost převažující během 11-15 let vašeho věku.)

- a. Samota, vesnice
- b. Malé město
- c. Město do 100 000 obyvatel
- d. Větší město
- e. Praha

8) Jaké jste měl v dětství koníčky? (zakroužkujte všechny vyhovující možnosti)


- a. Zájmové kroužky (hudební, výtvarné, pohybové atd.)
- b. Sport
- c. Doma - ruční práce, modelářství, četba apod.
- d. Partu kamarádů
- e. Víceméně žádné, často jsem se nudil
- f. Jiné (jaké):.....

- 9) Vychovávali vás:
- Rodiče
 - Jen matka/otec
 - Matka a nevlastní otec
 - Otec a nevlastní matka
 - Prarodiče
 - Adoptivní rodiče
 - Pěstouni
 - Vyrůstal jsem v dětském domově
 - Někdo jiný (kdo):
- 10) Vaši rodiče jsou:
- Spolu (manželé, partneři)
 - Rozvedeni
 - Mám již jen matku (otce)
 - Nevím, neznám své rodiče
 - Jiná možnost:.....
- 11) Vztahy ve Vaší rodině během Vašeho dětství byste označil jako:
- Harmonické, výborné
 - Normální, někdy tak, někdy jinak.
 - Uspokojivé
 - Spíše špatné
 - Problematické
 - Velmi špatné
- 12) Jaké vztahy jsou ve Vaší rodině nyní?
- Harmonické, výborné
 - Normální, někdy tak, někdy jinak.
 - Uspokojivé
 - Spíše špatné
 - Problematické
 - Velmi špatné
- 13) Je někdo z Vašich blízkých rovněž na něčem závislý (rodiče, sourozenci, prarodiče, strýc....)? Uveďte, prosím, kdo a na čem:.....
.....
- 14) Své rodiče byste označil jako:
- Perfekcionisty, chtěli, abyste vždy vynikal
 - Chladné, neměli jste spolu vřelý vztah
 - Neustále pracující, neměli na Vás mnoho času
 - Ochranitelské, pečovali o Vás až přespříliš
 - Úžasně, měl jste s nimi velmi dobrý vztah
 - Normální, víceméně klasická rodina
 - Jinak (jak):.....

- 15) Své dětství byste označil jako:
- Šťastné
 - Normální
 - Špatné, nemám hezké vzpomínky
 - Nešťastné
- 16) Vaši rodiče byli obvykle:
- Nezaměstnaní
 - Pracoval jen otec/matka
 - Oba pracovali
- 17) Jak byste označil materiální či finanční situaci Vaší rodiny v dětství?
- Velmi dobrá
 - Dobrá
 - Spíše dobrá
 - Průměr
 - Spíše špatná
 - Špatná
 - Velmi špatná, často jsme neměli peníze ani na základní potřeby
- 18) S kým žijete nyní v domácnosti?
- Stále s rodiči
 - S manželkou (partnerkou)
 - S kamarádem (spolubydlícím)
 - Sám
 - Jiná možnost:.....

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu, kterou jste věnovali vyplnění tohoto dotazníku.

Příloha č. III. Sociální anamnéza používaná v PL Červený Dvůr

 PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ČERVENÝ DVŮR Tel/fax: 380739131, Červený Dvůr 1, Český Krumlov 381 01	
Sociální anamnéza	
Jméno a příjmení pacienta:.....	
RČ.....	Oddělení.....
Nástup do PL ČD dne.....	
Vyšetřil(a)..... dne.....	
Základní doklady:	
Kde má občanský průkaz?	
Kde má průkazku pojištěnce u ZP?	
Zaměstnání:	
Kde má zajištěné zaměstnání po léčbě?	
Kde je zaměstnaný nyní?	
Jaké zde má pracovní problémy?	
Kde byl naposledy zaměstnaný?	Kdy?
Představa o zaměstnání po léčbě:	
Pracovní kvalifikace:	
Je v PN?	Důchodu?
Studium:	
Kde bude dále pokračovat ve studiu po léčbě?	
Co studuje?	
Poslední uzavřený ročník?	
Jaké má školní problémy?	
Jak je dohodnut se školou na jejich řešení?	

Soudy a policie:	
Za co je aktuálně vyšetřován? (nebo má být?)	
V jakém stádiu je vyšetřování?	
Kdo je jeho obhájce? Probační pracovník?	
Ví soudce či vyšetřovatel o jeho pobytu v léčebně?	
Jak a za co byl v minulosti trestán?	
Má aktuálně podmíněný trest?	
Má uložené obecně prospěšné práce?	
Kolik a do kdy?	
Bydlení:	
Kde bude bydlet po léčbě?	
Čím je toto bydlení podmíněno?	
S kým žije ve společné domácnosti?	
Kdo platí nájem v současnosti?	
Peníze:	
Jaké má dluhy?	
Je dohodnut na splátkovém kalendáři?	
Odkud má aktuálně příjem?	
Má peníze do začátku života po léčbě?	
Rodina a přátelé:	
Kteří blízcí lidé mu mohou po léčbě pomoci?	
Jaké jsou tyto vztahy aktuálně?	
Je svobodný(á), ženatý či vdaná?	
Hrozí rozvod?	V jaké je fázi?

Čím je trvání manželství podmíněno?

Kolik má dětí? Jejich věk.

O které děti se stará?

Plán sociální práce:

Základní doklady _____

Zaměstnání, studium _____

Soudy a policie: _____

Bydlení: _____

Peníze: _____

Rodina a přátelé: _____

Další: _____

Plán byl konzultován s terapeutem:

dne:



PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ČERVENÝ DVŮR

Plán řešení sociálních problémů

na období od _____ do _____

Jméno a příjmení pacienta: _____ RČ: _____ Oddělení: _____

Plán konzultoval(a): _____ dne: _____ Příští konzultace dne: _____

Oblast	Konkrétní cíl:	Konkrétní akce:	Hodnocení:
Základní doklady:			
Zaměstnání či studium:			
Soudy a policie:			
Bydlení:			
Peníze:			
Rodiina a přátelé:			



PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ČERVENÝ DVŮR

Tel/fax: 380739131, Červený Dvůr 1, Český Krumlov

Výstupní hodnocení sociální práce

Jméno a příjmení pacienta: _____

RČ: _____ Oddělení: _____

Nástup do PL ČD dne: _____ Plánovaný konec pobytu dne: _____

Konzultoval(a) _____ dne: _____

	Sociální stav pacienta na konci pobytu:	Nejbližší plán po léčbě:
Základní doklady:		
Zaměstnání či studium:		
Soudy a policie:		
Bydlení:		
Peníze:		
Rodina a přátelé:		
Další:		

ABSTRAKT

KINCLOVÁ, J. *Rodinné a mimorodinné faktory vzniku závislosti*. České Budějovice 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce I. Bublíková

Klíčová slova: závislost, průchozí drogy, faktory zvyšující vznik závislosti, rodina, puberta/adolescence, systém péče o závislé, Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Práce se zabývá faktory vzniku závislosti na alkoholových i nealkoholových látkách. Teoretická část je zaměřena na definování závislosti, faktory, které ovlivňují její vznik - především s ohledem na faktory sociální týkající se rodiny. Dále jsou zmíněny možnosti léčby v České republice. Jako příklad je uvedena Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, která se zabývá léčbou závislosti na alkoholu, nealkoholových drogách a patologickém hráčství.

Praktická část obsahuje dotazníkové šetření provedené v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Je zaměřené především na rodinné prostředí závislých, jejich prvotní zkušenost s návykovou látkou, důvody prvního užití. Cílem bylo zjistit, jaké společné znaky nalezneme v rodinném prostředí pacientů, jak jejich rodina a zázemí, popř. jaké jiné mimorodinné faktory ovlivnily vznik jejich závislosti.

Výsledkem šetření je zjištění, že závislí pacienti většinou žili v úplných rodinách. Nejrizikovějšími faktory závislosti mimo rodinu je nízký věk při užití návykové látky a společnost vrstevníků.

ABSTRACT

Family and outside-family factors of the origination of an addiction.

Key words: addiction, gateway drugs, factors that increase origination of an addiction, family, pubescence/adolescence, care system of addicts, mental home Červený Dvůr

The work refers to the factors of the origination of alcoholic and non-alcoholic addictions. The theoretical part is focused on the definition of an addiction, factors that influence its origination – especially regarding the social factors concerning the family. There are also mentioned possibilities of treatment in the Czech Republic in the work. Mental home Červený Dvůr is mentioned as an example, which is engaged in the treatment of alcohol and non-alcohol drug addictions and pathological gambling.

The practical part contains questionnaire survey made in the mental home Červený Dvůr. It was especially focused on family surrounding of addicts, their first experience with a habit forming substance, reasons for the first misuse. The aim was to determine the common signs of the family surroundings of the patients, function of their families and family background, or other outside-family factors that might have influenced origination of their addiction.

Conclusion of the survey is that addicts almost lived in complete families. The riskiest outside-family factors of the addictions were the company of peers and that a habit forming substance was misused in the low age.